

Dactilitis tuberculosa, a propósito de un caso de dactilitis tuberculosa de falange proximal en niño de 3 años

Autores: Blas Aguado González¹, Miguel Becerra Nieves¹, Xacobe Sola Mallo¹, Ana Carolina Presas Presas¹, Luis González Núñez¹.

¹Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

Objetivo

El objetivo de este póster es presentar un caso poco frecuente sobre enfermedad infecciosa como es la tuberculosis con afectación ósea.

Material y Métodos

Presentamos el caso de un niño de 3 años con asma y correctamente vacunado que sufre traumatismo (pisotón) en 2º dedo de mano izquierda de 2 semanas de evolución con tumefacción, rubor y dolor desde el primer momento. Se realiza radiografía (imagen 1) en la que se aprecia a la altura de la falange proximal una reacción perióstica compacta. En resonancia magnética (imagen 2) se muestra una lesión agresiva de probable origen infeccioso. Se realiza ingreso para realizar biopsia y completar estudio. A pesar de no presentar clínica respiratoria se realiza radiografía de tórax (imagen 3) que muestra un área de consolidación pulmonar basal derecha compatible con infección pulmonar aguda incluyendo infección tuberculosa. Se toman muestras en quirófano y se remiten a anatomía patológica y microbiología.

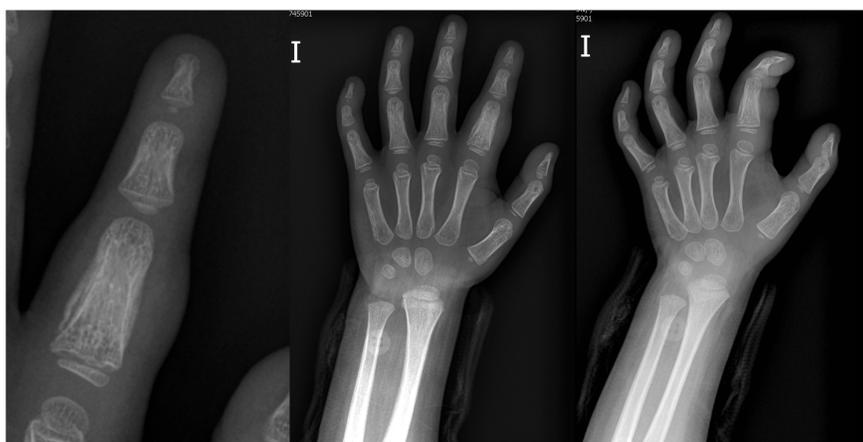


Imagen 1

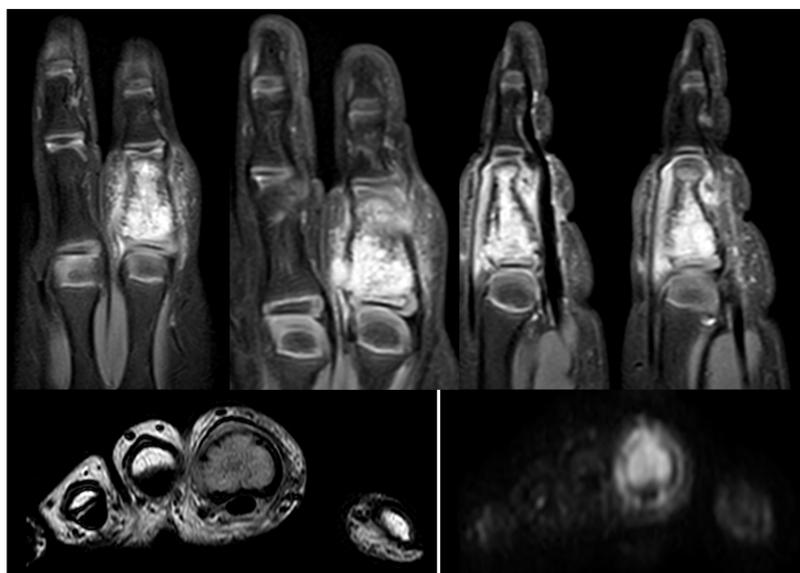


Imagen 2

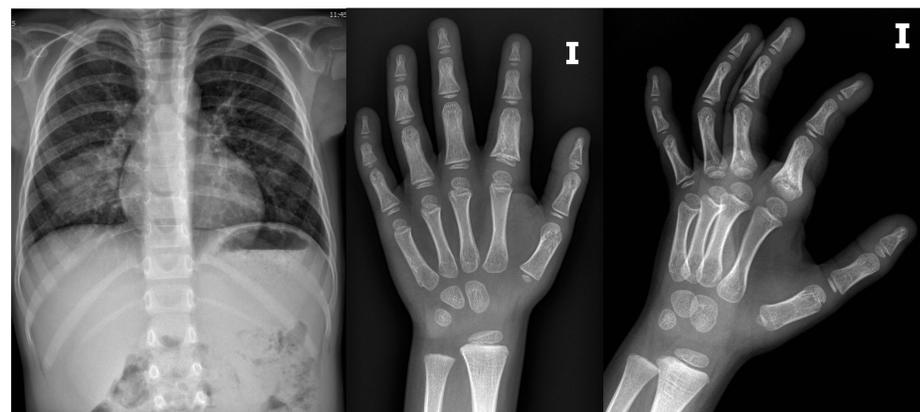


Imagen 3

Imagen 4

Resultados

Se realiza test de tuberculina, PCR para *Mycobacterium tuberculosis complex* y cultivo de la lesión tomada en quirófano, todo ello positivo. Comienza tratamiento con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. Un mes tras el alta con tratamiento ingresa nuevamente por sobreinfección respiratoria que se resuelve con tratamiento antibiótico. Tras lo cual buena evolución de la patología tuberculosa, tanto pulmonar como ósea y con resolución de los hallazgos radiográficos (imagen 4).

Conclusión

La dactilitis tuberculosa es una entidad poco frecuente, que habría que sospechar en personas con un cuadro insidioso de inflamación o monoartritis acompañado o no de dolor, sobre todo en áreas endémicas y en personas con alguna inmunodeficiencia. El diagnóstico es obtenido por la sospecha clínica, test de tuberculina y datos histológicos, mientras se realiza el cultivo. El diagnóstico diferencial comprende entidades tan dispares como tumores óseos (condroma, osteoma osteoide...), sinovitis, osteomielitis piógena o sarcoidosis entre otros. El tratamiento es largo y en la edad pediátrica consiste en la terapia combinada de pirazinamida, isoniacida y rifampicina durante 2 meses (valorando estreptomycin si no se conoce sensibilidad del caso índice), alargando isoniacida y rifampicina durante 4 meses más; siendo discutida la utilización de desbridamiento de la lesión ósea. Las secuelas más frecuentes son la inflamación local, dolor residual y rigidez.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no presentar ningún conflicto de interés.

C O N G R E S O

SECOT58

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA