

ARTRISIS COXOFEMORAL TUBERCULOSA; CASO CLINICO

B. Carrillo Díez, S. Donadeu Sanchez, A. Bartrina Tarrío, A. Garrido Hidalgo J. Otero Otero. H. Clínico San Carlos, Madrid.

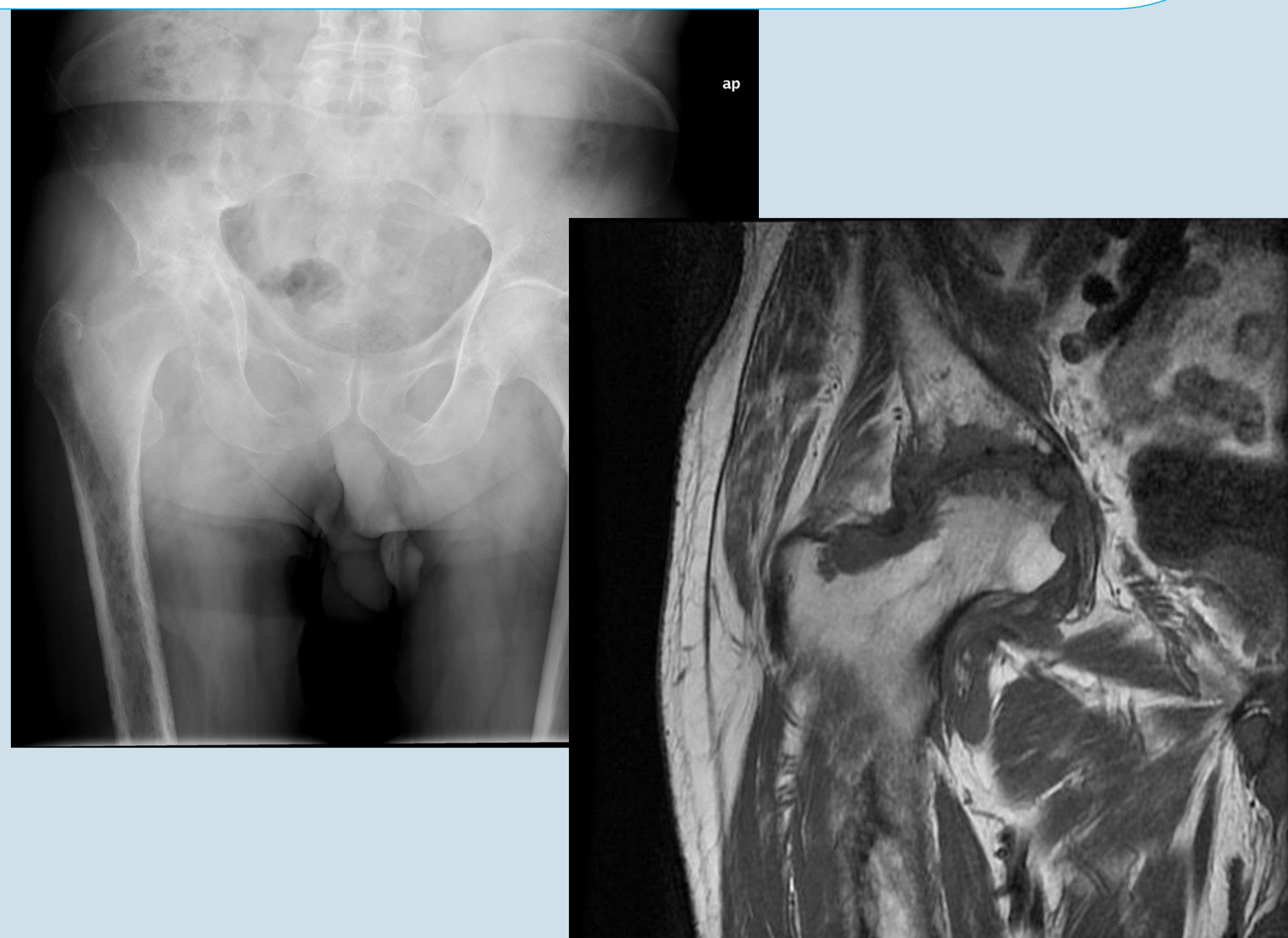
Varón 71 años. MEG 38º, y dolor costal izquierdo pleurítico y dolor mecánico inguinal de 1 año de evolución. AP: HTA y FA.

Toracocentesis y biopsia pleural: exudado de predominio mononuclear: ADA 64,91U/L. Biopsia pleural: tejido necrótico con márgenes infiltrados de predominio linfocítico, granulomas de células histiocitarias y células tipo Langhans. Ziehl y Lowenstein negativos

TC: Derrame pleural izquierdo, Nódulos pulmonares compatibles con TBC.

RX: Cambios degenerativos con lesiones compatibles con TBC

RM: Derrame coxofemoral, pérdida de cartílago, afectación subcondral del acetábulo y la cabeza femoral



JC: pleuritis y artritis coxofemoral tuberculosa.

1ER tiempo: abordaje transgúteo, exéresis de cabeza femoral, colocación espaciador preconformado.
AP cabeza femoral: TBC ósea.

DX DEFINITIVO: TBC miliar.

2 meses de antibioterapia con espaciador

2º tiempo: retirada de espaciador e implante de PTC (vástago Exeter cementado, Cotilo Tritanium atornillado, PET y cabeza metálica).

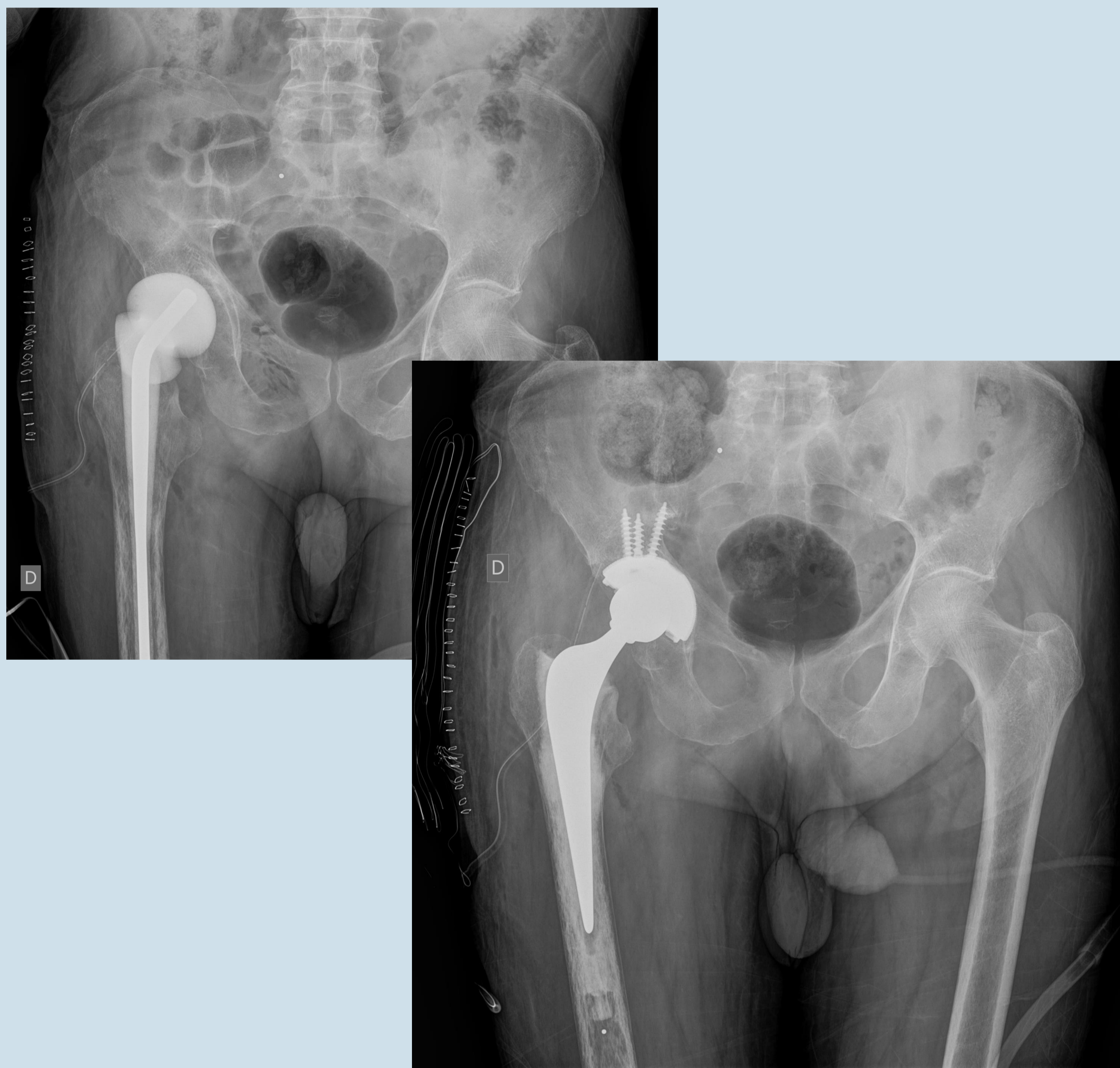
ATB 1 año

Sin recurrencias ni signos de infección activa

Función articular: Deambulación diaria de 8 km.

Ausencia de dolor, Sin cojera ni limitaciones funcionales

Indicadores de éxito: control microbiológico, mejora clínica y funcionalidad óptima post-artroplastia



CONCLUSIONES

La tuberculosis ósea y pleural pueden coexistir y requieren un abordaje multidisciplinario riguroso

La combinación de diagnóstico clínico, imagen y biopsia es fundamental para confirmar infección tuberculosa

El tratamiento combinado con antibioterapia prolongada y cirugía escalonada mejora pronóstico y funcionalidad

El seguimiento a largo plazo es clave para detectar y prevenir recidivas