

TUBERCULOSIS MÚLTIPLE QUÍSTICA DE LOS HUESOS, COMPLICADA DE MENINGITIS TUBERCULOSA

Curación con estreptomycin.

Por los Dres. LUIS VERA CAVIEDES y ROMILDA BANFI B.

Hospital M. Arriarán, Cátedras de Pediatría de los Profs. Arturo Baeza Gofí y Julio Meneghello R.

La osteitis tuberculosa múltiple quística es una enfermedad bastante rara. De ahí que creamos de interés la publicación de este caso que ha sido tratado con estreptomycin y nos ha permitido conocer una modalidad nueva de evolución.

Los primeros casos fueron descritos en adultos, por Jüngling¹ y ellos tenían las siguientes características: comienzo gradual, dolor precoz, pero poco intenso, afectando de preferencia los huesos largos de manos y pies; la reacción de tuberculina fué generalmente negativa, no encontrándose el bacilo tuberculoso en los cultivos, tinciones o inoculaciones. Había frecuentes lesiones cutáneas (sarcoides) y el curso fué lento, sin gran alteración del estado general y con tendencia a la mejoría.

Los casos de esta enfermedad, ocurridos en niños, fueron descritos más tarde. Law y Penham², en 1928 encontraron registrados 10 de estos casos y ellos agregaron uno más.

Los casos infantiles se diferencian de los de Jüngling en que en los primeros hay tendencia a comprometer los huesos largos, las lesiones de la piel son poco frecuentes, las reacciones de tuberculina son generalmente positivas, la inoculación en el cuy da algunas veces resultados positivos, algunas veces se nota caseificación, y finalmente, hay tendencia a que las lesiones mejoren localmente, pero con frecuencia el paciente moría de una tuberculosis generalizada,

poco después que las lesiones de osteitis habían sanado.

Como vemos, las características de los casos descritos por Jüngling en adultos son muy diferentes a las descritas posteriormente en niños. Esto ha hecho expresar a algunos autores, como Sweet y Abramson³ y Monfort y Solomon⁴, que la enfermedad de Jüngling y la tuberculosis ósea múltiple quística son diferentes afecciones. Monfort y Solomon creen que los casos de Jüngling son más bien sarcoidosis.

Posteriormente se han publicado otros casos en la literatura pediátrica. Turkish y cols.⁵ publican en noviembre de 1949, un caso que sería, según ellos, el 18º. Kutz y cols.⁶ publican en mayo de 1950 otros 2 casos.

En los niños, la tuberculosis ósea es secundaria generalmente a una tuberculosis pulmonar. Desde el foco pulmonar los bacilos tuberculosos son llevados hasta el hueso por la corriente sanguínea, y debido a la posición de las arterias terminales se quedan de preferencia en la región metafisiaria, en donde se multiplican, formando folículos tuberculosos típicos, con células gigantes, linfocitos y células epitelioides; generalmente ocurre una destrucción del hueso, con caseificación necrótica; hay a menudo epifisitis y metafisitis, pudiendo comprometerse la articulación. Si la necrosis actúa más rápidamente que la fibrosis, se destruye el hueso; si por el contrario, y esto sucede con mu-

cha menor frecuencia, la fibrosis es más rápida que la necrosis, entonces se forman áreas circulares, que aparecen como quistes a la radiografía; esto explica perfectamente la escasez de casos de tuberculosis quística del hueso.

Para el diagnóstico de esta enfermedad es preciso tener en cuenta las diversas afecciones que pueden producir lesiones óseas crónicas múltiples quísticas. Las más corrientes son: la tuberculosis, la sífilis y la osteomielitis.

En caso de sospecharse una enfermedad quística ósea de origen tuberculoso, una historia con antecedentes de contagio tuberculoso o ingestión de leches crudas, síntomas de infección tuberculosa y reacción positiva a la tuberculina, son datos decisivos. Radiografías con lesiones tuberculosas pulmonares pueden aclarar el origen de las lesiones óseas; en la mayoría de los casos publicados, la lesión determinante ha sido intratorácica. Posteriormente, el bacilo de Koch ha sido encontrado en las lesiones óseas, evidenciando así el origen tuberculoso de la enfermedad.

El aspecto de las lesiones óseas en las radiografías es característico, y sirve mucho para el diagnóstico. Ellas demuestran que las lesiones tuberculosas diafisarias son áreas circunscritas de tejido enrarecido, con poca reacción esclerosante. La proliferación periosteal o la expansión cortical pueden faltar, siendo poco frecuente la formación de abscesos. También son de mucha importancia en el diagnóstico la biopsia, cultivos e inoculaciones.

A. C. M. — 1 a 11½ meses. Obs. 66198/1949.
Antecedentes hereditarios y personales. — Sin importancia.

Su afección se inicia en septiembre de 1949. Los padres no precisan el punto exacto de iniciación de su enfermedad; manifiestan solamente que alrededor de la fecha mencionada, le notan aumento de volumen, de forma globulosa, en la segunda falange de los 4 primeros dedos de la mano izquierda, a nivel de los metacarpianos primero, segundo y tercero derechos y en toda la región metacarpiana izquierda (Fig. 1). Además, le notan engrosamiento del dorso de la nariz y aumento de volumen redondeado, del tamaño de un hueso de cereza, en la región

fronto-temporal izquierda. Todas estas lesiones son, al parecer, poco dolorosas. En el índice izquierdo presentaba un pequeño absceso, el que puncionado, da salida a escasa cantidad de pus, de color amarillo y de consistencia espesa. El examen directo de este pus fué negativo para el bacilo de Koch y el cultivo fué negativo para todo germen piógeno.

Se le practica una reacción de Mantoux al 1 x 1,000, la que resulta intensamente positiva, con gran infiltración, que persistía después de varios días.

La velocidad de sedimentación fué de 40 mm en 1 hora.



FIG. 1.

La radioscopia pulmonar revela adenopatía paratraqueal e hilar derecha y el hemograma da 5,260,000 glóbulos rojos, 21,400 glóbulos blancos con 67.7 % de hemoglobina. Anisocitosis discreta, hipocromía y anisocromía marcadas; neutrófilos con escasas granulaciones tóxicas y linfocitos y plaquetas normales. La fórmula dió: 5 eosinófilos, 1 basófilo, 13 baciliformes, 42 segmentados, 37 linfocitos y 2 monocitos.

Las reacciones de Kahn, tanto del padre, como de la madre y niño, fueron negativos.

Estudio radiográfico: En el tórax confirma la adenopatía paratraqueal e hilar derecha. En el cráneo se observan pequeños defectos óseos, de límites no bien precisos y sin reacción osteoesclerótica a su alrededor, situados en los huesos frontales y parietales (Fig. 2). Antebrazo derecho: cúbito aumentado de tamaño, deformado y con intensa reacción osteoesclerótica, especialmente cortical. Imagen pseudo-quística en la metáfisis distal. En el antebrazo izquierdo se ven análogas alteraciones. Los metacarpianos están aumentados de volumen, en forma de tonel, sin destrucción de la cortical, y con poca estructura interna; las falanges también se observan aumentadas de tamaño, con estructura trabec-

culada muy marcada, de aspecto pseudo-quístico (Figura 3). En los pies no se observaron alteraciones. Practicados todos estos exámenes y hecho el diagnóstico, se le hospitaliza en el Servicio de Tuberculosis, iniciándose inmediatamente el tratamiento con estreptomycinina por vía intramuscular, en dosis de 450 miligramos diarios, colocados en 2 dosis, con 12 horas de intervalo, teniendo el niño a su ingreso un peso de 9 kilos; después de 28 días se aumentó la dosis a 500 miligramos, colocados en igual forma.

Se practica una punción lumbar, extrayéndose un líquido con las siguientes alteraciones: líquido opalescente; Pandy: positivo ++++; albúmina: 1 g %; glucosa: 0.28 %; feocitos: 350 x mm³; polinucleares: 25 %; linfocitos: 75 %.

Examen de fondo de ojo: normal.

En estas circunstancias se decide aumentar la dosis de estreptomycinina a 1,400 mg diarios, colocados siempre por vía intramuscular y repartidos en 2 dosis de 700 mg cada

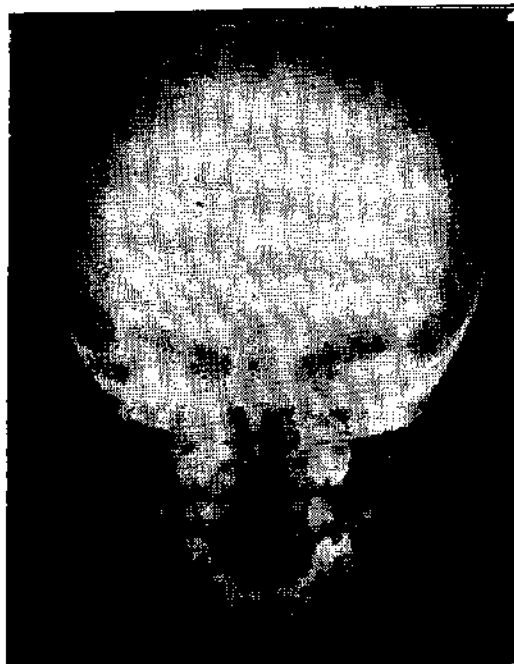


FIG. 2.

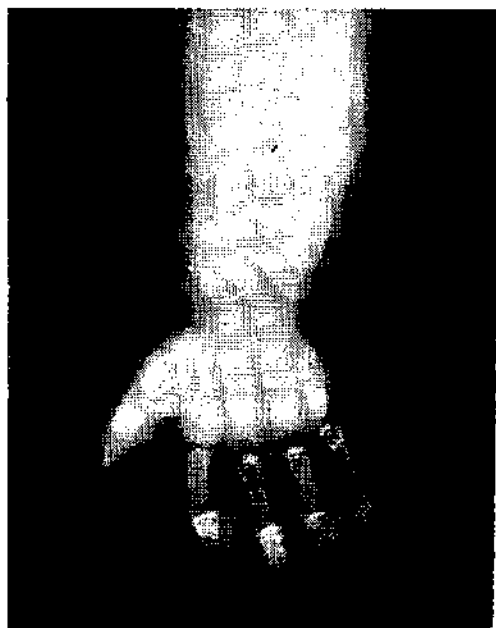


FIG. 3.

A los 70 días de tratamiento se practica un control radiográfico; en el cráneo, los defectos óseos de la bóveda se han reducido de tamaño, y presentan reacción osteoesclerótica de vecindad. En los huesos largos, el aumento de volumen y osteoesclerosis difusa del cúbito derecho es de menor consideración que en la primera radiografía. La imagen quística del extremo distal de este hueso tiende a borrarse. En los metacarpianos 1° y 2° persiste la deformación.

Por esta fecha el enfermo presentó una varicela.

A los 84 días y estando en pleno tratamiento con estreptomycinina, de la cual se había colocado 40 g 350 mg, aparece gran irritabilidad, vómitos escasos, temblor y rigidez de las extremidades inferiores y movimientos rotatorios de la cabeza.

una; este tratamiento se mantuvo por 45 días, completando un total de 104 g en 130 días sin interrupción. A esta altura del tratamiento aparecen signos de intolerancia (temblor de pequeñas oscilaciones en las extremidades, vómitos, náuseas, fiebre), por lo cual se suspende la droga.

Los signos meníngeos fueron regresando progresivamente, hasta desaparecer; lo último en regresar fué la hipertonia y el temblor, esto último atribuible a la droga, y que casi no se apreciaba al salir el niño del hospital, después de una estada de 140 días.

Respecto a las alteraciones del líquido céfalo-raquídeo, ellas se mantenían en esta fecha, pero un control hecho el 23 de noviembre de 1950, es decir, 8 meses después de aparecido el cuadro meníngeo, dió un líquido completamente normal: Pandy: (—);

albúmina: 0.20 g o/oo; cloruros: 7.1 g o/oo; leucocitos: 2 x mm³.

En cuanto a las lesiones óseas, un control radiográfico hecho en setiembre de 1950, es decir, al año de comenzada su enfermedad y 8 meses después de iniciado su tratamiento, dió ausencia de lesiones a nivel del húmero, cráneo y manos. (Fig. 4).

Comentario.

Al comenzar dijimos que creíamos de interés publicar el presente caso, además de su rareza, por su evolución. En efecto, hecho el diagnóstico de osteitis quística tuberculosa, tanto por las lesiones óseas, comprobadas radiográficamente, como por la coexistencia de una lesión intratorácica con tuberculinas positivas en un niño menor de 2 años, iniciamos el tratamiento con estreptomycin. Ahora bien, después de 80 días de tratamiento con esta droga, aparecen signos clínicos meníngeos, acompañados de alteraciones del líquido céfalo-raquídeo, que podemos catalogar como de una meningitis tuberculosa, aun cuando no se encontró el bacilo de Koch en dicho líquido.

Otro hecho digno de mencionar es que este cuadro meníngeo haya sanado aparentemente, tanto clínicamente como en sus alteraciones en el líquido céfalo-raquídeo, usando solamente la vía intramuscular, sin usar la vía intratecal. Un último control, hecho en abril de 1951, es decir, 13 meses después de aparecida la sintomatología meníngea, da un líquido céfalo-raquídeo completamente normal: albúmina: 0.15 g %; glucosa: 0.50 g o/oo; cloruros: 7.4 g o/oo; leucocitos: 1 x mm³.

Respecto a las lesiones óseas, ellas curaron totalmente con el tratamiento estreptomycinico. Hasta hace poco tiempo, el tratamiento de la osteitis tuberculosa múltiple quística era el mismo de la tuberculosis general, agregando medidas especiales, según los casos; en adultos se ha hecho tratamiento quirúrgico, con resultados beneficiosos². Últimamente han sido publicados casos tratados con estreptomycin: Turkish y cols.⁵ publican en noviembre de 1949 el

primer caso tratado con esta droga, a la cual agregan promizol; creen ellos que el uso de esta terapia ha acortado la evolución de esta enfermedad. Recientemente, en mayo de 1950, Kutz y cols. publican 2 casos de osteitis tuberculosa múltiple, complicados, como en nuestro caso, de un cuadro meníngeo, y tratados con estreptomycin y promizol, habiendo mejorado las lesiones óseas y la meningitis⁶.

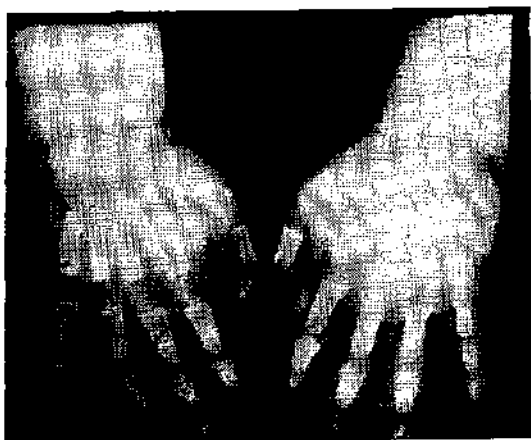


FIG. 4.

Parece ser indudable que el tratamiento de esta afección se hace mucho mejor con el uso de la estreptomycin; así se desprende de los casos tratados con posterioridad al uso de esta droga, ya que antes de la era de los antibióticos era frecuente que el paciente, como lo dijimos anteriormente, sanara de sus lesiones óseas, pero muriera poco después de una tuberculosis generalizada.

Resumen.

Se da a conocer un caso de osteitis múltiple tuberculosa, con lesiones óseas típicas, en un lactante con Mantoux positivo y con adenopatías hiliar y paratraqueal, y que en el curso de su evolución, estando con tratamiento estreptomycinico, presenta un cuadro de meningitis, seguramente de igual etiología.

El tratamiento se hizo con estreptomycin, colocada exclusivamente por vía intramuscular. Las dosis variaron entre

400 y 1,400 miligramos diarios, colocadas en 2 dosis, cada 12 horas. Se usó en total 104 gramos en 130 días de tratamiento.

Se logró una curación completa de las lesiones óseas, una desaparición de los signos clínicos meníngeos y una normalización de líquido céfalo-raquídeo hasta después de 1 año de iniciado el cuadro meníngeo.

Las lesiones ganglionares intratorácicas regresaron hasta su calcificación.

Summary.

The authors report a case history of an infant with typical bone lesions of multiple cystic tuberculous osteitis, with a positive Mantoux test, with both hilar and paratraqueal adenopathies, who during the course of this disease and while under streptomycin treatment develops a meningitis most probably of the same etiology.

Streptomycin was administered exclusively by the intramuscular route, in doses of 400 to 1,200 miligrams daily, in two doses 12 hours apart. The total dose was 104 grams in 130 days.

A complete healing of the bone lesions was obtained, as well as a disappearance of the meningeal symptomatology, and the C. S. F. persisted normal one year after treatment. The intrathoracic adenopathies regressed to calcification.

Bibliografía.

- 1.—JUNGLING, O. — Fortschr. a. d. Geb. d. Roentgenstrahlen 27: 375, 1920.
- 2.—LAW, J. L. y PERHAM, W. S. — Multiple Cystic Tuberculosis of the Bones in Children. Am. J. Dis. of Ch. 56: 831, 1938.
- 3.—SWEET, K. y ABRAMSON, D. J. — Multiple Cystic Tuberculosis of the Long Bones. J. Pediat 19: 826, 1941.
- 4.—MONFORT, J. A. y SOLOMON, N. H. — Osteitis Tuberculosa Multiplex Cystoides in Children. Am. J. Dis. of Ch. 63: 346, 1942.
- 5.—TURKISH, M.; MURPHY, J. W.; ROODY, P. y SAIGH, R. — Osteitis Tuberculosa Multiplex Cystica: Its Treatment with Streptomycin and Promizole. J. Pediat 35: 625, 1949.
- 6.—KUTZ, E.; MACHT, S. y EASTON, R. — Cystic Tuberculosis of Bone complicated by Tuberculous Meningitis. J. of Pediat 36: 550, 1950.