

Tuberculosis de musculatura esquelética en una paciente inmunocompetente



Skeletal muscle tuberculosis in an immunocompetent patient

Sr. Director:

La tuberculosis continúa siendo un problema de salud importante, y la causa de muerte por enfermedad infecciosa en todo el mundo. La musculatura esquelética resulta afectada en solo el 3% de los pacientes¹, y la afectación de músculos esqueléticos sin coexistir tuberculosis esquelética o extraesquelética activa es extremadamente rara². Se presenta el caso de una paciente inmunocompetente con piomiositis tuberculosa de la musculatura dorsal primaria.

Una inmigrante de 38 años procedente de Cabo Verde y residente en Portugal (Lisboa), y que tenía una historia clínica sin complicaciones, se presentó con dolor y una hinchazón en la región dorsal derecha que había aumentado progresivamente durante los 2 meses anteriores. La paciente indicó no haber percibido ningún traumatismo. La intensidad del dolor seguía aumentando aun tratándolo con analgésicos, había comenzado a perder peso y a tener mucha sudoración nocturna. Un examen musculoesquelético reveló una hinchazón firme, dolorosa y no fluctuante en la región dorsal inferior derecha. La ecografía mostró una lesión ocupante de espacio, predominantemente sólida, que se consideró de origen muscular. Una tomografía computarizada del tórax no resultó de utilidad, pero la resonancia magnética (RM) mostró una extensa

lesión ocupante de espacio, alojada en los músculos de la espalda que era altamente sugestiva de absceso o lesión tumoral (figs. 1A y B); no había evidencia de afectación ósea. Las biopsias no fueron concluyentes, sugiriendo que se trataba de un lipoma, y la lesión fue finalmente extirpada unos 14 meses después de la evaluación inicial. El estudio histopatológico reveló un extenso infiltrado inflamatorio mixto y áreas con granulomas epitelioides no necrosantes (fig. 1C). Un cultivo de tejido resecado reveló la presencia de *Mycobacterium tuberculosis complex* sensible a los fármacos de primera línea. La serología para el VIH fue negativa. Se inició tratamiento frente a tuberculosis, y se mantuvo durante 6 meses, con lo que la paciente experimentó mejoría clínica progresiva. Permanece asintomática durante el seguimiento.

La tuberculosis en musculatura esquelética es una enfermedad extremadamente rara, que afecta mayoritariamente a personas con alteraciones del sistema inmunitario, especialmente a los pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida³. En un estudio retrospectivo reciente, solo se hallaron 20 casos de tuberculosis muscular entre 2000 y 2010⁴. Se ha propuesto que, la rara aparición de tuberculosis musculoesquelética, estaría relacionada con varias características de este tejido altamente diferenciado, como son su alto contenido de ácido láctico, su alta vascularización y flujo sanguíneo, y la ausencia de tejido reticuloendotelial y linfático, que inhibirían el crecimiento de *Mycobacterium*. Su patogénesis aún no está clara, pero se ha postulado que se debe a la diseminación hematogena de las lesiones tuberculosas de los pulmones, una infección contigua desde una estructura subyacente o, en ausencia de focos activos de tuberculosis en otro lugar,

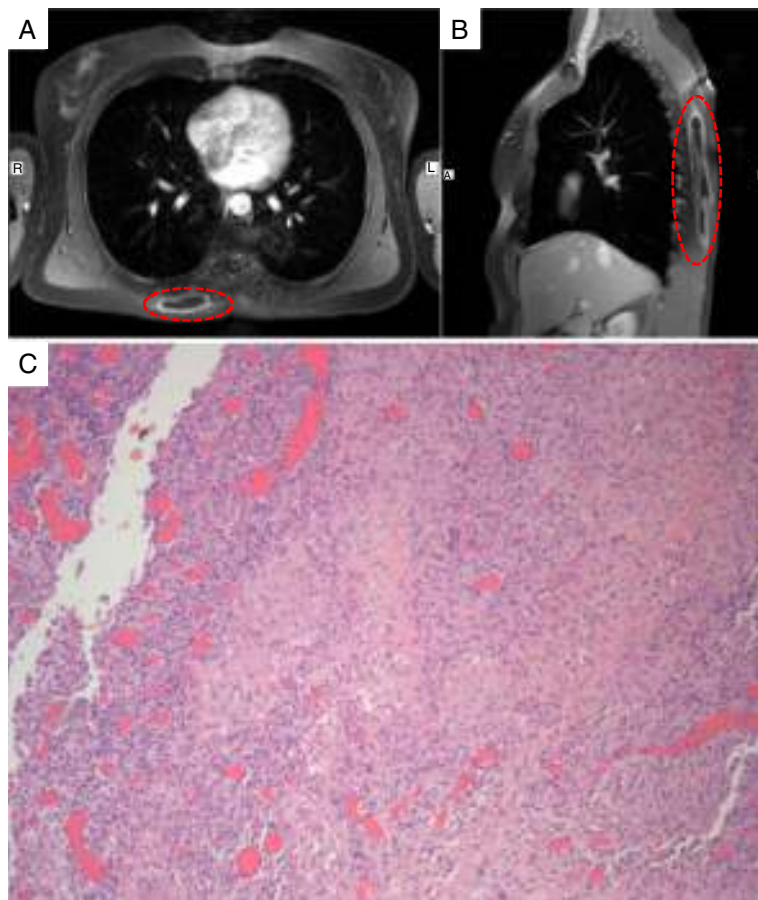


Figura 1. Imágenes axial (A) y sagital (B) de la resonancia magnética torácica en T1 que muestran una extensa lesión ocupante de espacio alojada en los músculos de la espalda, con aumento de contraste de la pared. C) En el estudio histopatológico se observa un extenso infiltrado inflamatorio mixto con numerosos histiocitos y áreas con granulomas epitelioides no necrotizantes.

la inoculación traumática directa. En esta paciente no hubo evidencia clínica o radiológica de afectación de otras estructuras o de un episodio traumático que indicara una posible inoculación directa. Sin embargo, era inmigrante de Cabo Verde, un país con una alta prevalencia de tuberculosis. Por otra parte, la tuberculosis sigue siendo un problema de salud pública importante en algunas zonas de Portugal, sobre todo en Lisboa, donde reside. La presentación clínica es inespecífica y puede simular otras enfermedades, lo que puede llevar a un error o un retraso en el diagnóstico. Por ello, es necesario tenerla muy en cuenta. En la mayoría de los casos, el diagnóstico se hace meses o años tras la aparición de los síntomas, y en nuestro caso transcurrió más de un año. El *gold standard* para el diagnóstico es el estudio histopatológico del material aspirado o la pieza quirúrgica, con obligada confirmación microbiológica. El tratamiento médico son las opciones de primera línea, aunque la intervención quirúrgica puede ser de utilidad como tratamiento adyuvante. Se recomienda el régimen de 6 meses de duración⁵.

Aunque es extremadamente rara, la tuberculosis musculoesquelética primaria debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de una inflamación dolorosa en la musculatura de la espalda, sobre todo en pacientes que proceden de regiones con tuberculosis endémica o residen en ellas.

Bibliografía

1. Modi MA, Mate AD, Nasta AM, Gvalani AK. Primary tuberculous pyomyositis of quadriceps femoris in an immunocompetent individual. *Case Rep Infect Dis.* 2013;2013:723879.
2. Sabat D, Kumar V. Primary tuberculous abscess of rectus femoris muscle: A case report. *J Infect Dev Ctries.* 2009;3:476-8.
3. Wang WY, Lin FC, Tsao TY, Lu JJ. Tuberculous myositis: An unusual presentation of extrapulmonary tuberculosis. *J Microbiol Immunol Infect.* 2007;40:79-82.
4. Gou LJ, Su JM, Zhao Y, Zhang FC. Clinical analysis of 20 cases of muscular tuberculosis [Article in Chinese]. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi.* 2012;92:206-8.
5. Serhan E, Newton P, FitzGerald R, Jassim I. A visible and palpable cause of backache. *Ann Rheum Dis.* 2000;59:164-5.

Hans Dabó^{a,*}, Ana Mineiro^b, Janine Carmelino^c, Ana Carvalho^d y Conceição Gomes^e

^a Departamento de Neumología, Centro Hospitalar de São João-EPE, Porto, Portugal

^b Departamento de Neumología, Centro Hospitalar de Lisboa Norte-EPE/Hospital Pulido Valente, Lisboa, Portugal

^c Departamento de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Lisboa Central-EPE/Hospital Curry Cabral, Lisboa, Portugal

^d Departamento de Anatomía Patológica, Centro Hospitalar de Lisboa Central-EPE/Hospital Curry Cabral, Lisboa, Portugal

^e Ribeiro Sanches Pulmonary Diagnostic Center, Lisboa, Portugal

Autor para correspondencia.

Correo electrónico: hansdabo@yahoo.com.br (H. Dabó).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.08.012>