

Tuberculosis esternal como única manifestación de la enfermedad

Sr. Director: Las manifestaciones extrapulmonares de la tuberculosis cada vez son más frecuentes. Sin embargo, la afectación ósea a nivel esternal sigue siendo una rareza que apenas alcanza un 1% y más raro aún como única manifestación de la enfermedad. No obstante, estas localizaciones atípicas son más frecuentes en enfermos inmunodeprimidos.

Se presenta un enfermo inmunocompetente sin antecedentes de tuberculosis que presenta como única manifestación de la enfermedad una tumoración en el tercio medio de cuerpo esternal y en el que fue necesario el abordaje quirúrgico para su diagnóstico y tratamiento.

Se trataba de un varón de 20 años de edad que presentaba desde hacía 3 meses tumoración en cara anterior del tórax en el tercio medio del cuerpo esternal, de consistencia blanda, no dolorosa, sin signos flogóticos.

Entre los antecedentes personales refería epilepsia desde los 4 años en tratamiento con carbamazepina, sin antecedentes de tuberculosis previa.

Se procedió a la punción de dicha tumoración. Se obtuvo un material purulento que se envió para cultivo y resultó negativo para aerobios, anaerobios y Lowestein. Ziehl-Nielsen y auramina negativos también. Siguió tratamiento con cloxacilina 500 mg cada 6 horas sin experimentar mejoría.

La analítica fue normal. Las serologías VHB y VIH fueron negativas.

En la TAC torácica (fig. 1) se evidenció una masa heterogénea con afectación intra y extratorácica con destrucción de esternón en el tercio medio.

Con el diagnóstico de tumoración esternal fue intervenido quirúrgicamente. Se encontró una tumoración abscesificada con múltiples esfacelos, aspecto de tejido cerebroides y de granulación y material purulento que afectaba desde manubrio esternal hasta tercio distal de esternón, por lo que se practicó resección de cuerpo esternal y mioplastia con músculo pectoral. Se remite muestra a anatomía patológica dando como resultado tumoración granulomatosa crónica necrosante de

origen tuberculoso, y a microbiología con cultivo de Lowestein positivo para micobacteria tuberculosis y auramina positiva.

Con el diagnóstico de tuberculosis esternal el paciente fue dado de alta siguiendo tratamiento con rifampicina, isoniazida y etambutol durante los dos primeros meses continuando con rifampicina e isoniazida hasta completar 9 meses.

En la actualidad se encuentra asintomático tanto clínica como radiológicamente.

La tuberculosis extrapulmonar es más frecuente de lo que en un principio parece, llegando a alcanzar un 10% de los casos nuevos de tuberculosis¹. Uno de los principales problemas que presenta en lo referente a su diagnóstico es que puede pasar inadvertida ya que puede simular otras enfermedades^{2,4}.

La presentación ósea llega a alcanzar un 20% de todos los casos de la afección extrapulmonar, siendo las localizaciones más frecuentes la columna dorsal media y las grandes articulaciones de carga como es el caso de la cadera y la rodilla.

Otros gérmenes a tener en cuenta y que causan infecciones a nivel esternal con relativa frecuencia son *Staphylococcus aureus*, *Candida albicans*, *Actinomicosis* y *Pseudomonas* sp., aunque estos gérmenes suelen presentar unas manifestaciones clínicas que siguen un curso más agudo¹.

Es característico que la tuberculosis esternal se presente únicamente como una tumoración indolora en la pared anterior del tórax sin signos flogóticos, y se hace necesario el abordaje quirúrgico para su diagnóstico y tratamiento.

La actitud terapéutica incluye desbridamiento quirúrgico y terapia antituberculostática; parece ser que no existe diferencia significativa entre las pautas de 6 y 9 meses, pero debido a la poca experiencia que se tiene quizás puede ser prudente probar con la pauta de 9 meses².

J.C. Rumero, J. Pac y J. Casanova
Servicio de Cirugía Torácica.
Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

1. Martos JA, Olm M, Miró JM, Mallolas J, Letang E, Broncos MA et al. Tuberculosis condroesternal y condrocostal en dos heroínomanos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med Clin* Oct 1989; 467-469.

2. Pérez-Stable EJ, Hopewell PC. Current tuberculosis treatment regimens. *Clin Chest Med* Sept 1989; 323-339.

3. Watts RA, Paice EW, White AG. Department of Medicine, Whittington Hospital, Londres. Spontaneous fracture of the sternum and sternal tuberculosis. *Thorax* 1987; 984-985.

4. Álvarez S, NicCabe WR. Extrapulmonary tuberculosis revisited: a review of experience at Boston City and other hospitals. *Medicine (Baltimore)* 1984; 25-55.

5. Okazaki M, Tamioka H, Hasegawa T, Kakami N, Sokamoto H, Ishihara K et al. A resected case of mediastinal tuberculosis lymphadenitis and pericostal tuberculosis. *Kekkaku* 1990; 293-297.

6. Richter R, Nubling W, Krause FJ. Insolated tuberculosis of the sternum. *Rofu* 1983; 132-135.

Validación de diversos criterios de interpretación de la espirometría forzada. Estudio preliminar

Sr. Director: Se ha propuesto el percentil 5 (P₅) como el límite que separa la función pulmonar normal de la patológica¹, si bien este criterio no se ha generalizado, en parte porque entraña cálculos adicionales, y porque a veces parece que cataloga como normales espirometrías que por otros métodos serían clasificadas como patológicas.

Considerando como patrón de referencia el marcado por la European Respiratory Society (ERS)¹, pretendemos determinar si diversos criterios utilizados habitualmente para interpretar la espirometría forzada presentan un buen acuerdo con este estándar.

Para ello hemos analizado, de forma retrospectiva, 273 curvas flujo-volumen realizadas en nuestro servicio en los años 1992 y 1993, elegidas al azar, recogiendo de ellas sexo, edad, talla, FVC y FEV₁. Los valores teóricos se han determinado según las ecuaciones de predicción propuestas por la ERS¹. Para cada paciente se ha determinado si existe o no trastorno ventilatorio obstructivo y no obstructivo, mediante 4 métodos:
Método 1. Criterio de la ERS: defecto obstructivo si FEV₁/FVC < P₅, y no obstructivo si FVC < P₅

TABLA I
Concordancia y sesgo entre los diferentes métodos de interpretación de la espirometría forzada y el estándar propuesto por la ERS (método 1)

	Defecto obstructivo	Defecto no obstructivo
Método 2	kappa = 0,809 p = 0,00006	kappa = 0,801 p = 0,0001
Método 3	kappa = 0,582 p = 0	kappa = 0,801 p = 0,00001
Método 4	kappa = 1 p = 1	kappa = 0,914 p = 0,724

Un valor de kappa entre 0.41 y 0.60 indica acuerdo moderado, entre 0.80 y 1 muy bueno, y un valor de kappa igual a 1 indica un acuerdo perfecto. Un valor de p < 0.05 indica que existe un sesgo significativo, y un valor de p mayor de 0.05 indica que el posible sesgo hallado se debe al azar³.

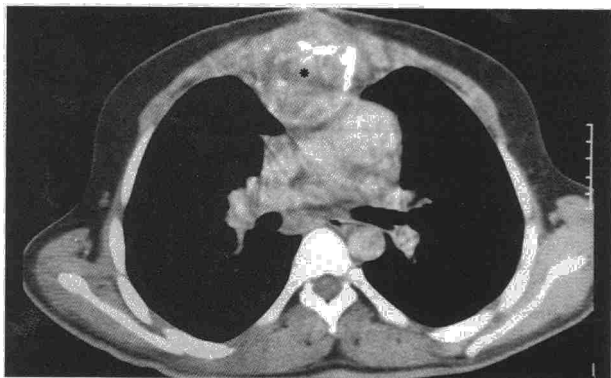


Fig. 1. TAC torácica: Se aprecia importante tumefacción y destrucción esternal con afectación intra y extratorácica.