

Artroplastia total de cadera en un paciente con secuela de tuberculosis

FERNANDO LOPREITE, GERMÁN GARABANO, DIEGO MANA PASTRIÁN
y HERNÁN DEL SEL

*Servicio de Ortopedia y Traumatología
Hospital Británico de Buenos Aires*

Caso clínico

Un paciente de 54 años, con antecedente de artritis séptica por tuberculosis (TBC) aislada de la cadera izquierda en la infancia (3 años), fue tratado con antibióticos antituberculosos y yeso pelvipédico.

Consulta por una coxartalgia izquierda de 2 años de evolución. En el examen físico presenta: flexión-extensión de 30-90°, rotaciones abolidas, aducción de 5° y abducción de 5° y acortamiento aparente del miembro inferior izquierdo de 4 cm.

Radiográficamente se observa una alteración en la forma de la cabeza femoral, con pérdida de la esfericidad, alteración en la relación coxofemoral y subluxación (Figs. 1 y 2).

Los estudios de laboratorio no evidencian parámetros humorales de infección.

En la radiografía de tórax no hay evidencia de patología pulmonar activa.

La determinación de PPD (proteína purificada derivada de tuberculina) es positiva (>10 mm).

Se solicita una interconsulta con el servicio de infectología, a fin de evaluar la planificación terapéutica para un reemplazo total de cadera (RTC).

Se realizó un RTC híbrida con tallo femoral pulido cementado sin antibióticos y cotilo no cementado (junio de 2006). Durante el procedimiento no se observaron alteraciones tisulares compatibles con infección (Figs. 3 y 4).

Se remitió tejido periarticular y muestras óseas para cultivo y antibiograma. Todas resultaron negativas (resultado definitivo al tercer mes).

El paciente evolucionó favorablemente en el seguimiento de 30 meses (Figs. 5 y 6).

Discusión

La artritis séptica tuberculosa representa el 1% al 5% de todas las infecciones tuberculosas. En el 90% de los casos es monoarticular; la cadera y la rodilla son las afectadas con mayor frecuencia.

La bibliografía sobre el tratamiento de la artrosis secundaria a una artritis tuberculosa es escasa y no hay una recomendación clara acerca de cómo proceder, tanto en la necesidad de profilaxis antes de la operación como después.

Las alternativas de tratamiento en la artrosis secundaria a una artritis séptica tuberculosa son la artroplastia de resección,¹⁰ la artrodesis² y el reemplazo total de cadera.

Según algunos autores, existe clara evidencia del riesgo de reactivación de la enfermedad tuberculosa articular luego de una artroplastia,^{4,9,5} pero no hay un registro exacto del papel que desempeñan los antibacterianos en su prevención. Las estrategias terapéuticas planteadas por distintos autores son extremadamente disímiles.

Berbari y cols., en una serie de 166 pacientes en quienes se realizó un reemplazo total de cadera por artrosis secundaria a tuberculosis, informaron sobre una incidencia de reactivación del 9% en los que recibieron quimioprofilaxis antituberculosa preoperatoria contra un 19% de recidiva en el grupo que no la recibió.¹

Jupiter y cols., en 7 pacientes tratados con antimicrobianos durante un año antes de realizar el RTC, no

Recibido el 19-12-2008. Aceptado luego de la evaluación el 27-7-2009.

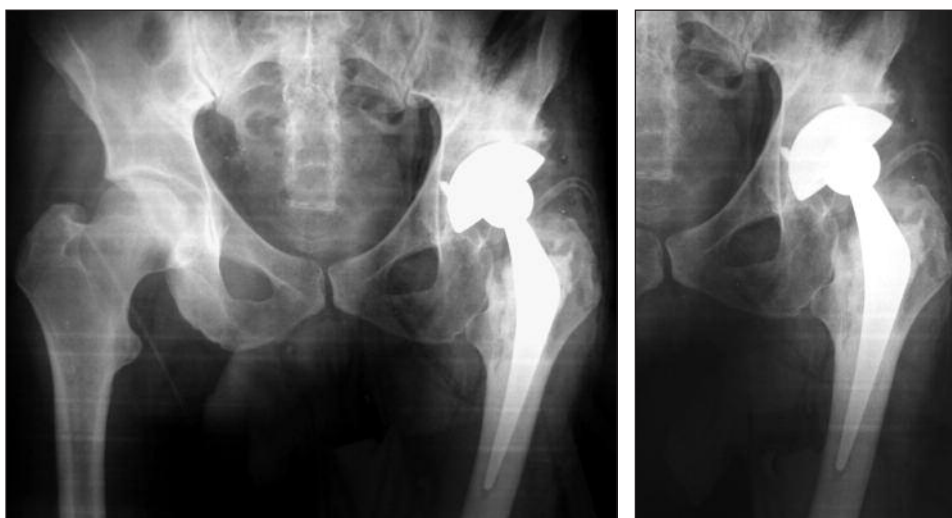
Correspondencia:

Dr. FERNANDO LOPREITE

falcara@telvisio.com.ar



Figuras 1 y 2. Radiografías preoperatorias en las que se observa el importante acortamiento del miembro y la deformidad de la cabeza femoral.



Figuras 3 y 4. Radiografías postoperatorias inmediatas.



Figuras 5 y 6. Radiografías a los dos años y medio postoperatorio, sin evidencia de enfermedad tuberculosa, habiéndose logrado igualar la longitud de miembros.

registraron ninguna recidiva de la infección,⁶ mientras que Kim y cols. informaron la reactivación de la enfermedad en 5 de 20 pacientes (25%) tratados con rifampicina, isoniazida y etambutol durante 3 semanas antes del RTC.⁸

Algunos autores, como Hardinge y cols., no utilizan quimioprofilaxis, ya que consideran que un período sin enfermedad de más de 20 años sin drenaje por la herida o 10 años de evolución de anquilosis constituye un aval cronológico que desestima la necesidad que utilizarla, ya sea antes o después de la operación.³

Kim y cols. prefirieron no prescribir terapia antimicrobiana preoperatoria si el laboratorio no revelaba evidencia de infección activa. Comprobaron un índice de reactivación de la infección del 35% luego del RTC en los pacientes que tuvieron un tiempo sin enfermedad menor de 10 años. Recomiendan utilizar quimioprofilaxis preo-

operatoria y 3 meses de terapia posoperatoria. Si el cultivo del material quirúrgico es positivo se deben cumplir 18 meses de tratamiento. Desaconsejan utilizar profilaxis antimicrobiana en pacientes con más de 10 años libres de signos y síntomas de infección.⁷

En el caso que analizamos, luego de evaluar la bibliografía en conjunto con el servicio de infectología del hospital y teniendo en cuenta que el período sin enfermedad fue de 51 años, consideramos adecuado realizar el RTC siguiendo los lineamientos planteados por Kim y por Hardinge. El material tisular remitido para evaluación bacteriológica fue negativo. Utilizamos la misma profilaxis intraoperatoria y posoperatoria (cefazolina 1 g) que en un RTC primario convencional. El paciente no presenta hasta la fecha signos de recidiva de la enfermedad. Desaconsejamos el uso de la cabeza femoral del paciente como fuente de injerto óseo.

Bibliografía

1. **Berbari EF, et al.** Prosthetic joints infection due to mycobacterium tuberculosis. *Am J Orthop.* 1998;27:219-27.
2. **Chen H, Lee T.** Arthrodesis of the tuberculous hip. *Int Surg.* 1966;46:125-30.
3. **Hardinge K, et al.** Low friction arthroplasty for healed septic and tuberculous arthritis. *J Bone Joint Surg.* 1979;61B:144-7.
4. **Hecht RH, et al.** Reactivation of tuberculous infection following total joint replacement. *J Bone Joint Surg Am.* 1983;65:1015-6.
5. **Johnson R, et al.** Reactivation of tuberculosis after total hip replacement. *J Bone and Joint Surg.* 1979;61-B(2):48-150.
6. **Jupiter J, et al.** Total hip arthroplasty in the treatment of adult hips with current or quiescent sepsis. *J Bone Joint Surg Am.* 1981;63:194-200.
7. **Kim YH, et al.** Total hip arthroplasty for tuberculous coxarthrosis. *J Bone Joint Surg Am.* 1987;69:718-27.
8. **Kim YH, et al.** Arthroplasty using the Charnley prosthesis in old tuberculosis of the hip. *Clin Orthop.* 1986;211:116-21.
9. **Kreder HJ, et al.** THA complicated by tuberculous infection. *J Arthroplasty.* 1996;11:111-4.
10. **Tuli SM, Mukherjee SK.** Excision arthroplasty for tuberculous and pyogenic arthritis of the hip. *J Bone Joint Surg Br.* 1981;63,1:29-32.