

2. Grupo de trabajo de la SEPAR. Normativa sobre el manejo de la hemoptisis amenazante. Arch Bronconeumol 1997; 33: 31-40.
3. Formas anatómo-clínicas, diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis pulmonar. Dr. Manuel Tapia. Vol. II; capítulo XII: 267-287.
4. Butlletí epidemiològic de Catalunya. Vol. XVI, 1995; 7: 85-94.
5. Hirsberg B, Biran I, Glazer M, Kramer M. Hemoptysis: Etiology, Evaluation, and Outcome in a Tertiary Referral Hospital. Chest 1997; 112: 440-444.

Dolor lumbo-sacro atípico

Sr. Director:

Las sacroilíacas son articulaciones que con relativa frecuencia se ven afectadas en el curso de procesos reumáticos crónicos como las espondiloartropatías. Otras veces, se ven alteradas por patología degenerativa o infecciosa (brucelosis, tuberculosis, otros gérmenes) (1). En este sentido, presentamos el caso clínico correspondiente a un paciente con dolor lumbo-sacro agudo que refleja la complejidad del acto médico, teniendo en cuenta que, inicialmente, se catalogó como traumático, posteriormente de supuesto origen inflamatorio y, finalmente, de tipo infeccioso.

Se expone el caso de un varón de 29 años de edad, profesional de las Fuerzas de Seguridad del Estado (cuerpo de élite), sin antecedentes familiares ni personales de interés, que en febrero de 1999, como consecuencia de una onda expansiva, en unas maniobras relacionadas con su actividad laboral, sufrió una caída, tras la cual presentó intenso dolor lumbo-sacro izquierdo. Se realizó una radiografía lumbar que evidenciaba una espondilolistesis L5-S1 y, acto seguido, un TAC lumbar que constataba dicha espondilolistesis, con espondilolisis bilateral de L5, y una hernia discal paramedial izquierda de L5-S1 que llegaba a comprimir la raíz S1 izquierda. Este hallazgo sugirió un origen traumático del problema y fue tratado con reposo y antiinflamatorios no esteroideos. Tres semanas después, y ante la mala evolución, fue hospitalizado por el especialista en Neurocirugía y se le realizó una gammagrafía ósea con MDP-Tc 99m que no presentaba hiper captación en dicha listesis, haciendo suponer que esta lesión pudiera ser antigua, y, sin embargo, existía un importante aumento de la captación del producto en la sacroilíaca izquierda. El TAC de dicha articulación no presentaba anomalías.

Por tanto, la lesión se catalogó como una sacroileítis y se solicitó colaboración al especialista en Reumatología. En este momento, el paciente se encontraba encamado, sin fiebre ni escalofríos, con intenso dolor, y con gran impotencia funcional. En el examen físico, destacaba una exploración de la sacroilíaca izquierda muy dolorosa. El estudio analítico habitual (VSG, PCR, leucocitos, etc.), las serologías de brucela, de salmonelas, de hepatitis y de HIV, la radiografía de tórax, el Mantoux, los hemocultivos seriados, el urocultivo, el coprocultivo y el ecocardiograma no presentaban alteraciones. En este sentido, se instauró un tratamiento provisional con fenilbutazona, evolucionando favorablemente. No obstante, se practicó un nuevo TAC de sacroilíacas a los 15 días, apareciendo una importante destrucción de la sacroilíaca izquierda (Fig. 1). En este instante, se sospechó un origen infeccioso del problema ante la rapidez de la lesión. De este modo, se solicitaron gammagrafías con tecnecio y con galio, observando una intensa y extensa captación en la sacroilíaca izquierda con ambos radiofármacos, y se repitió la batería de pruebas complementarias reseñadas anteriormente. Así, la VSG era de 89 en la primera hora, la leucocitosis de 10200, la PCR de 18,6 y, a su vez, se aislaron abundantes colonias de un *stafilococo aureus* en el cultivo de esputo. Se instauró tratamiento antibiótico con Gentamicina IV (15 días) y Ciprofloxacino oral (750 mg/12 horas, durante 3 1/2 meses), al ser sensible a ellos, según pauta del especialista en Medicina Interna;



Fig. 1. Sacroileítis izquierda.

mejorando clínicamente y normalizándose los parámetros analíticos. Al cabo de este tiempo, se solicitó una nueva gammagrafía con galio, persistiendo la imagen e intensidad de hiper captación de dicha sacroilíaca, el TAC aportaba la misma imagen de sacroileítis y en la RMN se confirmó la alteración, sin evidenciarse masas o abscesos. Ante esta situación, se realizó una punción biopsia de la sacroilíaca, aislándose en el cultivo un *Stafilococcus aureus* y descartándose patología tumoral. Se decidió hospitalizar al paciente y se pautó tratamiento intravenoso con Cloxacilina (2G/ 4 horas) y Amikazina (500 mg/ 12 horas) durante 4 semanas. Posteriormente, se pasó a tratamiento oral con Levofloxacino 500 (1/día) durante 8 meses. A lo largo de este tiempo, se ha practicado, cada 2 meses, una analítica y una gammagrafía con galio, sin encontrar alteraciones en la primera y, sin embargo, resultando ésta última siempre positiva. Al final de los 8 meses de tratamiento, el paciente estaba asintomático hasta el punto de reemprender su actividad laboral sin ninguna merma o secuela; siendo la analítica y la gammagrafía con galio normales.

En este caso, hemos podido ver un planteamiento inicial de patología traumática que bien podría justificar la sintomatología, teniendo en cuenta el antecedente y la presencia de la espondilolistesis y de la hernia discal que comprimía la raíz S1. Posteriormente, se sugirió, con muchas reservas, la posibilidad de una sacroileítis inflamatoria que hubiese debutado, casualmente, después del traumatismo. Finalmente, a raíz del TAC y de la gammagrafía con galio se sospechó el contexto infeccioso, a pesar de la ausencia de fiebre y de hiperleucocitosis. El retraso diagnóstico fue debido a la concurrencia del antecedente traumático y la coexistencia de patología vertebral y discal compatibles con el cuadro y a la ausencia de clínica infecciosa típica. De otro modo, la posible puerta de entrada infecciosa podría haber sido secundaria a las lesiones cutáneas que el paciente refería haber tenido tras la onda expansiva, con posterior colonización del pulmón y de la articulación. Por otra parte, la duración del tratamiento la marcó la actividad persistente en las exploraciones nucleares. En este caso en concreto, cabe resaltar la enorme agresividad del *Stafilococcus aureus*, ya que en 15 días modificó la imagen radiológica de manera considerable. En este sentido, el *Stafilococcus aureus* es una causa impor-

tante de artritis séptica en el adulto; siendo factores predisponentes de la misma el consumo de drogas por vía intravenosa, el empleo de esteroides, el traumatismo penetrante y las lesiones articulares preexistentes por traumatismo o enfermedad. Las articulaciones más frecuentemente infectadas son las rodillas, las caderas y las sacroilíacas. El dolor localizado está presente en el 90% de los casos, sin embargo en alrededor del 50% puede faltar la fiebre y la leucocitosis, como ocurrió en el caso expuesto, y los hemocultivos son positivos en aproximadamente el 50% de los casos. El tratamiento médico consiste en antibióticos por vía parenteral y puede ser necesario, en ocasiones, el aspirado de forma repetida de la articulación, el desbridamiento o el drenaje quirúrgico (2-4).

En suma, ante todo dolor lumbo-sacro hay que pensar siempre en la posibilidad de un origen séptico del mismo y es importante destacar la necesidad de recurrir a la gammagrafía con galio y al TAC para un diagnóstico precoz de esta alteración (5,6). Por último, en este tipo de afección se requiere un tratamiento prolongado de antibióticos.

C. Bruscas Izu, R. Martínez Álvarez*, M. García-Miralles Grávalos, F. J. Manero Ruiz*****

*Servicio de Reumatología. Hospital MAZ. Zaragoza. *Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. **Especialista en Medicina Nuclear. ***Servicio de Reumatología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza*

1. Alonso Ruiz A, Álvaro-Gracia Álvaro JM, Andreu Sánchez JL, et al. Manual S.E.R. de las enfermedades reumáticas. 3ª edición. Editorial Médica Panamericana. 2000: 809.
2. Sapico FL, Montgomerie IZ. Pyogenic vertebral osteomyelitis. Report of nine cases and review of the literature. *Rev Infect Dis* 1979; 1: 754-756.
3. Sheagren JN. Staphylococcus aureus. The persistent pathogen. *N Engl J Med* 1984; 310: 1368-437.
4. Graninger W, Presterl E, Wenisch C, et al. Management of serious staphylococcal infections in the outpatient setting. *Drugs* 1997; 54 (suppl 6): 21-28.
5. Peñafiel A, Mata F. Estudios isotópicos en patología infecciosa. Estudios isotópicos en medicina. Barcelona, Springer, 1992; 255-65.
6. Gratz S, Dorner J, Oestmann JW et al. 67 Ga-citrate and 99 Tcm-MDP for estimating the severity of vertebral osteomyelitis. *Nucl Med Commun* 2000; 21 (1): 11-120.

Mastitis tuberculosa: presentación de un nuevo caso

Sr. Director:

La mastitis tuberculosa es una enfermedad rara, pese a que la incidencia de la infección tuberculosa, especialmente pulmonar, es aún alta en todo el mundo y sobre todo tras la aparición del SIDA.

Descrita por Astley Cooper en 1829, hasta el momento se han recogido unos 700 casos en la literatura mundial. Se la ha denominado "la gran simuladora" por la frecuente confusión clínica con abscesos o carcinomas de mama, de forma que no es infrecuente llegar al diagnóstico al hacer el estudio anatomopatológico. La mastitis tuberculosa puede ser primaria (en la que no se demuestra ningún otro foco de infección) o secundaria (especialmente a tuberculosis pulmonar o cervical), siendo mucho más frecuente ésta última.

Presentamos el caso de una mujer de 60 años, religiosa, institucionalizada por esquizofrenia paranoide, con antecedentes de

tuberculosis pulmonar primaria en la infancia. Se remitió al Servicio de Ginecología para estudio de una gran tumoración ulcerada en mama derecha, acompañada de retracción del pezón, con la sospecha clínica de carcinoma de mama. Fue intervenida quirúrgicamente practicándose mastectomía simple con limpieza ganglionar axilar. El estudio anatomopatológico de la pieza mostró una mastitis granulomatosa caseosa compatible con tuberculosis. Entre las pruebas complementarias realizadas el único hallazgo reseñable fue un nódulo solitario calcificado de 1 cm. localizado en el lóbulo superior del pulmón izquierdo, residual al complejo primario de Gohn (Fig. 1), siendo la prueba de la tuberculina negativa. Entonces se inició tratamiento antituberculoso durante nueve meses, incluyendo Etambutol (1.200 mg./día) durante los dos primeros meses, e Isoniacida + Rifampicina (300 mg./día y 600 mg./día respectivamente) durante los nueve meses del tratamiento. No hubo complicaciones y la paciente permanece asintomática desde entonces.



Fig. 1. Mastitis tuberculosa

La mastitis tuberculosa es una patología poco frecuente. En una serie de pacientes con patologías quirúrgicas de la mama se halló 1 caso entre 6.000 (1), y en otra 5 casos entre 8.000 (2). La mayor parte de descripciones de la literatura mundial corresponden a pacientes originarios de países poco desarrollados (Egipto, Qatar, Méjico,...) (1)(3)(4). En la revisión bibliográfica que hemos llevado a cabo (Sistema PubMed, abril de 2001) hemos hallado un único caso previamente publicado en España (5), siendo el presente el primero en una paciente no inmunodeprimida.

Esta patología afectaba con mayor frecuencia a pacientes con edades comprendidas entre los 20 y 40 años (6), si bien recientemente hay publicados varios casos de pacientes mayores de 50 años (7) entre los que encajaría nuestro caso. La mayoría de los pacientes corresponden al sexo femenino; en la revisión de los casos de mastitis tuberculosa en Estados Unidos entre 1944 y 1987 sólo hubo 2 varones entre 30 casos (7). Como factores asociados a esta patología se han descrito clásicamente la multiparidad (8), la lactancia (6), el traumatismo (9) y el absceso mamario (9), aunque la disminución de la incidencia de este proceso ha hecho estos factores menos relevantes, y como ejemplo nuestra paciente no presentaba ninguno de ellos.

La presentación clínica más frecuente (75% de los casos) es la de una masa indolora que suele localizarse en el cuadrante superoexterno de una mama, mientras que con menor frecuencia se observan edema de la mama o un absceso localizado (7), y aún más raramente una mastitis bilateral (4). Junto a la sospecha clí-