

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, Dörner 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 superior externo 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-

nica, las herramientas diagnósticas incluyen estudios radiológicos, pruebas inmunológicas como el test de la tuberculina, estudio histopatológico del material biopsiado, y la demostración o cultivo del bacilo de Koch, pruebas que también permiten dilucidar si se trata de un caso primario o secundario. Aunque el diagnóstico definitivo es la demostración del bacilo de Koch, frecuentemente esto no es posible (10), por lo que sólo puede hacerse un diagnóstico de probabilidad, tal y como ocurrió en nuestro caso. El diagnóstico diferencial debe hacerse con el carcinoma de mama (3)(4), si bien habría que considerar también la posibilidad de fibroadenoma, absceso crónico por otro microorganismo, sarcoidosis, mastitis por células plasmáticas o necrosis traumática grasa (7).

Aunque hay una escasa experiencia en los resultados de las distintas pautas terapéuticas, la mayoría de autores coinciden en la conveniencia de una resección quirúrgica local seguida de tratamiento quimioterápico convencional, pauta que resolvió completamente 16 casos de una serie de 18 (6). Nuestra paciente siguió una terapia que incluyó mastectomía simple, añadiéndose tratamiento antituberculoso tras establecerse el diagnóstico.

Como conclusión, debe considerarse la posibilidad de una mastitis tuberculosa ante una masa de rápido crecimiento, ya que la combinación de cirugía local y tratamiento médico antituberculoso podría evitar una mastectomía.

**M. Hernández Fernández, M. T. Gutiérrez Guzmán\*, E. González Pablos**

*Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. \*Unidad de Psiquiatría. Complejo Hospitalario San Luis. Palencia*

1. Hale JA, Peters GN, Cheek JH. Tuberculosis of the breast: rare but still extant. *Am J of Surg* 1985; 150: 620-624.
2. Haagensen CD. Infections in the breast. In: *Diseases of the breast*, 2nd edn. Philadelphia: Saunders, 1971: 335-336.
3. Wong Chen FJ, Robledo D, Barreto O, Guzman C. Breast tuberculosis, a case report and a review of the literature. *Ginecol Obstet Mex.* 1997; 65: 92-95.
4. Al Soub H, Chacko K. Tuberculous mastitis: a rare disease. *Br J Clin. Pract.* 1996; 50(1): 50-51.
5. Pardo J, Galindo I, Navarro LM, Querol R. Bilateral tuberculous mastitis in a woman infected by the human immunodeficiency virus. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2000 Feb; 18(2): 98-99.
6. Banerjee SN, Ananthkrishnan N, Mehta RB, Parkash S. Tuberculous mastitis: a continuing problem. *World J Surg* 1987; 11: 105-109.
7. Perkins J, Chapman SW. Tuberculous mastitis. *Chest* 1990; 98: 1505-1509.
8. Anspach BM. Primary tuberculosis of the breast. *Am J Med Sci* 1904; 128: 98.
9. Gilbert AI, MacGough EC, Farrell JJ. Tuberculosis of the breast. *Am J Surg* 1962; 103: 424-427.
10. Shinde SR, Chandawarkar RY, Deshmukh SP. Tuberculosis of the breast masquerading as carcinoma: a study of 100 patients. *World J Surgery* 1995 May-Jun; 19(3): 379-381.

## Parkinsonismo y lesión putaminal por intoxicación por metanol

Sr. Director:

La intoxicación por metanol es una rara y grave forma de intoxicación, con importantes mortalidad y morbilidad, sus secuelas principales son de carácter neurológico, afectando fundamentalmente al nervio óptico y a los ganglios de la base, más específicamente al putamen. Presentamos un caso que sobrevivió a la

fase aguda de la intoxicación pero desarrolló precozmente un parkinsonismo secundario.

Mujer de 47 años con antecedentes de alcoholismo crónico y trastornos de la conducta. Desde hacía un mes a partir de que su familia le controló la bebida alcohólica, consumía de forma más o menos regular alcohol de 96° para uso sanitario y ocasionalmente anfetaminas. Acudió a urgencias por alteraciones visuales consistentes en pérdida de agudeza visual y visión en "blanco y negro", respiración superficial y taquipnea, desarrollando en un breve periodo de tiempo deterioro del nivel de conciencia, con pupilas midriáticas y consensuadas sin desviación, hipotonía generalizada, taquicardia a 120 latidos/minuto y con tensión arterial 110/60 mm Hg. Su familia aportó dos envases de alcohol metílico vacíos apuntando su posible consumo por la paciente. En la analítica de urgencia presentaba hemograma y estudio de coagulación normales, glucosa 260 mg/dl, urea 38 mg/dl, creatinina sérica 0,79 mg/dl, Na 140 mmol/l, K 4,8 mmol/l, Cl 112 mmol/l, AST 14 y ALT 23 UI/l, pH 6,92. PaO<sub>2</sub> 141 mm Hg. PaCO<sub>2</sub> 15,8 mm Hg bicarbonato 3,3 mE/l. exceso de bases -27,5. Niveles de alcohol en sangre: etílico 50 mg/l y metílico 3599 mg/l. Fue intubada y conectada a ventilación mecánica, se procedió a lavado gástrico por sonda endodigestiva e inició tratamiento con alcohol etílico por vía i.v. y dosis altas de ácido fólico i.v. Se corrigió la acidosis con bicarbonato sódico i.v., desarrolló hipocaliemia secundaria que fue controlada. Permaneció durante 72 horas en ventilación mecánica siendo extubada con buen nivel de conciencia y funciones superiores conservadas, sin aparentes defectos visuales y con una motricidad corporal espontánea sin déficits focales. Interrogada sobre su intoxicación refirió el consumo del tóxico con fin de procurarse alcohol y negó fines autolíticos. En sala de hospitalización se apreció temblor distal leve, fino y discontinuo, moderada rigidez, hiperreflexia generalizada y alteración de la marcha con pasos cortos (a modo "festinante"). No se objetivaron lesiones en el estudio del fondo de ojo ni defectos de la agudeza visual, se realizó estudio de potenciales evocados que fue normal. Se indicaron estudios de imagen sobre encéfalo no mostrando la tomografía axial computarizada anomalías, pero en la resonancia magnética nuclear cerebral se observó en ambos núcleos lenticulares a nivel de putamen de forma simétrica un aumento de señal con lesiones hiperintensas (Fig. 1). Se decidió observación de su trastorno y no se indicó tratamiento farmacológico. Nueve meses después persiste pero en grado leve la alteración de la marcha y no se observan otros déficits.

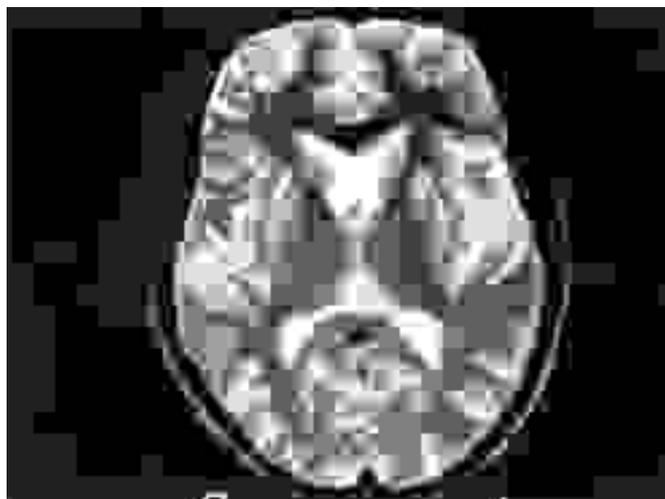


Fig. 1. Lesión putaminal.