

# INFECCIÓN POR MICOBACTERIA NO TUBERCULOSA EN HÚMERO PROXIMAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA, CÓRDOBA  
M. Gómez Rodríguez, F. Muñoz Reyes, S. Domínguez Díaz

## INTRODUCCIÓN

La osteomielitis se define como un cuadro clínico inflamatorio provocado por la infección de tejidos y médula ósea. Se considera crónica si se produce durante más de seis semanas de evolución.  
El microorganismo más frecuente que la provoca es S. Aureus, pero es cierto que puede darse por microorganismos Gram negativos, anaerobios, infecciones polimicrobianas o por bacterias atípicas más frecuentemente que si hablamos de osteomielitis aguda.  
En concreto, las micobacterias atípicas o no tuberculosas (MNT) engloban todas aquellas que no son Mycobacterium Tuberculosis. Las MNT son microorganismos con gran capacidad de resistencia, que abundan en suelo, agua y numerosas especies animales.

## OBJETIVOS

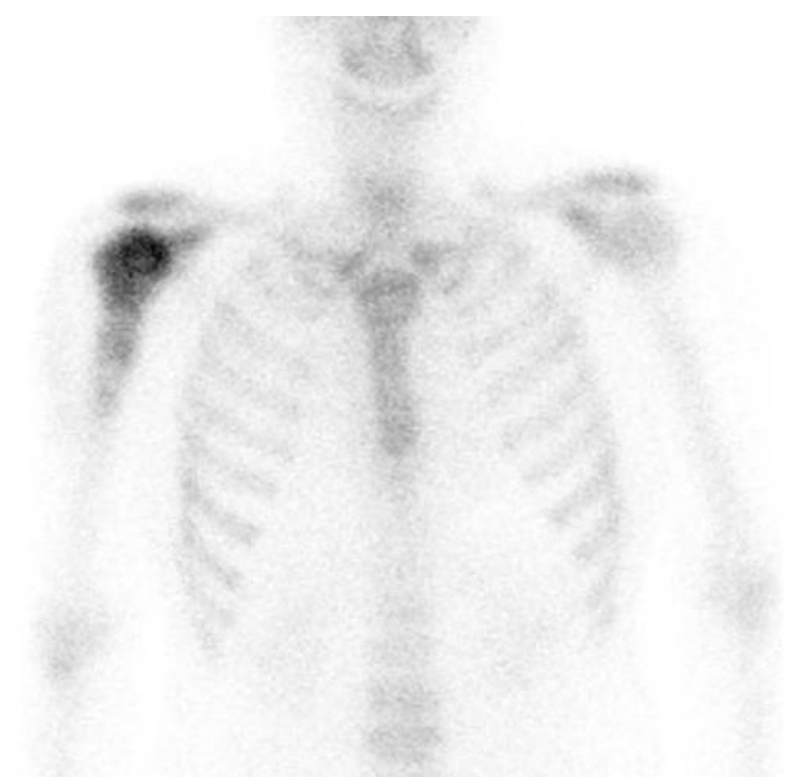
Presentar el diagnóstico, diagnóstico diferencial, tratamiento y evolución de un caso de osteomielitis en húmero proximal por micobacteria atípica.

## MATERIAL Y METODOLOGÍA

Se presenta el caso de un paciente de 34 años, sin alergias conocidas ni antecedentes de interés, con omalgia derecha de varios meses de evolución (en Agosto de 2014). Acude a hospital comarcal, en el cual se realizan radiografías, donde se aprecia lesión lítica a nivel de húmero proximal, y se infiltra.



Se deriva a HURS y tras evolución tórpida, se realizan nuevas radiografías, TAC y gammagrafía donde se aprecian hallazgos altamente sugestivos de proceso neoplásico.



Se interviene en Septiembre de 2014 realizándose ventana ósea en cara anterolateral de metáfisis humeral y tomando varias muestras:

- Aspirado de líquido para cultivo.
- Fragmento óseo para cultivo.
- Muestras de tejido perilesional para anatomía patológica.
- Muestras de tejido óseo procedente de cabeza humeral para anatomía patológica.
- Muestras de tejido óseo metafisiario para anatomía patológica.

## RESULTADOS

Los resultados de las tres biopsias fueron negativos.

Sin embargo, en las muestras intraoperatorias sí que se obtuvo PCR positiva a Micobacteria atípica.

Se instauró pauta antibiótica con Rifabutina, Claritromicina y Etambutol. Al cuarto mes de tratamiento, nuestro paciente se complicó con una uveítis y se decidió sustituir Rifabutina por Rifampicina. La duración total del tratamiento fue de catorce meses, lo que provocó la resolución del cuadro. Desde entonces ha estado en seguimiento, con buena evolución y sin signos de recidiva.

## CONCLUSIONES

Hoy en día estamos asistiendo a un aumento en la incidencia de infecciones por micobacterias atípicas propiciado por un incremento en el número de pacientes inmunodeprimidos, el virus de la inmunodeficiencia humana y los tratamientos inmunosupresores.

Es importante valorar la existencia de un proceso infeccioso siempre que se haya descartado una lesión tumoral en este tipo de casos, dado que las pruebas de imagen pueden generar confusión.

