

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

**TUBERCULOSIS COXOFEMORAL EN UN PACIENTE CON COXALGIA CRÓNICA DE
DIFÍCIL DIAGNÓSTICO Y RETRASO EN EL TRATAMIENTO: REPORTE DE CASO**

AUTORA: SAAVEDRA TUANAMA ERICA.

ASESOR: LEIVA GOICOCHEA JUAN EDUARDO

Trujillo – Perú

2020

DEDICATORIA

A Dios Jehová por guiarme siempre por el
camino correcto y en toda mi vida,
sin él nada sería posible

A mis amados padres y mis hijos: Felicita, César, Valeria y Alejandro
Mi agradecimiento por el
su apoyo en todo aspecto, sin ellos no hubiera alcanzado mis metas,
demostrando que con esfuerzo, dedicación y perseverancia
todo se puede lograr.

AGRADECIMIENTOS

A Dios Jehová por guiarme y hacer posible cumplir mis metas
dándome las fuerzas necesarias para superar
todos los obstáculos que se me hayan presentado en mi camino.

En especial a mis padres Felicita, César, Valeria y Alejandro,
por su apoyo incondicional y comprensión
durante toda mi vida

A mi asesor, Dr. Juan Leiva Goicochea, por
su apoyo y guía durante todo este proceso
aportándome sus conocimientos con paciencia
y dedicación.

Al personal administrativo del Hospital
Víctor Lazarte Echeagaray, por haberme
permitido realizar mi estudio y dado las
facilidades de acceso a sus archivos para
realizar mi trabajo.

TUBERCULOSIS COXOFEMORAL EN UN PACIENTE CON COXALGIA CRÓNICA DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO Y RETRASO EN EL TRATAMIENTO: REPORTE DE CASO

AUTOR: Saavedra Tuanama Erica*

ASESOR: Leiva Goicochea Juan Eduardo.**

*Bachiller de medicina. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo, Perú.

**Médico reumatólogo. Jefe del servicio de medicina. Hospital Víctor Lazarte Echegaray.
Trujillo, Perú.

Correo electrónico: erica.0603@hotmail.com

Correo electrónico: jeleivagoicochea@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: La cadera es un sitio poco común de afectación tuberculosa, que se establece independientemente del estado inmune del paciente, siendo su diagnóstico necesariamente precoz para evitar daño irreversible y postración temprana, además el tratamiento antimicrobiano no asegura un manejo quirúrgico ni complicaciones de la articulación coxofemoral.

Descripción del caso: Varón de 49 años, sin comorbilidades ni antecedente de infección tuberculosa, que inició dolor lumbar irradiado a zonas inferiores, posteriormente el dolor se establece en cadera izquierda con gran incapacidad funcional. Los estudios de imagen y de laboratorio confirmaron la sospecha de tuberculosis coxofemoral, con una colección purulenta articular, iniciando terapia antifímica y un drenaje quirúrgico exitoso.

Conclusiones: La TBC de cadera puede presentarse de manera aislada, sin manifestaciones sistémicas, en un sujeto inmunocompetente, debiendo tenerse en cuenta como un diagnóstico diferencial ante dolor de cadera.

Palabras clave: *Mycobacterium tuberculosis*, tuberculosis osteoarticular, coxalgia crónica, cadera.

ABSTRACT

Introduction: The hip is a rare site of tuberculous involvement, which is established regardless of the patient's immune status, and its diagnosis is necessarily early to avoid irreversible damage and early prostration, and antimicrobial treatment does not ensure surgical management or joint complications. hip joint.

Description of the case: A 49-year-old man, without comorbidities or a history of tuberculosis infection, who started low-back pain radiating to lower areas, later the pain established in the left hip with great functional disability. Imaging and laboratory studies confirmed the suspicion of hip tuberculosis, with a purulent joint collection, initiating antifimic therapy and successful surgical drainage.

Conclusions: TBC of the hip can present in isolation, without systemic manifestations, in an immunocompetent subject, and it should be considered as a differential diagnosis for hip pain.

Key words: *Mycobacterium tuberculosis*, osteoarticular tuberculosis, chronic coxalgia, hip

INTRODUCCIÓN

La infección osteoarticular por *M. tuberculosis* es siempre todo un reto diagnóstico en medicina, ya que su cuadro clínico imita una amplia variedad de enfermedades, desde infecciosas hasta autoinmnes. La afectación tuberculosa de la articulación coxofemoral (llamada también TBC de cadera o coxitis tuberculosa) es una situación ciertamente infrecuente, por lo tanto, su diagnóstico temprano es excepcional y las consecuencias de tal retraso suelen ser devastadoras, pues el Bacilo de Koch tiende a generar lesiones líticas y muy destructivas en tejido óseo.¹⁻² La TBC coxofemoral ocupa el 2º lugar en frecuencia (siendo el 1º lugar la TBC de la columna vertebral), otros lugares menos frecuentes son rodilla, codos, manos y pies. La diseminación hematogena es la regla en todas las formas de TBC osteoarticular, siendo la forma de presentación más común el tipo monoarticular asimétrico.³

El cuadro clínico de una tuberculosis coxofemoral es indistinguible de otros trastornos de la cadera: cojera, empastamiento en la ingle, adenopatías inguinales, dolor a la palpación inguinal y disminución de los arcos de movimiento de la extremidad afectada.⁴ Los hallazgos por imagen tienen más valor que el examen físico para sospechar una coxitis tuberculosa: geodas, osteoporosis difusa, pinzamiento de la interlínea articular, reacción perióstica, inclusive se ha visto en gran porcentaje de casos una destrucción masiva de cabeza femoral y formación de absceso.⁵ El diagnóstico diferencial de una TBC de cadera es amplio y por ende, difícil: artritis séptica, hemofilia, artrosis primaria, brucelosis de cadera y artritis idiopática juvenil en niños y adolescentes. La mayoría de reportes hallados informan retraso en el diagnóstico debido a varios factores: cuadro inespecífico, diagnóstico diferencial amplio y rareza de la existencia de una tuberculosis localizada en cadera.⁶

El tratamiento específico de una tuberculosis coxofemoral no difiere del manejo estandarizado para TBC: isoniazida, rifampicina y pirazinamida por 2 meses, seguido de isoniazida más rifampicina por 7 meses. A esto se agrega que algunos fármacos (como pirazinamida actúan en pus o tejido caseoso) actúan lentamente en tejido óseo destruido. Esto varía en algunas situaciones, por ejemplo, pacientes infectados por VIH o multidrogorresistencia.⁷ Los reportes de caso hallados en la búsqueda para este trabajo informan que esta entidad puede aparecer indistintamente en pacientes inmunocompetentes como inmunodeprimidos.⁸ Nuestro reporte de caso es único por ser el primer informe de este tipo reportado en la región, con imágenes que demuestran el gran compromiso óseo, aportando a la literatura médica nacional la posibilidad de una infección tuberculosa de cadera en un paciente previamente sano inmunocompetente sin antecedentes de infección tuberculosa previa.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 49 años de edad, casado, religión cristiana, raza mestiza, procedente de Trujillo, profesión mecánico de taller. No presenta antecedentes de infección crónica ni otras enfermedades, tampoco presenta intervenciones quirúrgicas. Niega alergias ni reacciones adversas farmacológicas. Como antecedentes familiares ambos padres son hipertensos al igual que 2 de sus 4 hermanos.

En julio del 2019 inicia su cuadro clínico. Refiere como primer síntoma dolor lumbar bajo, que se exagera con el ejercicio y mejora con el reposo, irradiado a ambos miembros inferiores, a predominio izquierdo, posteriormente el dolor se instaura en cadera izquierda.

En octubre del 2019 cuadro anterior se intensifica, aparece dolor e incapacidad para correr y luego para caminar. Paciente refiere dificultad para realizar su trabajo cotidiano. A mediados de dicho mes inicia sensación de alza térmica a predominio nocturno, sin sudoración nocturna ni pérdida de peso.

En noviembre del 2019 cuadro se establece: dolor lumbar no cede con analgésicos ni reposo. El dolor en hemicadera izquierda lo invalida para valerse por sí mismo. Fiebre continúa a predominio nocturno. Debido al cuadro que presenta acude a centro médico donde una radiografía de cadera (ver FIGURA 1) evidencia acortamiento y borramiento del cuello y cabeza femoral izquierda, la radiografía lumbosacra no evidencia lesiones evidentes en columna lumbar. Por los hallazgos de imagen encontrados es referido a hospital de mayor capacidad resolutive.

Por la severidad del estado incapacitante el paciente queda hospitalizado en dicho nosocomio en diciembre 2019. Al examen físico se encuentra a paciente en decúbito, colaborador,

funciones biológicas conservadas, miembro inferior derecho 6 cm más largo que miembro contralateral. Se puede notar un evidente empastamiento y tumefacción de la cara lateral de cadera izquierda, sin calor local ni eritema asociado (ver FIGURA 2), estando todos los movimientos disminuidos de dicha articulación (rotación interna y externa abolidas).

El cuadro clínico llega a discutirse y se postulan como diagnósticos diferenciales las siguientes entidades: coxartrosis izquierda, artritis reactiva, neoplasia maligna y tuberculosis de cadera.

Los estudios de laboratorio mostraron hemograma: 13.400 con desviación izquierda, no hubo linfopenia ni trombocitopenia, Hb: 13.5, perfil hepático y lipídico normales, VSG: 35 mm/hora, PCR: 28 mg/dl, además se solicitó factor reumatoide y ANA, con resultados negativos. En base a estos resultados se pudo concluir en un probable cuadro infeccioso con leucocitosis y reactantes de fase aguda elevados, en un varón inmunocompetente sin problemas de autoinmunidad.

Se solicitó una tomografía computarizada de cadera (ver FIGURA 3), observándose una destrucción parcial de la articulación coxofemoral izquierda asociada a una masa de bordes irregulares y densidad líquida que desplaza tejido blando circundante. Una ecografía de partes blandas en zona de cadera izquierda donde se logró visualizar una colección líquida cuantificada en aproximadamente 1000 cc. tomándose una muestra de aspirado purulento por punción coxofemoral izquierda y es cuando se sospecha por primera vez la presencia de una infección tuberculosa. La prueba de Mantoux resultó positiva (15 mm). Se inicia tratamiento empírico para TBC osteoarticular mientras se procesa la muestra (isoniazida + rifampicina + pirazinamida). Paciente nota mejoría de cuadro a los 7 días de iniciado el manejo antifímico. La radiografía de tórax (ver FIGURA 4) no mostró anormalidades.

El resultado de aspirado de material purulento revela presencia de bacilos ácido alcohol resistentes. Una nueva ecografía informa crecimiento de la colección líquida a 1.500 cc. Se decide su intervención quirúrgica en enero 2020. En la operación se evidencia tejido articular coxofemoral licuefactivo, con cápsula articular desestructurada, además se logra extraer 1.800 cc de material purulento sin mal olor.

El paciente permaneció un total de 43 días hospitalizado, se le indicó esquema de 9 meses para TBC extrapulmonar, no presentando reacciones adversas medicamentosas por dicha terapia. El perfil hepático mostró elevación de transaminasas los primeros 15 días, para normalizarse posteriormente. La tomografía de control no evidenció progresión de la afectación coxofemoral, más bien una disminución de la colección observada en la primera tomografía (ver FIGURA 5).

Actualmente con buena respuesta al tratamiento. Inició terapia física con buenos resultados, aunque mantiene deambulacion con muletas.

DISCUSIÓN

El presente reporte de caso abre muchos temas de debate. El paciente inició su cuadro clínico en julio, siendo diagnosticado a inicios de diciembre del mismo año. Fueron 6 meses de penumbra diagnóstica que pudieron acortarse con la sola sospecha de infección tuberculosa. El carácter lento y reptante de esta entidad hace que el clínico tenga problemas para aportar otros diagnósticos diferentes a causas mecánicas de dolor de cadera.

Soro Marín S. y colaboradores reportaron un caso de bursitis trocantérea tuberculosa en una mujer joven inmunocompetente. El autor hace hincapié que la infección de tejidos blandos debido al bacilo de Koch puede afectar virtualmente a cualquier tejido (es decir: músculo, tendones, fascia, bursa y tejido sinovial), sin embargo, la bursitis trocantérea de origen tuberculoso es una entidad infrecuente, que suele afectar a pacientes inmunocomprometidos y puede ser una consecuencia de una tuberculosis coxofemoral, manifestándose comúnmente en forma insidiosa, dificultando el diagnóstico y retrasando el tratamiento. El artículo presenta el caso de una mujer joven, inmunocompetente, que presentó de manera crónica dolor de cadera izquierda. El estudio confirmó el diagnóstico de bursitis trocantérea tuberculosa y demuestra la importancia de considerar el posible origen infeccioso de las bursitis en pacientes inmunocompetentes.⁹

Rao C. y colaboradores publicaron un interesante reporte donde se diagnosticó una coxitis tuberculosa en un hombre de 71 años quien previamente se había catalogado como una artritis séptica, enmascarando totalmente una TBC y retrasando el tratamiento. El paciente inició con antibióticos intravenosos y se sometió a lavado y desbridamiento de la cadera involucrada. Durante el procedimiento, los cirujanos observaron cambios tuberculosos característicos y se tomaron muestras para pruebas demostrativas de presencia de bacilo de Koch. Los informes de cultivos de bacilos ácido-resistentes y biopsias sinoviales confirmaron la sospecha intraoperatoria de tuberculosis. Se inició la medicación antifímica y el paciente mejoró rápidamente. Completó 9 meses de régimen de tratamiento tuberculoso y al finalizar se le ofreció reemplazo total de cadera. A los 8 años de seguimiento, el paciente estaba bien de salud y sin recidiva de infección en la cadera lesionada.¹⁰

Rodríguez Messina A. y colaboradores reportaron el caso de un varón de 47 años diabético y fumador con coxalgia izquierda cuyos exámenes de imagen y laboratorio concluyeron en coxitis tuberculosa, terminando en un recambio protésico total de la articulación destruida. El autor nos recuerda que la tuberculosis ósea tiene su origen en la diseminación hematógica de una primoinfección, siendo excepcional la llegada de los bacilos al aparato locomotor por contigüidad o propagación linfática, además, sólo un reducido número de pacientes tuberculosos tendrá involucramiento Osteoarticular, y de ellos, la mitad tendrá afectación en la columna vertebral. El autor finaliza que la antibioticoterapia es muy efectiva, sin embargo, la variable más importante para predecir la evolución de la afectación Osteoarticular será el estado de la enfermedad al momento del diagnóstico.¹¹

Ruiz-Osuna C. y colaboradores reportaron un caso similar y además realizaron una discusión exhaustiva del tema. El artículo reporta un caso de tuberculosis osteoarticular tipo caseificante de cadera, con destrucción completa de la articulación y además explica el modo que llega al diagnóstico y ejecución del tratamiento tanto médico como quirúrgico, con buena respuesta y evolución adecuada. El autor informa que la coxitis fímica tiene 2 formas de presentación: granulosa y caseificante, haciendo hincapié que el diagnóstico es clínico, radiológico y laboratorial.¹²

Villafañe M. y colaboradores reportaron un caso de tuberculosis de cadera en un paciente de 21 años, inmunodeprimido por infección por el VIH, tratándose de forma exitosa con una combinación de antivirales y antituberculosos. La autora resalta que la afectación de la cadera por tuberculosis es menos del 10% de todos los casos de tuberculosis Osteoarticular y que el diagnóstico se confirma con la detección de *Mycobacterium tuberculosis* en muestras

obtenidas por biopsia de líquido articular o membrana sinovial mediante examen directo y cultivo, para realizar pruebas de susceptibilidad antimicrobiana.¹³

Otros autores, por ejemplo, Aiyer S. reportó el caso de una TBC de cadera en una niña de 14 años con displasia de cadera previa, concluyendo que esta entidad podría ser un factor de riesgo para infección por *M. tuberculosis*¹⁴, Wray C. reportó 2 casos de pacientes con dolor de cadera cuyo diagnóstico tardó demasiado y el tratamiento culminó de manera quirúrgico, concluyendo que esa es la suerte de todo paciente con infección tuberculosa de cadera si no se diagnostica a tiempo¹⁵, Cabello C. publicó otro caso aleccionador: un varón de 50 años con coxitis tuberculosa con diagnóstico temprano recibió correctamente terapia antimicrobiana para BK, sin embargo eso no bastó y acabó en reemplazo de la articulación coxofemoral afectada, concluyendo que a veces no basta un diagnóstico precoz y tratamiento temprano para evitar la reparación quirúrgica¹⁶, Rivas M. reportó el caso de un varón de 22 años, inmunocompetente, que fue diagnosticado con TBC miliar, posteriormente afectando pulmón y tejido osteoarticular (específicamente articulación coxofemoral izquierda), concluyendo que el aparato locomotor es un lugar predilecto para dicho bacilo ante un cuadro de invasión miliar.¹⁷ Por último Panisello J. y colaboradores reportaron 2 casos de tuberculosis de cadera y su abordaje diferente en 2 situaciones especiales y que durante el proceso de su curación deben realizarse procedimientos rehabilitadores y ortésicos, aunque una regla es que la cadera quedará con secuelas.¹⁸

Los probables diagnósticos diferenciales de este reporte de caso se descartaron mediante historia clínica, ayuda laboratorial y de imágenes.

Primero se pensó en una Coxartrosis: Sin embargo, en nuestro caso se encontró destrucción parcial de la articulación coxofemoral sin afectación predominante del cartílago articular, asociado a otras imágenes de densidad líquida, esto fue crucial para descartarla.

Artritis reactiva: La ausencia de una infección de transmisión sexual, urinaria o digestiva antes del cuadro actual descartó la posibilidad.

Neoplasia maligna: El hallazgo de BAAR en la muestra de aspirado purulento descartó esta teoría.

Nosotros concordamos con las conclusiones de todos los reportes de caso similares al nuestro. Además, nuestro paciente fue inmunocompetente sin comorbilidades y aparentemente sin antecedentes de infección tuberculosa, con tratamiento médico y quirúrgico que ayudaron a resolver la enfermedad de manera permanente, haciendo más útil y valioso nuestro reporte de caso para otros casos similares venideros. Se mostró empatía por parte de nosotros al paciente y viceversa, sintiéndolo cómodo y además permitiendo que su entidad patológica pueda ser publicada.

CONCLUSIONES

Este reporte de caso ilustra claramente como una TBC de cadera puede presentarse de manera aislada, sin ningún antecedente de infección tuberculosa y en un paciente inmunocompetente, por tanto: En todo paciente con coxalgia crónica debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial la posibilidad de coxitis tuberculosa. Ante una imagen de destrucción osteoarticular coxofemoral se deberá pensar en TBC de cadera como una de las primeras posibilidades. Posiblemente esta entidad esté siendo infradiagnosticada en nuestro medio.

RECOMENDACIONES

En todo dolor de cadera, con o sin malestar general, en un paciente con inmunidad íntegra o comprometida, se deberá pensar en una infección tuberculosa de la articulación coxofemoral, sobre todo en nuestro medio.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor Juan Eduardo Leiva Goicochea, quien guio y alumbró el camino para ejecutar este reporte de caso.

CONFLICTO DE INTERERES

La autora no reporta ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shyam K, Surendra M. Tuberculosis of hip: A current concept review. *Indian J Orthop.* 2015;49 (1): 1–9.
2. Jeddo S, Huang C, Li M. Case report on the recurrence of tuberculosis of hip after 40 years. *Springerplus.* 2014; 3(1):662.
3. Held M, Hoppe S, Laubscher M, Mears S, Dix-Peek S, Zar HJ, et al. Epidemiology of musculoskeletal tuberculosis in an area with high disease prevalence. *Asian Spine J.* 2017; 11(3):405-11.
4. Johansen I, Nielsen S, Hove M, Kehrer M, Shakar S, Wøyen A, et al. Characteristics and clinical outcome of bone and joint tuberculosis from 1994 to 2011: a retrospective register-based study in Denmark. *Clin Infect Dis.* 2015; 61(4):554-562.
5. Peto H, Pratt R, Harrington T, LoBue P, Armstrong L. Epidemiology of extrapulmonary tuberculosis in the United States, 1993-2006. *Clin Infect Dis.* 2009; 49(9):1250-7.
6. Elmi A, Tabrizi A, Tolouei F. Skeletal tuberculosis presenting as a small cystic lesion in the medial femoral condyle. *Arch Bone Jt Surg.* 2013; 1(2):112-115.
7. Lešić A, Pešut D, Marković L, Maksimović J, Čobeljić G, Milosevic I, et al. The challenge of osteoarticular tuberculosis in the twenty-first century: a 15-year population-based study. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2010; 14(9):1181-1186.
8. Vanhoenacker F, Sanghvi D, De Backer A. Imaging features of extraaxial musculoskeletal tuberculosis. *Indian J Radiol Imaging.* 2009; 19(3):176-186.
9. Soro S, Sánchez M, Mínguez M, Huertas M, García P, Salas V. Bursitis trocantérea tuberculosa en mujer joven inmuno competente. *Reumatol Clin.* 2012;8(1):34–35.

10. Rao C, George J, Nirav S. A misleading presentation of the tuberculous hip as staphylococcal infection, its successful management and review of the literature. *BMJ Case rep.* 2018;23.
11. Rodríguez A, Flores M, Fernández G, Cariño C, Cordero E, Cruz M, et al. Infección de cadera por *Mycobacterium tuberculosis*. *Rev Esp Med Quir.* 2014; 19(01):113-118.
12. Ruiz C, González R. Tuberculosis osteoarticular caseificante de cadera con destrucción articular grave. Presentación de un caso. *Acta Ortop Mex.* 2008; 22(4): 254-258.
13. Villafañe M, Corti M, Palmieri O, Castro M. Tuberculosis de la cadera. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev. chil. infectol.* 2015; 32 (5): 580-583.
14. Aiyer, S, Raj A, Shah S, Marathe N, Sujith B. Report of a rare case of tuberculosis infection in a previously neglected dysplastic hip in a young woman. *JAAOS: Glob Res Rev.* 2020; 4 (2).
15. Wray C, Roy S. Arthroplasty in knee tuberculosis: two cases of missed diagnosis. *Acta Orthop Scand.* 1987; 58 (3): 296–298.
16. Cabello C, Wilson C, Lopez F, Mesa C. Total hip arthroplasty after tuberculosis infection: A clinical case and review of the literature. *Rev Chil Ortop Traumatol.* 2018; 59 (02): 082–086.
17. Rivas M, Kiese M, Casco G, Lird A, Cuevas C, Gómez J, et al. Tuberculosis miliar con afectación pulmonar y articular. *Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int.* 2016;3(2):124-128.
18. Panisello S, Martinez M, Cuenca E, Peguero B, Herrero B. Artritis tuberculosa de cadera. Planteamiento terapéutico de dos situaciones diferentes. *Rev esp cir Osteoartic.* 2000;35(202):386-388.

ANEXOS



FIGURA 1. Radiografía de cadera anteroposterior. Se aprecia pérdida total del espacio virtual acetabular, con impactación de la cabeza femoral. Por este motivo el paciente tuvo acortamiento de la extremidad inferior izquierda.



FIGURA 2. Fotografía de la zona superior del muslo izquierdo. Obsérvese el empastamiento visible, producto de una colección purulenta existente en la cavidad acetabular. El paciente refería dolor a la palpación.

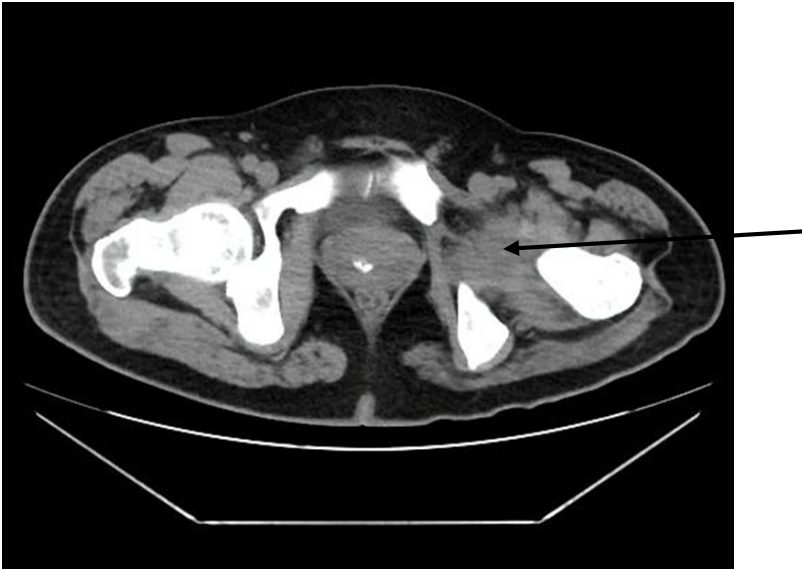


FIGURA 3. Tomografía computarizada sin contraste de cadera. Nótese la destrucción de la articulación coxofemoral izquierda, con una masa de bordes irregulares y densidad líquida que desplaza tejido blando circundante.



FIGURA 4. Radiografía de tórax del paciente en estudio. Se buscó alguna lesión primaria que explique una diseminación hematológica, no hallándose ninguna en ambos pulmones.

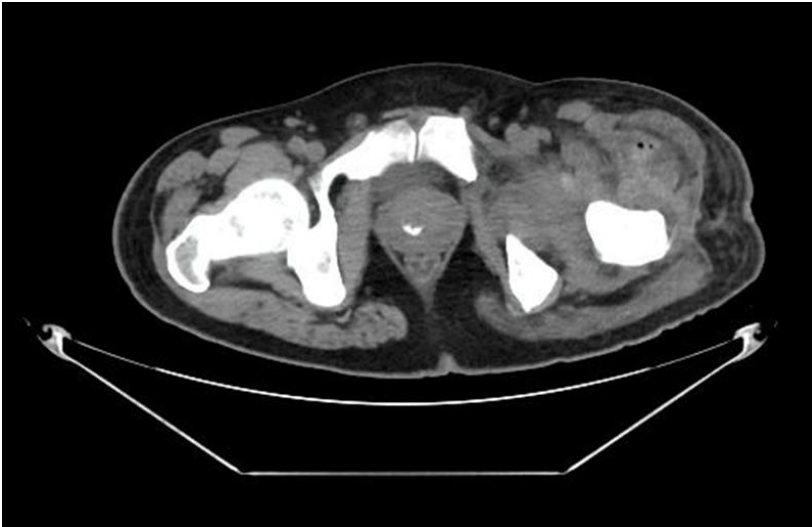


FIGURA 5. Tomografía computarizada de cadera sin contraste postquirúrgica. Se puede notar disminución de la colección purulenta, más no así del compromiso osteolítico coxofemoral.



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Centro Asistencial Hospital Victor Lazarte Echegaray fecha 16-SEPT-2020

Yo, VILA ROMERO SERGIO Identificado con documento

Nacional de identidad (otros*) N° 18106388 he mantenido una reunión

con el Dr. Juan Leiva, Erica Saavedra médico del servicio de donde vengo

siendo atendido y me ha informado ampliamente acerca de mi enfermedad, los

estudios y tratamiento que ella requiere

padezco de Tuberculosis de Cadera y el tratamiento propuesto es

es. Publicación de un reporte de caso respecto

a mi enfermedad por ser un evento importante

para la profesión médica

Me ha informado de los riesgos de procedimiento, así como sus ventajas y los

beneficios que voy a obtener. También me ha informado sobre la posibilidad de

tratamientos alternativos

Y se ha referido a las consecuencias del no tratamiento

he realizado las preguntas que considere oportunas, todas las cuales han sido

absueltas y con respuesta que considero suficientes y aceptables

Adicionalmente se me ha ofrecido información escrita.

Por tanto en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para que se me

realice la creación y publicación de tal reporte de caso

teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios

que podrían desprenderse de dicho acto médico.

FIRMA DE PACIENTE RESPONSABLE DNI N° 18106388



HUELLA DIGITAL

FIRMA DEL MEDICO Juan Esteban Leiva Goicochea MEDICINA INTERNA REUMATOLOGIA CMP N° 14124 - 1988 6882 - 14332

REVOCATORIA (Firma del Paciente o responsable)

N° DNI

C. Externa Emergencia

Hospitalización Servicio N° de cama

- (*) Otros
DNI
Carne de extranjería
Carne de fuerzas Policiales

- Carnet de Fuerzas Armadas
N° de Pasaporte
Partida de Nacimiento

