

Afectación osteoarticular en tuberculosis: A propósito de un caso

Polanco-Cruz Julissa, González-Díaz Verónica, Martínez-Bonilla Gloria, Cerpa-Cruz Sergio, Gutiérrez-Ureña Sergio Ramón y Chávez-Barba Óscar Armando.

Autor para correspondencia

Polanco-Cruz Julissa, Servicio de Reumatología, Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde” Hospital 278, Col. El Retiro, C.P. 44328, Guadalajara, Jalisco, MX.
Teléfono celular: (044) 33 1670 3373
Contacto al correo electrónico: juli1717pc@gmail.com

Palabras clave: Mal de Pott, tuberculosis, tuberculosis articular.

Keywords: Articular tuberculosis, Pott disease, tuberculosis.



Afectación osteoarticular en tuberculosis: A propósito de un caso

Polanco-Cruz J^a, González-Díaz V^a, Martínez-Bonilla G^a, Cerpa-Cruz S^a, Gutiérrez-Ureña SR^a, Chávez-Barba OA^b

Resumen

La infección por tuberculosis puede presentarse con una amplia gama de manifestaciones del sistema músculo-esquelético, dentro de las que figuran: mal de Pott, artritis tuberculosa, osteomielitis, dactilitis y la enfermedad de Poncet. Presentamos un caso clínico con antecedentes de tuberculosis pulmonar que inicia con afectación osteoarticular a nivel axial y periférico.

Palabras clave: *Mal de Pott, tuberculosis, tuberculosis articular.*

Osteoarticular Involvement in Tuberculosis: A Case Report

Abstract

Infection due to tuberculosis can be presented by a wide range of manifestations of the musculoskeletal system. Those seen: Pott disease, tuberculous arthritis, osteomyelitis, dactylitis and Poncet's disease. We report a case with a history of pulmonary tuberculosis and subsequently presents axial and peripheral osteoarticular involvement.

Key words: *Articular tuberculosis, Pott disease, tuberculosis.*

a. Servicio de Reumatología. Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", Guadalajara, MX.

b. Servicio de Radiología. Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", Guadalajara, MX.

Autor para correspondencia

Polanco-Cruz Julissa, Servicio de Reumatología, Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde" Hospital 278, Col. El Retiro, C.P. 44328, Guadalajara, Jalisco, MX.
Celular: (044) 3316703373
Contacto al correo electrónico: juli1717pc@gmail.com

Introducción

La afectación osteoarticular en tuberculosis (TB) es frecuente pero representa un diagnóstico complejo en la práctica clínica. Esta infección afecta cualquier hueso siendo la localización vertebral la más común.¹ Mientras que las articulaciones más afectadas son: las coxofemorales, las sacroilíacas, rodillas, tobillos, codos y muñecas.^{1,2} Presentamos el caso de un paciente con TB diseminada que presentó como manifestación extrapulmonar, afectación osteoarticular (Mal de Pott, artritis tuberculosa, osteomielitis, dactilitis y sacroileítis).

Presentación de caso

Se trata de masculino de 35 años de edad, usuario de drogas intravenosas desde los 25 años de edad, antecedente de haber estado recluso durante 9 meses y convivencia con tosedores crónicos. Quien inició 7 años previos con monoartritis de la rodilla derecha, sin recibir atención. Un año y medio posterior fue hospitalizado por cuadro de: fiebre, diaforesis nocturna y pérdida de peso de aproximadamente 10 kg donde se diagnosticó TB pulmonar por baciloscopias y estudios de imagen, sólo recibió tratamiento durante 1 mes con antifímicos primarios.

Un año después presentó nuevamente cuadro de fiebre, lumbalgia de características inflamatoria, poliartritis asimétrica (muñeca derecha y rodilla derecha) y dactilitis (2^{do}, 3^{er} y 5^o dedo de la mano derecha) (Figuras 1 y 2).

Se realizó citológico de líquido sinovial de rodilla derecha en el que se reportó: cuenta de leucocitos de 4,160 con un

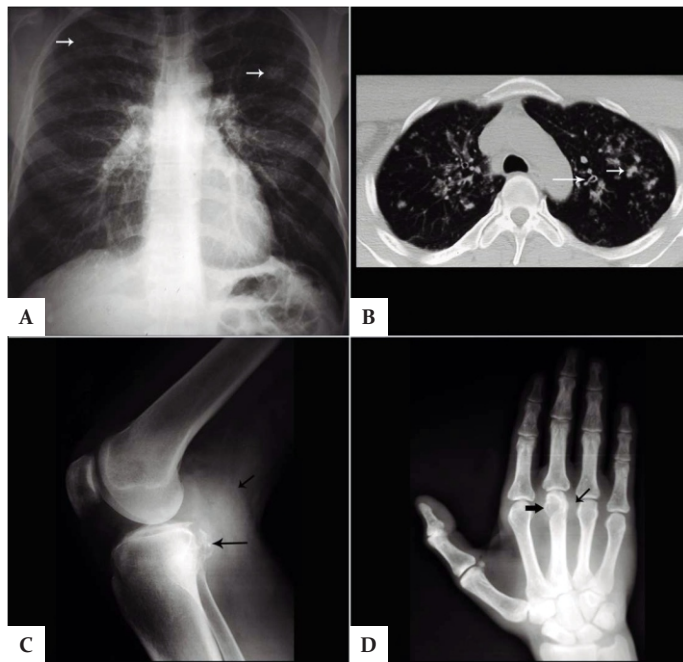


Figura 1. (A) Radiografía simple de tórax donde se observa infiltrado micronodular bilateral el cual es confluyente sobre el lado izquierdo y predomina hacia el lóbulo superior (flechas blancas cortas). (B) Tomografía simple de tórax ventana pulmonar donde se confirma infiltrado, engrosamiento peribronquial (flecha blanca larga). (C) Radiografía lateral de rodilla donde se muestra erosión de la esquina tibial posteromedial (flecha negra larga) acompañada de edema de tejidos blandos (flecha negra corta). (D) Radiografía antero-posterior de mano donde se muestra zona de erosión y radiolucidez del borde radial de la cabeza del tercer metacarpiano (flecha negra gruesa) acompañada también de edema de tejidos blandos (flecha negra corta).

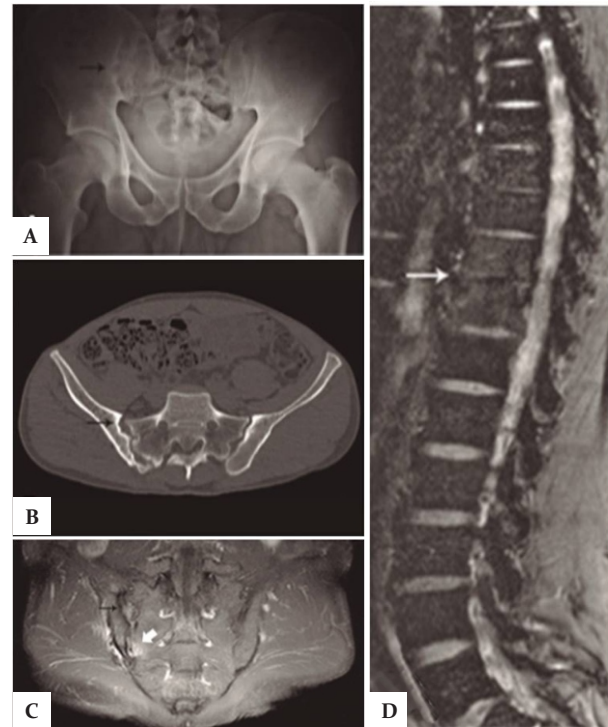


Figura 2. (A) Radiografía simple de cadera donde se observa amplia zona de erosión con remodelación ósea de la articulación sacroilíaca derecha sobre su borde ilíaco (flecha negra corta), lo cual se corrobora en tomografía con ventana para hueso (B) donde se hace más evidente la esclerosis en este sitio; en la resonancia magnética en corte coronal oblicuo potenciada en T1 con saturación grasa y aplicación de gadolinio (C) posterior al tratamiento se corrobora la esclerosis descrita, sin embargo, también se muestra zona de sacroileítis en la porción inferior de la articulación (flecha blanca gruesa). Resonancia magnética en T2 con saturación grasa sagital (D) donde se observa disminución en la señal del disco intersomático D10-D11 acompañado de hiperintensidad de los platillos vertebrales adyacentes (flecha blanca delgada), lo cual pudiera corresponder con incipiente espondilitis, aunque cabe destacar que en este caso no se muestra componente de tejidos blandos.

diferencial de 40% de mononucleares y 60% de polimorfonucleares. En los exámenes séricos se reportó factor reumatoide negativo, hemoglobina de 9.44 g/dL, leucocitos totales de: 5.92 miles/ μ L, neutrófilos de 4.88 miles/ μ L, linfocitos de 0.72 miles/ μ L y monocitos de 1.27 miles/ μ L. Velocidad de sedimentación globular de 29 mm/h y proteína C reactiva de 41.1 (<10 mg/L). Por los hallazgos clínicos se realizaron estudios de imagen por lo que se concluyó diagnóstico de espondiloartritis axial y periférica, por lo que se inició tratamiento con sulfasalazina 3 g/día, metotrexate 15 mg/semana, antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y prednisona 10 mg/día en esquema de descenso progresivo; pero el paciente no presentó mejoría. El cultivo del líquido sinovial fue negativo para bacterias aeróbicas y anaeróbicas. Por la sospecha clínica y antecedentes se realizó reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para *Mycobacterium tuberculosis* en el líquido sinovial de rodilla el cual resultó positivo, con lo que reinició tratamiento antifímico; teniendo buena evolución el paciente.

Discusión

La infección por TB puede expresarse con una amplia gama de manifestaciones del sistema músculo-esquelético, como es el caso descrito de nuestro paciente.³ Aproximadamente 10% de los pacientes presentan TB extrapulmonar y la mitad de estos tienen involucro de los huesos y articulaciones; se

presentan como mal de Pott, artritis tuberculosa, osteomielitis, dactilitis y enfermedad de Poncet.⁴

La identificación de pacientes en riesgo es el primer paso para sospechar el diagnóstico, incluye: inmunocomprometidos, aquellos de zonas endémicas de TB, población sin hogar, los expuestos a otra persona con TB conocida, trabajadores de salud, entre otros.¹⁴

El mal de Pott (enfermedad de Pott, TB vertebral o espondilitis tuberculosa) es una forma de presentación de TB extrapulmonar que afecta la columna vertebral, con la formación de un granuloma y afectando con mayor frecuencia las vértebras T8 a L3. Tiene su origen en un foco primario pulmonar (excepcionalmente urogenital), que favorece un foco secundario en la columna vertebral.² La incidencia de esta presentación es de 1-2%.⁵ Los síntomas específicos del mal de Pott son variables, en general, son menos graves y más insidiosos que los que tienen una infección piógena. Los pacientes experimentan comúnmente malestar general, sudoración nocturna, pérdida de peso y fiebre; sin embargo, en infecciones crónicas no tratadas, los pacientes pueden desarrollar deformidad y déficit neurológica; ya que causa destrucción vertebral progresiva que produce dolor continuo, contractura muscular, colapso vertebral, cifosis e incapacidad para la deambulación, hasta avanzar a compromiso neurológico con pérdida de la sensibilidad y parálisis de los miembros inferiores.^{6,14} Aunque la prevalencia exacta de síntomas neurológicos es variable (10 a 61%), los pacientes de edad avanzada tienen un mayor riesgo de déficit neurológico.¹⁴

La afectación sacroiliaca se presenta en el 5-8% de la TB osteoarticular. La afectación exclusiva a este nivel es raro y usualmente es unilateral. También se presenta con dolor lumbar vago. Las radiografías simples son inconclusas. Esta etiología debe entrar al diagnóstico diferencial en dolor lumbar refractario en zonas endémicas. La resonancia magnética es útil en etapas tempranas, la aspiración con agua fina se recomienda y una biopsia es esencial en pacientes con resultados negativos y alta sospecha. La debridación es necesaria cuando no presentan respuesta a tratamiento conservador.^{15,5}

La artritis tuberculosa tiene por origen diseminación de una TB pulmonar o menos frecuentemente, la inoculación directa

a través de la piel. El diagnóstico se basa en la citología, observación directa con tinción para BAAR, cultivos o por PCR. La presencia de bacilos ácido-alcohol resistente en el cultivo del líquido sinovial, se presenta en el 20% de los casos; mientras la determinación de niveles de adenosin de aminasa (ADA) será positiva en 80% de los casos y el estudio histopatológico de la sinovia tiene un rendimiento diagnóstico en el 90% de los casos.⁷

La incidencia de dactilitis/tenosinovitis tuberculosa representa únicamente el 4% de todas las TB extrapulmonares, afectando principalmente a niños y en muñecas y manos.^{8,9}

La enfermedad de Poncet (PD) se caracteriza por artritis que afecta principalmente a las grandes articulaciones como rodillas, tobillos, codos y muñecas, sin afectación axial. Ésta resuelve semanas después de la terapia antituberculosa sin tendencia a la cronicidad.¹⁰ Rueda *et al* describieron las características clínicas de 198 casos reportados con PD. Las articulaciones afectadas más comunes fueron tobillos (63.3%), rodillas (58.8%), muñecas (29.1%) y los codos (23.1%). El 40% se presentó con oligoartritis, 27.6% con poliartritis y el 24.6% con monoartritis.¹¹⁻¹³

Todas estas manifestaciones responden al tratamiento antifímico, en casos refractarios es necesario investigar la implicación de micobacterias atípicas.¹³ La cirugía puede ser necesaria en caso de inestabilidad axial con compromiso neurológico y destrucción articular periférica.⁵

Conclusión

El caso aquí reportado presentó lumbalgia, artritis periférica y dactilitis. Estas afecciones, pueden confundirse con un diagnóstico de espondiloartritis axial y periférica de manera inicial pero refractaria a tratamiento convencional de AINE, sulfasalazina y metotrexate; por lo que concluimos ser muy juiciosos en la sospecha de TB ante un paciente residente de una área endémica para TB y otros riesgos de inmunosupresión con presencia de poliartritis. La sintomatología vaga e inicio insidioso conduce a un retraso en el diagnóstico, en el manejo médico adecuado y subsecuentemente causando compromiso articular importante.

Referencias bibliográficas

- Cepero Morales RJ, Martínez Larrate JP, Sosa Almeida M, Molinero Rodríguez C. Osteoartritis tuberculosa. *RevMed* 1998;37(3):190-94.
- Aguado García JM. Tuberculosis y otras infecciones por micobacterias. En: *Medicina Interna. Enfermedades producidas por micobacterias*. Barcelona: Masson 2002:1789-97.
- Silva I, Mateus M, Branco J. Poncet's disease: a symmetric seronegative polyarthritis with enthesopathy refractory to therapy. *ACTA REUMATOL PORT* 2012;37:192-195.
- Holoshitz J, Drucker I, Yaretzky A et al. T lymphocytes of rheumatoid arthritis patients show augmented reactivity to a fraction of mycobacteria cross-reactive with cartilage. *Lancet* 1986;305:309.
- Robert Dunna, Alexander van der Horst, Sebastian Lippross: Tuberculosis of the spine – Prospective neurological and patient reported outcome study. *Clinical Neurology and Neurosurgery* 2015;96:101.
- Frias Salcedo JA, Gutiérrez Bautista AE, Santiago Tipac G. Tuberculosis vertebral múltiple. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *RevMexOrtop Traum* 2000;14(4):360-365.
- Poncet A. De la polyarthrite tuberculeuse déformante ou pseudo-rhumatisme chronique tuberculeux. *Congr Fr Chir* 1897:732.
- Sara C, Carmela P, Rosário S, António S. Tuberculous Arthritis – Accidental self-inoculation in a health professional. *Galicia Clin* 2012;73(4):169-170.
- A García López, E Moro Rodríguez, L López-Durán Stern. Tuberculous Dactylitis. *Revista de Ortopedia y Traumatología* 1998; 42(6): 427-429.
- Juan C. Rueda, Marie-Francoise Crepy, Rubén D. Mantilla. Clinical features of Poncet's disease. From the description of 198 cases found in the literature. *ClinRheumatol* 2013;32:929-935.
- De la Torre-González D, Góngora-López J. Mal de Pott. Diagnóstico y tratamiento del paciente. *Rev Hosp Jua Mex* 2006;73(3):96-100.
- Sara C, Carmela P, Rosário S, António S. Tuberculous Arthritis – Accidental self-inoculation in a health professional. *Galicia Clin* 2012;73(4):169-170.
- Guilland W. Mycobacterial and fungal Joint And Bone Diseases: In *Rheumatology Secret*, 3 ed, Mosby Inc. and El Sevier Inc, Philadelphia Phi EeUu. 2015.
- Murray, Michael R. MD; Schroeder, Gregory D. MD; Hsu, Wellington K. MD, Granulomatous Vertebral Osteomyelitis: An Update, *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*: September 2015 - Volume 23 - Issue 9 - p 529-538.
- Jatin Prakash MBBS, MS (Ortho), DNB, Sacroiliac tuberculosis e A neglected differential in refractory low back pain e Our series of 35 patients, *Journal of clinical orthopaedics and trauma* 5 (2014) 146 e 153.