



# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

[www.elsevier.es/eimc](http://www.elsevier.es/eimc)



## Diagnóstico a primera vista

### Tumefacción de rodilla derecha en paciente inmunodeprimido

### Swelling of right knee in an immunologically compromised patient

Dorcás Cajigas-Pezo <sup>a</sup>, Alicia Lorenzo-Hernández <sup>a</sup>, Giovanna Rocío Vives-Rivero <sup>a,\*</sup>  
y Zaida Rentero-Martínez <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Microbiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

## Caso clínico

Varón de 46 años, VIH positivo estadio C3, sin tratamiento antirretroviral por decisión propia y con múltiples episodios de infección de transmisión sexual. Ingrera por dolor y tumefacción de rodilla derecha de 2 meses de evolución acompañados de fiebre y desorientación en la última semana. Pérdida de peso no cuantificada, tos, sudoración vespertina y lesiones rojizas papulares en genitales y miembros inferiores desde hace 3 meses. La exploración física muestra dichas lesiones, caquexia, candidiasis oral, tumefacción y dolor en la rodilla derecha (fig. 1).



**Figura 1.** Se observa tumefacción de la rodilla derecha, sin rubor y lesión cutánea en el tercio distal de muslo.

## Evolución

En las pruebas complementarias destaca, en la analítica, **Hb**: 9,8 mg/dl; leucopenia: 3.170/μl; linfopenia: 420/μl; albúmina: 2,1 g/dl, y proteína C reactiva: 22,27 mg/l. Carga viral VIH: 5,5e<sup>5</sup> copias/ml; CD4: 16/mm<sup>3</sup> (4%). Hemocultivos positivos para *Salmonella* D9 y *M. kansasii*. Espumo: tinción para BAAR y cultivo negativo. Líquido articular: 28.000 leucocitos (95% PMN); glucosa: 3 mg/dl; proteínas: 3,7 g/dl; cultivo para bacterias estéril; tinción para BAAR: 10-90 bacilos/campo; PCR para *M. tuberculosis complex* de muestra directa: negativo; cultivo positivo para *M. kansasii* (resistente a isoniazida-CC 0,2 mg/l, pirazinamida, amikacina, estreptomicina, kanamicina y para-aminosalicílico). Lesiones cutáneas: PCR positiva para VHS II con PCR en suero positiva para VVZ. La radiografía de rodilla mostró incremento de partes blandas (fig. 2). Radiografía de tórax: nódulos en ambos campos pulmonares. TAC toracoabdominal: nódulos pulmonares múltiples con consolidación en LII, hepatomegalia y adenopatía inguinal derecha con centro necrótico. RM cerebral: atrofia córtico-subcortical (encefalopatía VIH) y lesiones de sustancia blanca de la unión tálamo-peduncular izquierda. El estudio de LCR descartó infección



**Figura 2.** Se evidencia aumento de partes blandas. No hay signos de afectación ósea.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [govi\\_rvr@yahoo.es](mailto:govi_rvr@yahoo.es) (G.R. Vives-Rivero).

activa, salvo carga viral VIH de  $2.3 \times 10^4$  copias/ml. Ante la evidencia de artritis séptica con bacteriemia por *M. kansasii* y probable infección pulmonar por el mismo organismo se inició empíricamente isoniazida, rifampicina, etambutol y claritromicina. Asimismo, dada la inmunosupresión severa, se comenzó conjuntamente el tratamiento antirretroviral con tenofovir/emtricitabina y raltegravir, con buena tolerancia, sin precisar desbridamiento quirúrgico, con lo que mejoraron las funciones cognitivas, el dolor y la tumefacción articular. Posteriormente el paciente abandonó el tratamiento a los 2 meses del alta hospitalaria, antes de conocer el resultado del antibiograma.

## Comentario

La presentación tardía (estadio C3) del VIH sigue siendo frecuente, y el retraso diagnóstico afecta a casi 4 de cada 10 nuevos diagnósticos de VIH<sup>1</sup>. La infección por *M. tuberculosis* es prevalente. Previo a la era HAART, la infección diseminada por *M. avium complex* también era frecuente; sin embargo, la infección por otras micobacterias atípicas es aún inusual. *M. kansasii* es un BAAR de crecimiento lento; descrito por primera vez en 1953<sup>2</sup>, cobró mayor importancia con la aparición del SIDA<sup>3</sup>. La presentación clínica habitual es pulmonar, siendo muy rara la afectación musculoesquelética<sup>2,4</sup>. También puede causar enfermedad diseminada, sobre todo en inmunodeprimidos<sup>5</sup>. La mayor revisión de casos con afección musculoesquelética por *M. kansasii* fue referida por Bernard et al.<sup>2</sup>, que describió 50 casos hasta 1963, la mayoría en inmunodeprimidos. Posteriormente se han comunicado pocos casos<sup>4,6-8</sup>. La muñeca es la articulación más afectada, seguida de la rodilla, y el tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico es de alrededor de 5 meses<sup>2</sup>. El diagnóstico requiere cultivo del líquido sinovial o biopsia del tejido sinovial. Está recomendado realizar PCR para micobacterias para la identificación inmediata, aunque el resultado negativo no excluye infección por micobacterias atípicas<sup>6</sup>. El tratamiento óptimo de la artritis por *M. kansasii* no está establecido<sup>6</sup>, y la duración recomendada es de 18 meses<sup>2,6,9</sup>.

La mayoría de cepas son sensibles a la rifampicina<sup>9</sup>, y todas son resistentes a la pirazinamida<sup>2,3,9</sup>. La resistencia a la isoniazida de bajo nivel probablemente no tenga repercusión in vivo siempre que asocie rifampicina y esta sea sensible<sup>10</sup>. Es frecuente el retraso del diagnóstico debido a su curso indolente<sup>2</sup>, y por tanto debe ser considerado en el diagnóstico diferencial en pacientes con monoartritis de larga evolución y/o asociado a factores de riesgo. Por último, el origen de la bacteriemia por *Salmonella* D9 no se pudo establecer.

## Bibliografía

1. Oliva J, Galindo S, Vives N, Arrillaga A, Izquierdo A, Nicolau A, et al. Retraso diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en España. *Enferm Infect Microbiol Clin.* 2010;28:583-9.
2. Bernard L, Vincent V, Lortholary O, Raskine L, Vettier C, Colaitis D, et al. *Mycobacterium kansasii* septic arthritis: French retrospective study of 5 years and review. *Clin Infect Dis.* 1999;29:1455-60.
3. Puerto JL, García-Martos P, Saldarregaa A, Ruiz-Aragón J, Mira J. Artritis por *Mycobacterium kansasii* en una mujer infectada por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infect Microbiol Clin.* 2007;55:289.
4. Lorenz HM, Dalpke AH, Deboben A, Ho AD, Greiner A, Jung M, et al. *Mycobacterium kansasii* tenosynovitis in a rheumatoid arthritis patient with long-term therapeutic immunosuppression. *Arthritis Rheum.* 2008;59:900-3.
5. Han SH, Kim KM, Chin BS, Choi SH, Lee HS, Kim MS, et al. Disseminated *Mycobacterium kansasii* infection associated with skin lesions: a case report and comprehensive review of the literature. *J Korean Med Sci.* 2010;25:304-8.
6. Nakamura T, Yamamura Y, Tsuruta T, Tomoda K, Sakaguchi M, Tsukano M. *Mycobacterium kansasii* arthritis of the foot in a patient with systemic lupus erythematosus. *Int Med.* 2001;40:1045-9.
7. Pelfort X, Horcada JP, Puig L, Salvadó M. Dolor, tumefacción e impotencia funcional progresiva en rodilla izquierda de 6 años de evolución. *Enferm Infect Microbiol Clin.* 2008;26:595-6.
8. Loddenkemper K, Enzweiler C, Loddenkemper C, Backhaus M, Burmester GR, Buttgerit F. Granulomatous synovitis with erosions in the shoulder joint: a rare case of polyarthritis caused by *Mycobacterium kansasii*. *Ann Rheum Dis.* 2005;64:1088-90.
9. Ibarrola M, Baraia-Etxaburu J, Sánchez R, Teira R, Unzaga J, Miguel Santamaría J. Enfermedad diseminada por *Mycobacterium kansasii* resistente a isoniazida y rifampicina en paciente con sida. *Enferm Infect Microbiol Clin.* 2001;19:80-2.
10. Griffith DE, Aksamit T, Brown-Elliott BA, Catanzaro A, Daley C, Gordin F, et al. An official ATS/IDSA statement: diagnosis, treatment, and prevention of non-tuberculous mycobacterial diseases. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007;175:367-416.