

Utilidad de la artrocentesis bajo control ecográfico en una mujer de 60 años con sacroileítsis

Virginia Villaverde, Eugenio de Miguel y Emilio Martín Mola

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Caso clínico

Mujer de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial e insuficiencia renal crónica, en hemodiálisis desde hace 5 años, que acudió al hospital por presentar dolor lumbar irradiado a glúteo derecho de un mes de evolución y fiebre de 39 °C de predominio vespertino, sin otros síntomas acompañantes. El dolor era de características inflamatorias e intensidad creciente, hasta impedir la deambulación de la paciente.

En la exploración física se objetivó dolor a la presión en la articulación sacroilíaca derecha y maniobras de apertura, cierre y cizalla claramente positivas para dicha articulación.

En las pruebas de laboratorio se evidenció: hemoglobina de 10,3 g/dl (normal 12,5-13,5 g/dl), urea de 75 mg/dl (normal 5-55 mg/dl), creatinina de 4,91 mg/dl (normal 0,2-1,3 mg/dl), calcio de 10,4 mg/dl (normal 8,6-10,2 mg/dl), fósforo de 6,4 mg/dl (2,7-4,5 mg/dl) y velocidad de sedimentación globular (VSG) de 100 mm/h. Proteinograma sanguíneo: fracción gamma del 23%, resto normal.

El Mantoux, la serología de *Brucella* y los cultivos de sangre, heces y orina fueron negativos. La radiografía de pelvis evidenció una imagen compatible con sacroileítsis derecha. Se realizó resonancia magnética que puso de manifiesto también sacroileítsis derecha con derrame articular.

Evolución

Durante su estancia hospitalaria, dado el mal estado general de la paciente y sus antecedentes, tras la extracción de hemocultivos y ante la sospecha de sacroileítsis infecciosa se decidió iniciar tratamiento intravenoso empírico con cloxacilina y to-

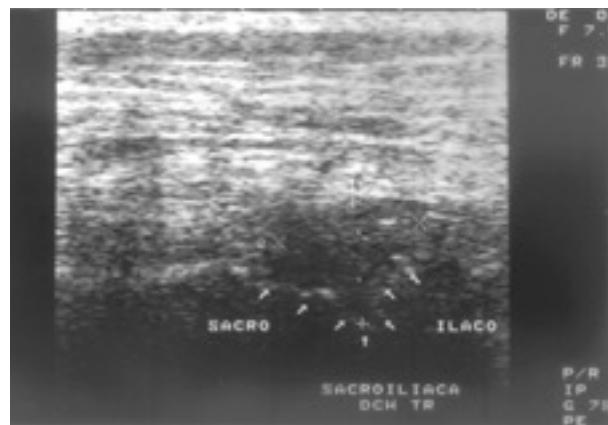


Figura 1. Corte ecográfico de la articulación sacroilíaca derecha. Nótese el abombamiento hipoecoico de la cápsula articular de la articulación sacroilíaca de 16 x 19 mm, compatible con derrame en dicha articulación. Las flechas indican los rebordes corticales de sacro e ilíaco. Sobre el área hipoecoica se dirigió la aguja de aspiración.

bramicina. Dada la mala evolución de la enfermedad se consideró necesario intentar obtener muestras de la articulación sacroilíaca para su posterior cultivo, para ello se realizó una ecografía de las articulaciones sacroilíacas con sonda lineal de 7,5 MHz en la que se visualizó perfectamente la interlínea articular así como la existencia de derrame articular en forma de abombamiento hipoecoico, con ecos internos, de la cápsula de la articulación sacroilíaca derecha, sin alteración de los márgenes corticales de sacro e ilíaco (fig. 1). Ante la evidencia de derrame articular se realizó punción-aspiración guiada por ecografía y se extrajeron 3 ml de líquido purulento, en dos tomas diferentes, que se enviaron a cultivo.

La baciloscopía y el cultivo medio Lowenstein del absceso fueron positivos para *Mycobacterium tuberculosis*. Con este resultado se suspendió la antibterapia empírica y se inició tratamiento con rifampicina, isoniacida y etambutol, obteniéndose la curación clínica y la mejoría de la lesión radiológica de la paciente.

Correspondencia: Dra. V. Villaverde.
Servicio de Reumatología. Hospital La Paz.
Paseo de la Castellana, 261. 28046 Madrid.

Manuscrito recibido el 9-10-2000 y aceptado el 19-3-2001.

Rev Esp Reumatol 2001; 28: 172-173

Diagnóstico

Sacroileítis por *Mycobacterium tuberculosis*.

Comentario

La tuberculosis osteoarticular ocurre aproximadamente en el 10% de las formas extrapulmonares, con una incidencia estimada del 2% como lugar primario en la infección tuberculosa^{1,2}. En el aparato locomotor, la forma más frecuente es la espondilitis o mal de Pott, que aparece en un 50% de los casos. La artritis periférica lo hace en un 30%. Otras formas descritas como las osteomielitis periféricas, las tenosinovitis/bursitis y la enfermedad de Poncet tienen una incidencia menor³.

La sacroileítis tuberculosa es una entidad poco frecuente, y no supone más del 10% de todos los casos de tuberculosis osteoarticular. Se caracteriza por ser unilateral, si bien de forma ocasional se han descrito casos bilaterales^{4,5}. Su frecuencia se ha elevado durante los últimos años, al aumentar la incidencia de adictos a drogas por vía intravenosa y el número de casos de sida⁶.

La tuberculosis es una complicación infecciosa relativamente frecuente en pacientes hemodializados, siendo en la mayoría de los casos extrapulmonar⁷. La realización de la prueba de la tuberculina sigue siendo muy útil en estos pacientes, a pesar de que la incidencia de anergia sea elevada⁸.

El diagnóstico de tuberculosis osteoarticular se realiza mediante el cultivo de *Mycobacterium tuberculosis* en el líquido articular, en la biopsia ósea, en la biopsia sinovial, etc. El diagnóstico no es fácil y de ello da cuenta el hecho de que el cultivo del material obtenido de la punción-aspiración de los abscesos articulares tiene tan sólo una sensibilidad del 40 frente a la del 70% de los cultivos de biopsia ósea⁹; a ello se añade la dificultad de acceder al material purulento en ciertas localizaciones, como es el caso de nuestra paciente, hecho que en ocasiones obligaba al clínico a realizar una apertura quirúrgica para obtener muestras para microbiología y anatomía patológica. La rentabilidad diagnóstica de estas muestras obtenidas mediante biopsia sinovial abierta es del 90%¹⁰.

Como en cualquier otro procedimiento diagnóstico, el clínico plantea su estrategia eligiendo, en primer lugar, salvo situación de urgencia vital, la técnica menos costosa y agresiva para el paciente, y prosiguiendo en el grado de complejidad si no se obtienen resultados. Recientemente, se ha publicado en esta revista un caso de sacroileítis infecciosa por *Salmonella* en la que la punción-aspiración se realizó por tomografía axial computarizada¹¹; ésta hu-

biese sido también nuestra opción hasta hace unos años, pero hoy día la ecografía nos permite la punción de la articulación sacroiliaca, sin radiar al paciente y en la propia consulta o en la habitación del enfermo. Éste es el caso de la paciente que presentamos, en el que la introducción de la aguja en la cápsula articular de la articulación sacroiliaca guiada por ecografía nos permitió aspirar material purulento en las dos tomas realizadas, evitando radiaciones e intervenciones cruentas para la enferma y disminuyendo el coste del diagnóstico.

La incorporación de la ecografía de alta frecuencia al estudio del aparato locomotor ha proporcionado a los médicos un arma diagnóstica de primera magnitud, que permite no sólo el estudio dinámico de las estructuras, sino también un abordaje controlado y con guía anatómica de las mismas. Por todo ello, animamos a utilizar los ultrasonidos para la obtención de muestras de líquido sinovial ante la sospecha de cualquier sacroileítis infecciosa, antes de realizar técnicas diagnósticas más complejas, caras y agresivas para el paciente.

Bibliografía

1. Shafer RW, Kim DS, Weiss JP, Quale JM. Extrapulmonary tuberculosis in patients with human immunodeficiency virus infection. Medicine 1991; 70: 384-97.
2. Mehta JB, Dutt A, Harvill L, Mathews KM. Epidemiology of extrapulmonary tuberculosis. A comparative analysis with pre-AIDS era. Chest 1991; 99: 1134-38.
3. Beauveis C, Veillon L, Prier A. Actualité du rhumatisme tuberculeux de poncet. Une nouvelle observation. Rev Rhum Ed Fr 1993; 60: 919-21.
4. García-Borrás JJ, Muñoz-Guillén ML. Infecciones osteoarticulares por micobacterias, Brucella, hongos y parásitos. Manual de enfermedades reumáticas. Sociedad Española de Reumatología. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2000; 517-22.
5. Pose A, Torre J, González J, Prieto A, Batalla A, Rodríguez I et al. Sacroileítis bilateral no filiada que evoluciona hacia una peritonitis tuberculosa. Ann Med Intern 1984; 6: 237-40.
6. Snider DE, Salinas L, Kelly GD. Tuberculosis: an increasing problem among minorities in the United States. Public Health 1989; 104: 646-53.
7. Haskell LP, Tannenberg AM. Tuberculous arthritis in a hemodialysis patient. Am J Nephrol 1987; 7: 404-7.
8. Smirnoff M, Patt C, Seckler B, Adler JJ. Tuberculin and anergy skin testing of patients receiving long-term hemodialysis. Chest 1998; 113: 25-7.
9. Castellano J, Salas E, Carro A, Román J. Sacroileítis por gérmenes piógenos. Rev Esp Reumatol 1989; 16: 107-8.
10. Wallace R, Cohen AS. Tuberculous arthritis: a report of two cases with review of biopsy and synovial fluid findings. Am J Med 1976; 61: 277-82.
11. Fernández-Espartero MC, García-Lechuz JM, Godoy H, López-Longo FJ. Mujer joven con dolor lumbar y fiebre. Rev Esp Reumatol 2000; 27: 69-70.