

Artritis de 2 años de evolución en mano

David Avellanal^a, Miguel Ángel von Wichmann de Miguel^b, Francisco Rodríguez-Arrondo^b y José Antonio Iribarren^b

^aServicio de Medicina Interna. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria. ^bUnidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Donostia. San Sebastián. España.

Caso clínico

Se trataba de un varón de 68 años de edad que ingresó en nuestro servicio por un cuadro de fiebre de 38 °C de 72 h de evolución y una ulceración con exudado purulento en mano izquierda. Refería dolor en muñeca izquierda de 2 años de evolución con limitación progresiva a la flexoextensión, y antecedentes de tenosinovitis en esa muñeca que fue tratada quirúrgicamente 40 años antes. Un año después de esa intervención aparecieron abscesos en muñeca, axila homolateral y articulación condroesternal. En la analítica al ingreso destacaban una velocidad de sedimentación globular (VSG) de 40 mm/1.^a h y una proteína C reactiva (PCR) de 19,7 mg/l. La bioquímica, el hemograma y la coagulación eran normales, así como las radiografías de tórax y parrilla costal. Las radiografías de muñeca izquierda se muestran a continuación. Ante la sospecha clínica de osteomielitis por *S. aureus* se trató con cloxacilina y gentamicina (fig. 1).

Evolución

Previo al tratamiento se realizó un abordaje quirúrgico de la zona afectada y se obtuvieron muestras con presencia de lesiones granulomatosas y bacilos ácido-alcohol resistentes, cuyo cultivo fue positivo para *M. tuberculosis* sensible a todos los fármacos de primera línea. Se trató con isoniazida, rifampicina y pirazinamida durante 12 meses con progresiva normalización de la VSG y la PCR, curación de la fistula, mejoría en la flexoextensión y desaparición del dolor.

Comentario

La prevalencia de tuberculosis extrapulmonar se sitúa entre el 8 y el 20% según las series¹ dependiendo del área geográfica estudiada, constituyendo la tuberculosis osteoarticular entre el 1 y el 3% de los casos²⁻⁴. La artritis tuberculosa ocurre con mayor frecuencia en articulaciones de carga (cadera, rodilla, tobillo y pie) y se presenta como monoartritis en más de 80% de los casos, siguiendo un curso lentamente progresivo con limitación a la movilidad de la articulación (80%) y tendencia a la formación de abscesos locales (50%). Puede existir síntomas sistémicos, sobre todo en mayores de 60 años, aunque la presencia de tuberculosis pulmonar concomitante no suele ser eviden-



Figura 1. Destrucción cortical con erosión ósea y afectación de múltiples espacios articulares.

te⁵. La tenosinovitis por micobacterias es habitualmente secundaria a afectación del hueso subyacente y suele estar causada por micobacterias no tuberculosas (*M. kansasii*, *marinum* y *avium intracellulare*), con afectación de los tendones flexores de los dedos. El diagnóstico es difícil y suele retrasarse entre 5 y 36 meses⁶, según las series, siendo el método diagnóstico de elección el cultivo de la biopsia del tejido afectado. La radiología simple sigue siendo la base de la sospecha diagnóstica por imagen⁷, mostrando disminución del espacio articular, erosiones marginales y desmineralización extensa yuxtaarticular⁸. La resonancia magnética permite valorar la extensión y la afectación de partes blandas^{7,9}. El diagnóstico diferencial es el de la artritis crónica monoarticular, debiéndose descartar la infección por *Brucella* sp., *T. whippelii*, *Nocardia* sp., *Candida* sp. y otros hongos. El tratamiento en nuestro medio se basa en la asociación de isoniazida y rifampicina durante 12 meses, con pirazinamida los 2 primeros meses, aunque la duración del tratamiento es controvertida⁶. La cirugía se reserva para casos de gran inestabilidad con necesidad de artrodesis, para obtención de muestras para el diagnóstico y para drenar abscesos refractarios al tratamiento médico⁶.

Diagnóstico final

Artritis de muñeca por *M. tuberculosis*.

Correspondencia: Dr. D. Avellanal.
Servicio de Medicina Interna. Hospital Santiago Apóstol.
Olaguibel, 29. 01004 Vitoria. España.
Correo electrónico: davellanal@hsan.osakidetza.net

Manuscrito recibido el 28-6-2004; aceptado el 6-9-2004.

Bibliografía

1. Lee SH, Abramson SB. Infections of the musculoskeletal system by *M. tuberculosis*. En: Rom WN, Garay S, editors. Tuberculosis. New York: Little, Brown, 1996; p. 635-44.
2. Leigh S, Rafii M. Advanced imaging of tuberculosis arthritis. Sem Musculosk Radiol. 2003;7:143-53.
3. Sanchez Burson J, Aspe de la Iglesia B, Grana Gil J, Atanes Sandoval A, Galdo Fernández F. Artritis tuberculosa periférica en Galicia. Med Clin (Barc). 1990;94:88-91.
4. Davies PD, Humphries MJ, Byfield SP, Nunn AJ, Darbyshire JH, Citron KM, et al. Bone and joint tuberculosis. A survey of notifications in England and Wales. J Bone Joint Surg (Br). 1984;66:326-30.
5. González-Gay MA, García-Porrúa C, Cereijo MJ, Rivas MJ, Ibáñez D, Mayo J. The clinical spectrum of osteoarticular tuberculosis in Non-HIV patients in a defined area of Northwestern Spain. Clin Exp Rheumatol. 1999;17:663-9.
6. Sequeira W, Co H, Block JA. Osteoarticular tuberculosis: current diagnosis and treatment. Am J Therap. 2000;7:393-8.
7. Griffith JF, Kumta SM, Leung PC, Cheng JC, Chow LT, Metreweli C. Imaging of musculoskeletal tuberculosis: a new look at an old disease. Clin Orthop. 2002;398:32-9.
8. Engin G, Acunas G, Acunas B. Imaging of extrapulmonary tuberculosis. J Clin Ultrasound. 1999;27:101-6.
9. De Vuyst D, Vanhoenacker F, Gielen J, Bernaerts A, De Schepper AM. Imaging features of musculoskeletal tuberculosis. Eur Radiol. 2003;13:1809-19. Epub 2002 Aug 02.