

Tenosinovitis tuberculosa en una paciente con corticoterapia crónica

Sr. Editor: Hoy en día, la tuberculosis osteoarticular tiene una escasa incidencia (1-3%)¹. No obstante, esta ha aumentado en los últimos años por el creciente número de pacientes inmunodeprimidos², ancianos o con resistencia adquirida a los antituberculosos³. Cuando se presenta, lo hace en forma de espondilitis (50%), artritis

periférica (30%), osteomielitis (19%) o, más raramente, bursitis-tenosinovitis (1%)⁴. Se presenta un caso de tenosinovitis tuberculosa en una paciente tratada de forma prolongada con corticoides por una dermatomiositis.

Una mujer de 80 años consultó por dolor, tumefacción y limitación a la dorsiflexión de la muñeca derecha de un mes de evolución. Desde el diagnóstico de dermatomiositis 12 años antes, no pudo abandonar el tratamiento con corticoides que durante los últimos años consistía en 10 mg diarios de prednisona. No refería historia previa de tuberculosis, fiebre ni síntomas respiratorios. Las determinaciones analíticas mostraron una hemoglobina de 10,9 g/dl y una velocidad de sedimentación globular de 43 mm/h. En la RM de la muñeca se observó una tenosinovitis leve del tendón extensor corto y abductor largo del pulgar de la mano derecha junto con edema de partes blandas. El tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) produjo un alivio parcial. Ocho meses después, la enferma presentó la misma sintomatología en la muñeca contralateral. Un electromiograma sugirió el diagnóstico de síndrome de túnel carpiano bilateral de predominio izquierdo. Se programó una intervención quirúrgica descompresiva secuencial de ambas muñecas, hallándose en el lado derecho una necrosis con supuración tendinosa. Se practicó una tenosinovectomía y una escisión completa de los tejidos afectados. El estudio histológico y microbiológico demostró una tenosinovitis por *Mycobacterium tuberculosis*. Con posterioridad se realizó una prueba de la tuberculina, que fue negativa, y una radiografía y TC torácicas que mostraron pequeños nódulos centroacinares en ambos lóbulos superiores pulmona-

res. En el cultivo de esputo creció *M. tuberculosis*. Con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar y tenosinovial se inició tratamiento con isoniazida, rifampicina y pirazinamida durante 2 meses, seguido de los dos primeros fármacos durante 4 meses más. Un año y medio después del tratamiento la mujer se mantiene asintomática.

La tenosinovitis tuberculosa, aunque rara, es la infección crónica de las vainas tendinosas de la muñeca y mano más común. Por lo general, los síntomas iniciales suelen ser inespecíficos, la analítica y la radiología ósea normales, y la evolución insidiosa. Por ello, no es excepcional que el diagnóstico se establezca de forma casual durante una operación quirúrgica electiva^{5,6}, momento en el que ya puede existir una destrucción del tendón y de la articulación afectada⁷. Si existe sospecha, se recomienda una RM, que demuestra mejor los cambios tendinosos y articulares sugestivos de tuberculosis y la extensión de sus lesiones¹. La radiología simple, la TC o la ecografía, exploraciones más accesibles y económicas, pueden ser útiles en una valoración inicial. No obstante, las técnicas de imagen sólo ofrecen un diagnóstico de presunción si no se acompañan de una punción aspirativa o una biopsia guiadas que suelen ser definitivas.

Los hallazgos quirúrgicos en una tenosinovitis tuberculosa suelen consistir

en masas caseosas o pequeños granulomas, cuyo análisis histológico y bacteriológico (incluidas técnicas de reacción en cadena de la polimerasa)⁷ establece el diagnóstico. Cuando una tenosinovitis se asocia a un traumatismo se debe sospechar infección por micobacterias atípicas⁸. En un tercio de los casos de tuberculosis osteoarticular se encuentra afectación pulmonar simultánea⁹. En el caso presentado, aunque no se descarta una primoinfección tuberculosa, se considera más probable la reactivación de una tuberculosis latente circunstancia que, según algunos estudios, se relaciona con la toma de corticoides, con independencia de la dosis utilizada y la duración del tratamiento¹⁰. El tratamiento es la sinovectomía del tendón combinada con un tratamiento antituberculoso estándar⁷.

En resumen, se debe considerar la tenosinovitis tuberculosa en el diagnóstico diferencial de una tenosinovitis de curso insidioso, sobre todo en pacientes ancianos, inmunodeprimidos o que viven en zonas con gran incidencia de tuberculosis.

Alfredo Jover-Saénz^a,

José Manuel Porcel-Pérez^a,

Ana Belén Madroñero-Vuelta^a

y Antonio Gómez-Ribelles^b

Servicios de ^aMedicina Interna y ^bTraumatología. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida. España.

Bibliografía

1. Sawlani V, Chandra T, Mishra RN, Aggarwal A, Jain UK, Gujral RB. MRI features of tuberculosis of peripheral joints. *Clin Radiol*. 2003;58:755-62.
2. Andersson MI, Willcox PA. Tuberculous tenosynovitis and carpal tunnel syndrome as a presentation of VIH disease. *J Infect*. 1999; 39:240-1.
3. Watts HG, Lifeso RM. Current concepts review. Tuberculosis of bones and joints. *J Bone Joint Surg (Am)*. 1996;78:288-98.
4. Martini M, Adjrad A, Boudjemaa A. Tuberculous osteomyelitis: a review of 125 cases. *Int Orthop*. 1986;10:201-7.
5. De Castro Losa MR, Blázquez Encinar J, Jorquera Plaza F, Alcoba Leza M. Tenosinovitis tuberculosa. A propósito de 2 casos. *An Med Interna (Madrid)*. 1989;6:437-8.
6. Latil F, Magalon G, Dreant J, Roffe JL, Decaillet JM, Bureau H. Current aspects of tuberculous tenosynovitis. A report of six cases. *Ann Chir Main*. 1982;1:336-41.
7. Kriegs-Au G, Ganger R, Petje G. The sequelae of late diagnosis in tuberculous flexor tenosynovitis of the hand. A report of 2 cases. *Acta Orthop Scand*. 2003;74:221-4.
8. Causero A, Screm C, Beltrame A, Mastidoro L. *Mycobacterium marinum*: a case of skin granuloma complicated by tenosynovitis of the extensors. *Chir Organi Mov*. 2003;88: 93-7.
9. Shafer RW, Kim DS, Weis JP, Quale JM. Extrapulmonary tuberculosis in patients with human immunodeficiency virus infection. *Medicine (Baltimore)*. 1991;70:384-97.
10. Kobashi Y, Matsushima T. Clinical analysis of pulmonary tuberculosis in association with corticosteroid therapy. *Intern Med*. 2002;41: 1103-10.