



NOTA CLÍNICA

Tuberculosis osteoarticular de muñeca. Artritis destructiva de muñeca secundaria a tuberculosis extrapulmonar

P. Torres Lozano^{a,*}, D. Gallach Sanchis^{a,b} y M.M. Pardo Coello^b

^a Unidad de cirugía de la mano. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Complejo Hospitalario Universitario Albacete, Albacete, España

^b Universidad Castilla La Mancha, Albacete, España

Recibido el 3 de marzo de 2011; aceptado el 22 de mayo de 2012

Disponible en Internet el 23 de agosto de 2012

PALABRAS CLAVE

Tuberculosis;
Muñeca;
Osteoartritis;
Tratamiento

KEYWORDS

Tuberculosis;
Wrist;
Osteoarthritis;
Treatment

Resumen Paciente varón 69 años con antecedente de fractura de muñeca hace 50 años. Presenta dolor incapacitante refractario a analgésicos con destrucción articular de la muñeca en pruebas de imagen. Tras realizar artrodesis muñeca se confirma el diagnóstico de osteoartritis tuberculosa en examen histopatológico.

Efectuamos una revisión de la bibliografía de esta inusual presentación de tuberculosis extrapulmonar, discutiendo acerca de la epidemiología, tratamiento y evolución.

© 2011 SECOT. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Osteoarticular tuberculosis with destructive wrist arthritis secondary to extrapulmonary tuberculosis

Abstract A case is presented of a 69 year old male patient with a history of wrist fracture from over 50 years ago with pain refractory to analgesics and with joint destruction of the wrist in conventional radiology. We have conducted a review of extrapulmonary tuberculous osteoarthritis discussing the diagnosis and treatment of this unusual presentation of the disease. © 2011 SECOT. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La tuberculosis continúa siendo una de las infecciones más frecuentes a nivel mundial, con un incremento del número de casos en nuestro país en los últimos años, particularmente en determinados grupos de riesgo como pacientes ancianos, inmunodeprimidos o inmigrantes. Sin embargo, la

afectación osteoarticular es infrecuente, representando tan solo el 1-3% de las infecciones extrapulmonares, siendo la afectación del carpo excepcional.

Presentamos un caso de osteoartritis tuberculosa de muñeca en un paciente sin antecedente de inmunodepresión y sin afectación tuberculosa a nivel pulmonar.

Caso clínico

Paciente varón de 69 años con antecedente de fractura de muñeca derecha hace 50 años tratada ortopédicamente,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pedrotorres5loz@hotmail.com
(P. Torres Lozano).



Figura 1 Radiografía anteroposterior y lateral de muñeca.

sin antecedentes epidemiológicos de interés, consulta por cuadro de unos 3 meses de evolución de dolor intenso en muñeca derecha que no cede con analgésicos habituales, tumefacción local y disminución progresiva de movilidad, sin antecedente traumático reciente ni punciones accidentales. No refiere fiebre, astenia ni anorexia.

Se efectuó un examen radiológico anteroposterior y lateral de muñeca que evidenció una importante destrucción de las articulaciones radiocarpiana y radio-cubital distal, con pinzamiento de interlínea articular, erosiones y geodas afectando al radio y cubito distal y la primera fila del carpo (fig. 1).

Con el diagnóstico de sospecha de artrosis postraumática de muñeca derecha (secuela de antigua fractura), el paciente es intervenido quirúrgicamente, a través de abordaje dorsal de muñeca para realización de artrodesis de la misma con placa a compresión y aporte de injerto autólogo del radio distal (fig. 2). Durante el abordaje quirúrgico llama la atención el edema generalizado de partes blandas, osteoporosis severa e importante destrucción articular y de la



Figura 2 Radiografía 1 año posquirúrgica: artrodesis instrumentada muñeca.

primera fila del carpo. Se envían muestras a microbiología y anatomía patológica.

El paciente fue inmovilizado con férula antebraquial durante 10 días, siendo alta hospitalaria a las 48 horas de la intervención, permaneciendo afebril y sin problemas en la herida quirúrgica.

El examen histológico mostró fragmentos de cartilago maduro y espículas óseas en medio de los cuales había tejido fibroso con infiltrado linfocítico, histiocitos y células gigantes multinucleadas con formación de granulomas necrotizantes, todo ello compatible con infección por micobacteria tuberculosa. El examen microbiológico fue negativo para hongos, bacterias y micobacterias.

Con el diagnóstico anatomopatológico de osteoartritis tuberculosa de muñeca se completó el estudio realizando test de intradermorreacción a tuberculina que resulta positivo (15 mm); el examen analítico muestra elevación de reactantes de fase aguda (VSG 98 y PCR 79,6); serología VIH que es negativa y estudio de extensión con TAC torácico y baciloscopia de esputo que son negativos, descartando infección a otro nivel.

Se inició tratamiento oral antituberculoso asociando fase intensiva de 2 meses con 3 fármacos (isoniazida, rifampicina y pirazinamida), continuando con isoniazida y rifampicina hasta completar régimen de tratamiento de 9 meses.

Tras la intervención quirúrgica y la instauración del tratamiento antibiótico la evolución del paciente fue satisfactoria, con disminución importante del dolor y la inflamación a nivel de muñeca y normalización de parámetros analíticos VSG y PCR, encontrándose en la última revisión a los 3 años asintomático con una puntuación de la escala DASH de 13,33 (preoperatorio de 98,33).

Discusión

La TBC continúa siendo una de las principales enfermedades infecciosas en el mundo. La tuberculosis osteoarticular OAT representa solo el 1-3% de las formas extrapulmonares, afectando al raquis y preferentemente a la charnela dorso-lumbar (50% casos). La afectación a nivel del carpo y de la muñeca es excepcional (2 al 4% de las OAT), pudiendo aparecer de forma aislada o asociada a afectación visceral (20-40%)¹.

La clínica característica es dolor, tumefacción, pérdida del balance articular e impotencia funcional. La formación de abscesos está presente en un 20-25% de los casos² pudiendo aparecer fistulas con exudado purulento a nivel dorsal y palmar. No es infrecuente encontrar adenopatías epitrocleares o axilares.

La sintomatología clásica de TBC diseminada, (sudoración nocturna, astenia y anorexia) es inconstante (25-40%) de los casos^{1,2}.

En cuanto a las pruebas analíticas destaca el aumento de reactantes de fase aguda (VSG y PCR). La citología del líquido muestra una hiper celularidad superior a 50.000 con predominio en un 80% de los casos de los neutrófilos.

La prueba de intradermorreacción es positiva en un 80-85% de los casos^{1,2}.

En las pruebas de imagen destaca la triada clásica de Phemister presente en nuestro caso, como es osteoporosis yuxtaarticular, erosiones óseas periféricas y pinzamiento de

la interlinea articular, aunque puede estar conservada en un 7-36% de los casos². En casos muy avanzados existe osteolisis multigeódica en todos los huesos del carpo.

La gammagrafía ósea con Tc-99 es útil para descartar afectación poliarticular. La RMN y TAC son útiles para valorar abscesos, secuestros intraarticulares o realizar punciones guiadas³.

Entre los diagnósticos diferenciales a realizar están las osteomielitis crónicas, la sinovitis villonodular, la sarcoidosis, el hiperparatiroidismo, la enfermedad de Paget y la artrosis postraumática.

El diagnóstico de certeza de la enfermedad requiere un estudio anatomopatológico, correspondiéndose este con un granuloma de células epiteloideas y células gigantes tipo Langhans asociado a necrosis caseosa^{1,4}, como ocurrió en nuestro caso. El diagnóstico microbiológico es más inconstante siendo la baciloscopia, y el cultivo en medio de Lowenstein-Jensen frecuentemente negativos. En los centros donde se dispone es posible realizar la reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

En cuanto al tratamiento de este tipo de TBC localizada sigue siendo principalmente médico con un tratamiento oral antituberculoso en un régimen de 6 a 12 meses, asociando isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol^{5,6}.

La cirugía tiene un papel limitado reservándose para la realización de biopsias, fistulectomías, drenaje de abscesos, tenosinovectomías y en casos muy evolucionados con gran deterioro articular para la realización de artrodesis^{3,6}.

Nuestro caso fue un diagnóstico a posteriori, siendo catalogado inicialmente como una artrosis postraumática. La clínica de dolor tan marcada, el aspecto destructivo radiológico y el aspecto macroscópico determinó la toma de biopsia que mostró la histología típica siendo la prueba de la tuberculina positiva. La artrodesis con placa alivió de forma espectacular el dolor incoercible del paciente y no supuso un problema para la curación del proceso. Decidimos demostrar la actuación sobre la articulación radiocubital distal a un segundo tiempo quirúrgico ante la incertidumbre de la etiología inicial, no efectuándose finalmente dada la buena evolución clínica del paciente.

Conclusiones

Ante una destrucción inexplicada del carpo debemos de plantearnos a la tuberculosis osteoarticular como uno de los

posibles diagnósticos diferenciales. El examen histológico es indispensable para efectuar un diagnóstico de certeza, siendo el tratamiento antituberculoso efectivo y de primera elección en la mayoría de los casos, reservando la cirugía para los casos seleccionados.

Nivel de evidencia

Nivel de evidencia IV.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Edouard P. Tuberculose ostéoarticulaire extravertébrale. *Rev Rhum.* 2006;73:387-93.
2. Pertuiset E, Beaudreuil J, Horusitzky A, Lioté F, Kemiche F, Richette P, et al. Aspects épidémiologiques de la tuberculose ostéoarticulaire de l'adulte. Étude rétrospective de 206 cas diagnostiqués en région parisienne durant la période 1980-1994. *Presse Med.* 1997;26:311-5.
3. Benchakroun M, El Bardouni A, Zaddoug O, Kharmaz M, El Yaacoubi M, Ouadghiri M, et al. Tuberculose du poignet. Symptômes et évolution de 11 cas. *Rev Chir Orthop Traumatol.* 2004;90:337-45.
4. Sunderamoorthy D, Gupta V, Bleetman A. TB or not TB: an unusual sore finger. *Emerg Med J.* 2001;18:490-1.
5. Kotwal P, Khan S. Tuberculosis of the hand. Clinical presentation and functional outcome in 32 patients. *J Bone Joint Surg [Br].* 2009;91-B:1054-7.
6. Monchal T, Levadoux M, Pellet N, Nguyen MK, Ottomani S, Gaillard C, et al. Tumeur blanche du poignet: une atteinte tuberculeuse rare. *Med Trop.* 2007;67:134.