

## PRESENTACIÓN DE CASOS

HOSPITAL CLINICOQUIRÚGICO DOCENTE "10 DE OCTUBRE"  
SERVICIO NACIONAL DE REUMATOLOGÍA

## OSTEOARTRITIS TUBERCULOSA

*Dr. Raúl J. Cepero Morales, Dr. José P. Martínez Larrarte, Dra. Mirta Sosa Almeida y Dr. Claudino Molinero Rodríguez*

### RESUMEN

Se presentó el caso de un paciente masculino, con dolor a la movilización del codo derecho y tumefacción desde 2 meses antes, este cuadro se acompañó de fiebre vespertina ocasionalmente, pérdida de 10 libras de peso en el último mes y el antecedente de presentar tos y expectoración durante el último año. Se constataron signos inflamatorios en el codo derecho, con limitación a la flexoextensión y dolor a la palpación de los surcos retroolecraneos. Los exámenes radiológicos fueron compatibles con una artritis séptica y los hematológicos: eritrosedimentación 92 mm/h y hemoglobina 10.0 g/L, la prueba de la tuberculina fue positiva, lo que nos orientó al diagnóstico presuntivo de tuberculosis osteoarticular, que se confirmó semanas después con el resultado del estudio bacteriológico del líquido sinovial, donde se informó la presencia del bacilo de Koch. Exámenes de laboratorio fueron negativos, se pudo demostrar el foco primario de infección activa. La respuesta al tratamiento aplicado, según el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis Pulmonar, fue efectiva. A los 7 meses de iniciado el tratamiento el paciente fue dado de alta sin secuela.

Descriptores DeCS: TUBERCULOSIS OSTEOARTICULAR; OSTEOARTRITIS.

La tuberculosis pulmonar, considerada en la actualidad enfermedad reemergente, afecta a los no blancos 6 veces más que a los blancos y al sexo masculino 2 veces más que al femenino,<sup>1</sup> se concentra en las zonas menos favorecidas de la sociedad. Procesos como las neoplasias, la diabetes mellitus, el alcoholismo, el SIDA y otros que implican una disminución de las defensas del huésped, predisponen al paciente a la diseminación del proceso.<sup>2,3</sup> Alrededor del 1 % de los en-

fermos con tuberculosis (TB) presentan daño óseo y/o articular, del 10 al 50 % de los pacientes con artritis tuberculosa tienen una TB pulmonar y el resto tienen o han tenido una TB extrapulmonar, la más frecuente de las cuales es la afección renal.

La TB continúa siendo la causa más común de artritis granulomatosa. El proceso esquelético se debe a la diseminación: hematogena, por propagación linfática desde focos crónicos pleurales, renales o de

nódulos linfáticos y por la reactivación de un foco latente.<sup>4</sup> A menudo, la TB articular es una combinación de osteomielitis y artritis. En el 50 % de los casos se afecta la columna vertebral, le siguen en frecuencia las grandes articulaciones que soportan peso: la cadera o la rodilla son afectadas, cada una, alrededor del 15 % y el tobillo o la muñeca en el 5 al 10 % de los casos. En enfermos atípicos puede verse tendinitis en mano, muñeca o afectar cualquier otra articulación.<sup>5</sup>

La artritis se presenta muchas veces de forma insidiosa y tiende a carecer de algunos signos habituales de inflamación activa especialmente eritema y calor. Es posible observar signos generales de TB (fiebre, malestar o pérdida de peso), pero la tuberculosis pulmonar activa es poco frecuente.

El paciente puede no tener historia de infección antigua. El diagnóstico se basa en la presencia de bacilo ácido-alcohol resistentes en líquido sinovial o en la presencia de los granulomas caseosos; la biopsia obtenida de sinovial es la forma más segura de diagnóstico.<sup>3</sup> Los cultivos del tejido o líquido sinovial son positivos en el 90 % de los casos.<sup>6,7</sup>

El tratamiento actual de la TB esquelética se basa en la experiencia con la enfermedad pulmonar, por lo que se exige una terapia múltiple a largo plazo con fármacos antituberculosos.<sup>3,8</sup>

A pesar de lo relativamente infrecuente de la artritis tuberculosa debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de las artritis monoarticular y pauciarticular en cualquier edad. La importancia de su diagnóstico estriba en que son potencialmente curables con la terapéutica específica.<sup>1</sup>

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, de 45 años de edad y de la raza blanca, que en noviembre de 1995 acudió al Cuerpo de Guardia del Ser-

vicio Nacional de Reumatología por presentar, desde 2 meses antes: dolor a la movilización del codo derecho, acompañado de tumefacción, para lo que ha llevado tratamiento con indometacina, 100 mg diarios, sin tener alivio. Este cuadro se acompañó de fiebre vespertina de forma ocasional y pérdida de 10 libras de peso en el último mes. Durante el interrogatorio se recogió el antecedente de presentar tos y expectoración durante el último año.

## EXAMEN FÍSICO

- Mucosas: húmedas e hipocoloreadas.
- Codo derecho: aumento de volumen, con calor y rubor local, intenso dolor a la palpación de los surcos retroolecraneos y a la flexoextensión, lo que limita estos movimientos. Se palpa adenopatía epitroclear de 1 cm de diámetro y dolorosa a la movilización.
- Exámenes complementarios: eritrosedimentación: 92 mm h; hemograma con diferencial: Hb: 10,0 g/L; diferencial normal.
- Glicemia, creatinina, transaminasa glutámicooxalacética y glutamicopirúvica, fosfatasa alcalina, calcio y fósforo: normales.
- Factor reumatoideo (por latex): negativo.
- Radiografía de tórax: imágenes de cisuritis no específica.
- Radiografía del codo derecho: rarefacción ósea del extremo distal del húmero y proximal del cúbito, pinzamiento del espacio articular y erosiones de la superficie articular de ambos huesos (figura).
- Prueba de la tuberculina: a las 72 h, positiva (pápula de 10 mm).
- Cultivos seriados de esputos, de contenido gástrico en ayuna y de orina: negativos.

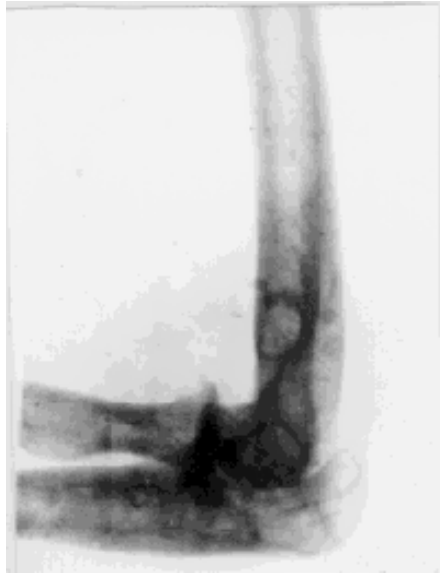


FIG. Radiografía del codo derecho.

– Artrocentesis del codo derecho para extracción de líquido sinovial para estudio, se le realizó:

- Gramnegativo.
- Siembra directa mediante coloración Ziehl-Neelsen: positiva.
- Cultivo en Lowenstein-Jewsen: se observaron bacilos ácido-alcohol resistentes codificación 9.
- Estudio citológico: 15 000 células/mm, a predominio de polimorfonucleares, glucosa disminuida, proteínas elevadas y pobre coágulo de mucina.

Durante el ingreso, al observarse las radiografías del codo, donde se evidenció un proceso séptico, local se decidió puncionar la articulación para cultivo del líquido sinovial y comenzar tratamiento antibiótico multidroga inmediatamente, previa prueba de la tuberculina y realizados 3 esputos seriados y cultivo de secreción gástrica en ayuna, así como de orina.

Por la sospecha de que el paciente fuera portador de una monoartritis tuberculosa, se utilizó el esquema de tratamiento establecido en el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis Pulmonar.<sup>9</sup>

Primera fase diaria (60 dosis)

Drogas	Dosis diaria	Dosis máxima
Isoniacida	5 mg/kg	300 mg
Rifampicina	10 mg/kg	600 mg
Pirazinamida	15-30 mg/kg	1,5-2 g
Estreptomicina	15-25 mg/kg	1,0 g
	1 gramo	
	diario IM	0,5 g > 50 a.

Segunda fase intermitente 2 veces por semana (40 dosis)

Drogas	Dosis diaria	Dosis máxima
Isoniacida	15 mg/kg	750 mg
Rifampicina	10 mg/kg	600 mg

El diagnóstico de sospecha se reforzó 3d después, al leerse la prueba de la tuberculina, que mostró pápula mayor de 10 mm y la siembra directa mediante coloración de Ziehl-Neelsen positiva para el microbacterium tuberculoso. Una respuesta favorable al tratamiento, ya en los primeros días, nos hizo mantener la terapéutica establecida. El diagnóstico se confirmó 8 sem después al recibirse el cultivo en medio de Lowenstein-Jewsen positivo para el bacilo ácido-alcohol resistente, codificación 9.

Se decidió alta hospitalaria con control del tratamiento antituberculoso por su área de salud y seguimiento por consulta especializada. Siete meses después de iniciado el tratamiento se le dió el alta médica, completamente recuperada la movilidad articular del codo y normalizados todos los parámetros clínico-humorales, se apreció un evidente remodelado óseo en las radiografías realizadas evolutivamente del codo afecto.

## DISCUSIÓN

En la actualidad, el patrón de presentación de la TB osteoarticular se ha modificado con los años. Al inicio era diagnosticada principalmente en niños y adultos jóvenes; pero actualmente puede presentarse a cualquier edad, con una incidencia máxima en la cuarta y quinta décadas de la vida.<sup>1,5</sup>

Aproximadamente, la mitad de los pacientes tienen una historia de TB o evidencia radiológica de enfermedad pulmonar inactiva y un pequeño número tiene TB activa. Se ha encontrado evidencia de otra enfermedad extrapulmonar en alrededor del 20 % de los casos.<sup>5</sup>

En el caso que nos ocupa, consideramos que al plantearnos el diagnóstico de artritis séptica crónica evidenciado por las enfermedades radiográficas y los hallazgos al realizar el examen físico; los ante-

cedentes de tos y expectoración por un año y la cisuritis observada en la radiografía del tórax, fueron los que nos inclinaron hacia el diagnóstico etiológico de artritis tuberculosa.

Durante los estudios bacteriológicos posteriores no se pudo corroborar la presencia de un foco de TB pulmonar activo. Nos impresiona que el paciente al que hacemos referencia era portador de una TB pulmonar inactiva.

El pronóstico de la TB esquelética radica en el grado de sospecha por parte del médico y su tratamiento precoz, corroborado posteriormente a través del cultivo del líquido sinovial. La terapéutica multidroga similar a la utilizada en la TB pulmonar es totalmente eficaz, iniciada precozmente, como quedó demostrado en este caso; el cual al término del tratamiento lograba un remodelado óseo total, sin que quedara secuela alguna.

## SUMMARY

It is presented the case of a male patient complaining of pain on moving the right elbow and of tumefaction over the past two months. He had also noted occasional morning fever, 10-pound weight loss, and episodes of coughing with expectoration during the last year. Inflammatory signs were observed on the right elbow with limitation to flexoextension and pain on palpation over the retro-olecranal grooves. The radiological examinations were compatible with a septic arthritis. The results of the hematological tests were: erythrocytation 92 mm/h and hemoglobin 10.0 g/L. The tuberculin test was positive. This led us to the presumptive diagnosis of osteoarticular tuberculosis that was confirmed some weeks later with the result of the bacteriological study of the synovial fluid, where the presence of Koch's bacillus was reported. Laboratory tests were negative. The response to the treatment applied according to the National Program for the Control of Pulmonary Tuberculosis was effective. Seven months after treatment the patient was discharged with no sequela.

Subject headings: TUBERCULOSIS, OSTEOARTICULAR; OSTEOARTHRITIS.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mc Carthy DJ. Artritis y enfermedades conexas. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1986; vol 2:1426-31.
2. Hoeprich PD. Tratado de enfermedades infecciosas. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1982; vol 1:319-50.
3. Shumacher HR. Primer on the rheumatic diseases. Vol. II 10 ed. Georgia: Arthritis Foundation, 1993; vol 2:189-201.
4. Castillo I. Tuberculosis osteoarticular. Buenos Aires: Editorial Beta, 1995:21-46;135-201.
5. Valle C la. Reumatología clínica. México, DF: Editorial Limusa, 1990:247-71.

6. Dalldorf PG, Banas MP, Marquardt JD. Tuberculosis of the foot: a case report. 1994;15(3):157-61.
7. Jellis JE. Bacterial infections: bone and joint tuberculosis. Baillieres Clin Rheumatol 1995;9(1):151-9.
8. Rosadilla A. Atlas de reumatología del adulto. Barcelona: Editorial Edicha-Med, 1993:156-65.
9. Actualización del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Epidemiología. Versión 14-4-95.

Recibido: 17 de noviembre de 1997. Aprobado: 2 de septiembre de 1998.

Dr. *Raúl J. Cepero Morales*. Calle 12 No. 11408 entre 11 y 13, Casino Deportivo, Cerro, Ciudad de La Habana, Cuba.