Artritis tuberculosa de tobillo

S. RUBIO BARBÓN, B. RODRÍGUEZ COCINA, R. SUÁREZ DEL VILLAR
ACEBAL, C. E. CALVO RODRÍGUEZ, A. VILLAR LÓPEZ, P. ESCALADA
RODRÍGUEZ, A. TORREBLANCA GIL¹

Servicios de Medicina Interna y ¹Microbiología. Hospital de Cangas del Narcea. Oviedo

TUBERCULOSIS OF ANKLE

RESUMEN

Se presenta un caso de tuberculosis articular de tobillo en un paciente no inmunocomprometido, confirmado bacteriológicamente mediante cultivo del líquido articular y se comentan los aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos de esta entidad. Se señalan las dificultades diagnósticas especialmente en los casos en que no existe un alto índice de sospecha y cuando la radiología de tórax es normal, lo que ocurre en el 50% de los casos.

PALABRAS CLAVE: Artritis tuberculosa. Tuberculosis de tobillo. Tuberculosis osteoarticular.

ABSTRACT

The authors present a case of tuberculous arthritis of ankle with synovial fluid and sputum aspirate Lowenstein positive (M. tuberculosis) in a patient non immunocomprometid and review the clinical, diagnosis and treatment aspects of this entity, and show the difficult diagnosis in cases of radiology normal or low suspect.

KEY WORDS: Arthritis tuberculosa. Tuberculosis of ankle. Tuberculosis osteoarthicular.

Rubio Barbón S, Rodríguez Cocina B, Suárez del Villar Acebal R, Calvo Rodríguez CE, Villar López A, Escalada Rodríguez P, Torreblanca Gil A. Artritis tuberculosa de tobillo. An Med Interna (Madrid) 2004; 21: 444-446.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis articular es actualmente una rara condición en los países desarrollados pero permanece aun como un problema frecuente en los países en vías de desarrollo. En los países desarrollados se asocia enfermedades crónicas como diabetes, alcoholismo, neoplasias, cirrosis o defectos inmunológicos primarios o adquiridos (infección por VIH). Alrededor del 1%-5% de los pacientes con tuberculosis presenta daño óseo y/o articular, del 10-50% de los pacientes con artritis tuberculosa tienen una TBC pulmonar y es la forma de presentación en un 15-35% de tuberculosis extrapulmonar (1).

CASO APORTADO

Varón de 83 años de edad sin hábitos tóxicos, con antecedentes de osteoporosis, fractura de codo izquierdo y brazo derecho 12 años antes, así como prostatectomía y herniorrafia inguinal que consulta por sinovitis crónica de mas de 6 meses de evolución a nivel de tobi-

llo izquierdo para el que había recibido diversos tratamientos antiinflamatorios y deflazacor oral sin experimentar mejoría. No refería fiebre, ni alteración en el tránsito intestinal o molestias urinarias, únicamente presentaba dolor al apoyar el pie en el suelo y edema local frío. Previamente había sido valorado con una radiografía de tórax, hemograma y bioquímica básica que resulto normal, así como una artrocentesis del tobillo que no mostró cristales y únicamente presento componente inflamatorio, con cultivos en medios normales negativos. El factor reumatoide, los anticuerpos antinucleares, ácido úrico y analítica multiparamétrica así como SACE, el VIH, serologías virus B, C, lúes, lyme y brucela fueron normales o negativos. La exploración física fue normal salvo evidente sinovitis de tobillo izquierdo. La radiografía de tobillo izquierdo mostraba osteopenia de distribución parcheada con pérdida del espacio articular y erosiones óseas (Fig. 1). Se repitió una radiografía de tórax que mostró infiltrado apical derecho no evidenciado en la anterior radiografía (Fig. 2), se practicó Mantoux que resulto positivo y nueva artrocentesis que tampoco mostró cristales y era claramente inflamatorio 25.600 leucocitos con 90% polimorfonucleados, glucosa de 7 mg%, proteínas totales de 5,6 g/dl y ADA de 188 UI. Cultivos en medios normales, brucela negativos. BK negativo. Cultivo de Lowenstein positivo para

Fig. 1.

Fig. 2.

M. tuberculosis. Dado que el paciente no expectoraba se realizó una broncoscopia con resultado macroscópico normal, citologías negativas para malignidad y aspirados bronquiales para BK negativos y cultivo Lowenstein positivo *M. tuberculosis*. Ante estos resultados se realizó el diagnóstico de sinovitis tuberculosa de tobillo izquierdo y tuberculosis pulmonar. El paciente inició tratamiento con Rifater con evolución favorable.

DISCUSIÓN

La tuberculosis (TB) continua siendo un problema de salud pública en el mundo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, diez millones de casos nuevos de TB activa ocurren cada año a nivel mundial, de los cuales 15% corresponden a TB extrapulmonar (2). Las localizaciones extrapulmonares más frecuentes son los sistemas linfático,

genitourinario y músculo esquelético. La TB músculo esquelética es una forma infrecuente de la enfermedad, constituyendo del 1 al 5% de todos los casos, siendo los individuos jóvenes el grupo de más alto riesgo³ aunque se puede presentar a cualquier edad. Se han reconocido cinco síndromes de TB osteomuscular, de los cuales el más común es la espondilitis tuberculosa o enfermedad de Pott (50%), seguido de la artritis periférica (30%), y un grupo menos frecuente (20%) constituido por la dactilitis, la tenosinovitis y la enfermedad de Poncet (4,5).

Ante un paciente con una monoartritis siempre que sea factible se debe realizar una punción articular con fines diagnósticos, debiendo considerarse a la tuberculosis como una de las causas potenciales de dar dicho proceso (6) (Tabla I), el contar con un alto índice de sospecha facilita evitar retrasos diagnósticos que produzcan lesiones articulares.

Es frecuente un retraso considerable en el diagnóstico de la TB osteoarticular. En la mayoría de las series el promedio de duración de los síntomas antes del diagnóstico es de 12 a 18 meses. Esta falla en el reconocimiento temprano de la enfermedad posiblemente se debe a la naturaleza insidiosa de la enfermedad y a la ausencia de evidencias clínicas pulmonares para el momento de la evaluación inicial. El bajo índice de sospecha por parte de los médicos es otro factor importante especialmente en países industrializados, donde esta condición rara vez es considerada en el diagnóstico diferencial de los pacientes que se presentan con un cuadro articular crónico.

La tuberculosis articular es resultado de diseminación hematógena secundaria a una lesión pulmonar primaria o reactivación de focos sembrados primariamente y que en circunstancias de inmunidad deprimida se reactivan, también es posi-

TABLA I

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL MONOARTRITIS AGUDA (tomado de UpToDate)

A) Infección: Bacteriana Hongos Micobacterias Virus Espiroquetas	B) Tumor: Sinovitis vellonodular pigmentada Condrosarcoma Osteoma osteoide Enfermedad metastásica
C) Cristal inducida: Urato monosódico Pirofosfato cálcico Hidroxiapatita Oxalato cálcico Lípidos	D) Enfermedad reumática sistémica Artritis reumatoide Espóndiloartropatías Lupus eritematoso sistémico Sarcoidosis
E) Hemartrosis: Trauma Anticoagulación Enfermedades de la coagulación Sinovitis vellonodular pigmentada Fractura	F) Osteoartritis: Variante erosiva
G) Lesión intraarticular: Lesión de menisco Osteonecrosis Fractura	

ble la invasión directa desde un foco contiguo de osteomielitis, puede estar precedida de un traumatismo articular hasta en un 37% de los casos. Típicamente es monoarticular (90%) pero se pueden presentar lesiones multifocales (10-15%) mas frecuente esto ultimo en inmunodeprimidos 7. La artritis tuberculosa se presenta como un proceso donde el dolor articular es la manifestación más frecuente, el aumento de la temperatura local es modesto y el eritema generalmente está ausente (sinovitis fría), a menudo falta de síntomas sistémicos (fiebre, astenia, anorexia, sudoración nocturna). Afecta sobre todo a grandes articulaciones (cadera, rodilla, hombros), aunque cualquier articulación puede verse afectada, las de la mano y el tobillo son infrecuentes (8-10). La frecuencia de afectación articular según algunas series sería: rodilla 31-41%, cadera 15%, codo 8-15%, esternoclavicular 11%, tobillo 7,4%, sacroilíaca 3,7-19% y hombros 7,4% (11-14). El diagnostico se establece por demostración en cultivo de *M. tuberculosis* o el hallazgo de granulomas caseosos en una histología (biopsia sinovial). Las tasas de cultivo positivo en liquido sinovial son del 80% y en tejido histológico 90%. Aunque el ADA elevado en liquido articular permite sospechar el diagnostico no permite establecerlo con seguridad. El Mantoux suele ser positivo en los

pacientes inmunocompetentes pero puede ser negativo en los inmunodeprimidos y un pequeño porcentaje de inmunocompetentes. Los métodos de inmunocromatografía o PCR permiten establecer el diagnostico mas precozmente en los centros donde dicha técnica esta disponible (15-18). Los estudios radiológicos articulares son inespecíficos en fases precoces mostrando edema de los tejidos blandos con escasa reacción periostica, osteopenia, estrechamiento del espacio articular (hallazgo tardío) y erosiones subcondrales de ambos lados de la articulación afectada. La presencia de radiografía de tórax normal puede darse hasta en el 50% de los casos, por lo que ante una monoartritis o lesión ósea con una radiografía de tórax normal no debe excluir el diagnostico de tuberculosis articular u ósea. En el restante 50% la radiografía de tórax puede mostrar lesiones residuales pero la tuberculosis pulmonar activa solo esta presente en 5% (19).

El tratamiento no difiere del de la tuberculosis pulmonar considerándose que 6 meses pueden ser suficientes con regímenes de alta efectividad (rifampicina, isoniazida, pirazinamida), si bien la mayoría de autores dada la difícil penetración en el hueso sugieren ampliar a 9 meses la duración el tratamiento (20).

Bibliografía

1. Cepero Morales RJ, Martínez Larrarte JP, Sosa Almeida M, Molinero Rodríguez C. Osteoartritis tuberculosa. Rev Cubana Med 1998; 37: 190-194.
2. Muradali D, Gold W, Vellend H, et al. Multifocal osteoarticular tuberculosis: report of four cases and review of management. Clin Infectious Dis 1993; 17: 204-9.
3. Garrido G, Gómez-Reino J, Fernández P, et al. A review of peripheral tuberculous arthritis. Sem Arthritis Rheum 1988; 18 : 142-149.
4. Malaviya AN, Kumar A, Muralidhar R, Pande I. Rheumatological manifestations of tuberculosis: a short review. J Indian Rheumatism Association 1994; 2: 145-148.
5. Chaudhuri MK, Singh S, Kumar L. Poncet's disease: tuberculous rheumatism. Indian J Pediatr 1995; 62: 363-365.
6. Monoarthritis SK. differential diagnosis. Am J Med 1997; 102: 308-348.
7. Bodhur H, Erbay A, Bodur H, Yilmaz O, Kulacoglu S. Multifocal tuberculosis presenting with osteoarticular and breast involvement. Ann Clin Microbiol Antimicrob 2003; 19: 6.
8. Zacharia TT, Shah JR, Patkar D, Kale H, Sindhwani W. MRI in ankle tuberculosis: review of 14 cases. Australas Radiol 2003; 47: 11-16.
9. Dhillon MS, Nagi ON. Tuberculosis of the foot and ankle. Clin Orthop 2002; 398: 107-113.
10. Ellis ME, el-Ramahi KM, al-Dalaan AN. Tuberculosis of peripheral joints: a dilemma in diagnosis. Tuber Lung Dis 1993; 74: 399-404.
11. González-Gay MA, García-Porrúa C, Cereijo MJ, Rivas MJ, Ibáñez Mayo J. The clinical spectrum of osteoarticular tuberculosis in non-human immunodeficiency virus patients in a defined area of northwestern Spain (1988-1997). Clin Exp Rheumatol 1999; 17: 663-669.
12. Houshian S, Poulsen S, Riegels-Nielsen P. Bone and joint tuberculosis in Denmark. Acta Orthop Scand 2000; 7: 312-315.
13. Al-Saleh S, Al-Arfaj A, Naddaf H. Tuberculous arthritis: a review of 27 cases. Ann Saudi Med 1998; 18: 368-369.
14. Sequeira W, Co H, Block JA. Osteoarticular tuberculosis current diagnosis and treatment. Am J Ther 2000; 7: 393-398.
15. Gamboa F, Domínguez J, Padilla E, Manterola JM, Gazapo E, Lonca J, et al. Rapid diagnosis of extrapulmonary tuberculosis by ligase chain reaction amplification. J Clin Microbiol 1998; 36: 1324-1329.
16. Mazón A, Gil-Setas A, Alfaro J, Idígoras P. Diagnosis of tuberculous arthritis from the isolation of Mycobacterium tuberculosis in blood agar and chocolate agar. Enferm Infecc Microbiol Clin 2000; 18: 527-528.
17. Ruiz G, García Rodríguez J, Guerri ML, González A. Osteoarticular tuberculosis in a general hospital during the last decade. Clin Microbiol Infect 2003; 9: 919-923.
18. Payne K, Yang J. Osteoarticular tuberculosis : a case report and discussion. CMAJ 2002; 166: 628-630.
19. Tuli SM. General principles of osteoarticular tuberculosis. Clin Orthop 2002; 398: 11-19.
20. Dahl CS. Physical therapist management of tuberculous arthritis of the elbow. Physical Therapy 2001; 81: 1253-1259.