

## Asociación de síndrome del túnel del carpo y tuberculosis

H. GUANCHE GARCELL, L. CLETO BETANCOURT, C. MARTÍNEZ QUESADA,  
F. GUTIÉRREZ GARCÍA

*Departamento de Epidemiología Hospitalaria. Hospital Universitario "Joaquín Albarrán" Ciudad de La Habana. Cuba*

ASSOCIATION OF CARPAL TUNNEL SYNDROME AND TUBERCULOSIS

### RESUMEN

La tuberculosis de localización extrapulmonar, y especialmente articular, es menos frecuente que su forma pulmonar. Reportamos un paciente varón de 59 años que solicita atención médica por síntomas sugestivos de síndrome del túnel del carpo, del cual es operado demostrándose en el carpo un tejido granulomatoso englobando el nervio mediano sugestivo de sarcoidosis o tuberculosis. Mediante estudio del esputo se demuestra la presencia de *Micobacterium tuberculosis*. Se destaca que los síntomas respiratorios sugestivos de tuberculosis pulmonar fueron para el paciente síntomas menos relevantes en relación a aquellos producidos por compresión del nervio mediano. Se demuestra la relación entre la tuberculosis y el síndrome del túnel del carpo.

**PALABRAS CLAVE:** Tuberculosis. Síndrome del túnel del carpo. Granuloma. Asociación.

### ABSTRACT

*Extrapulmonary tuberculosis, and especially articular, is less frequent than their pulmonary form. We report a 59 year-old man that requests medical attention for suggestive symptoms of Tunnel Carpal Syndrome, of which is operated, being demonstrated in the carpo a granulomatous tissue including the median nerve suggestive of sarcoidosis or tuberculosis. In sputum the presence of *Micobacterium tuberculosis* was demonstrated. The respiratory symptoms of pulmonary tuberculosis were for the patient less excellent symptoms in relation to those produced by compression of the median nerve. The relationship between the tuberculosis and the Tunnel Carpal Syndrome is demonstrated.*

**KEY WORDS:** Tuberculosis. Carpal tunnel syndrome. Granuloma. Association.

*Guanche Garcell H, Cleto Betancourt L, Martínez Quesada C, Gutiérrez García F. Asociación de síndrome del túnel del carpo y tuberculosis. An Med Interna (Madrid) 2004; 21: 395-396.*

### INTRODUCCIÓN

La tuberculosis, a pesar de su menor incidencia en comparación con el siglo pasado, sigue constituyendo en nuestro medio una enfermedad frecuentemente considerada en los pacientes con síntomas respiratorios prolongados, lo que se corresponde con la mayor incidencia de la localización pulmonar (1). Otras formas de presentación de la tuberculosis (pleural, abdominal, ganglionar, osteoarticular, meníngea, entre otras) son menos frecuentes en la práctica clínica (2).

La baja incidencia de la tuberculosis de localización extrapulmonar, la multiplicidad de las formas clínicas de presentación, y su lenta evolución, entre otros aspectos, han contribuido a que esta enfermedad no sea muy frecuentemente sospechada en pacientes con sintomatología respiratoria escasa o ausente, lo que conduce a demora en el diagnóstico y tra-

tamiento médico<sup>3</sup>. Entre estas la localización articular es poco reportada en la literatura, y en Cuba es excepcional esta localización, que se ha referido afecta fundamentalmente articulaciones que soportan peso (caderas, rodillas, tobillos y pies) (3,4).

### CASO APORTADO

Paciente varón de 59 años remitido por el Servicio de Ortopedia, porque durante una intervención quirúrgica se constató la presencia de tejido granulomatoso en el carpo. El mismo desde hacía 12 meses refería parestesias en los dedos 1,2,3 de la mano derecha, las cuales se incrementaban en la noche, asociada a limitación ligera en la movilidad de los dedos y de la articulación radiocarpiana. Además, al examen el signo de Tinel fue positivo. El estudio neurofisiológico fue compatible con un síndrome del túnel del carpo.

Al no obtener mejoría con tratamientos con medicamentos y fisioterapia se procede a descomprimir el nervio mediano, durante cuyo proceder se demuestra que el nervio se encuentra englobado en una masa grisácea de tejido amorfo, la cual fue reseca. El estudio histológico informa sinovitis granulomatosa, con células de Langhans y focos de necrosis. La coloración de Fite Faraco fue negativa. Los elementos histológicos orientan hacia tuberculosis o sarcoidosis.

En la evaluación realizada el paciente refiere ser fumador de 1 cajetilla diaria durante 40 años y de ingerir 350 mL de ron cada 3 días. Desde hace aproximadamente 2 meses presenta tos húmeda, a la cual se le ha asociado expectoración mucopurulenta en los últimos 10 días. Además, refiere pérdida de apetito y de peso, sin precisar la cuantía de este. Al examen se constatan estertores crepitantes en la base pulmonar derecha, peso de 68,18 kg, índice de masa corporal (peso kg)/(talla m<sup>2</sup>) de 24,17 kg/m<sup>2</sup>. En los estudios complementarios se destaca el esputo con bacilos ácido alcohol resistentes con codificación 8 (escala hasta 10), eritrosedimentación globular en 125 mm/h y la radiografía de tórax con lesiones inflamatorias en la base pulmonar derecha. El cultivo del esputo confirmó la presencia de *Micobacterium tuberculosis*, lo que confirmó el diagnóstico.

## DISCUSIÓN

Los síntomas producidos por la compresión del nervio mediano constituyeron el principal motivo para solicitar atención médica, mientras los síntomas respiratorios no alcanzaron la suficiente connotación para el paciente como para constituir el principal motivo de consulta, explicándolo por su crónico hábito de fumar.

La amplia expresión clínica de la tuberculosis nos obliga a considerarla en el diagnóstico diferencial junto a otras enfermedades granulomatosas, como la sarcoidosis, así como de afecciones articulares, fundamentalmente por el hecho de que el retardo en su diagnóstico puede conducir a graves complicaciones, incluyendo la muerte del paciente. Por demás, la quimioterapia actual es altamente efectiva en la curación de los pacientes (3,4).

La coincidencia de tuberculosis y sarcoidosis en un mismo paciente es rara, y su diferenciación es en ocasiones muy difícil (5-7) asociación que descartamos en el paciente por la ausencia de elementos sugestivos de sarcoidosis como síntomas de afectación multiorgánica, adenopatías hiliares bilaterales u otras anomalías del parénquima pulmonar (8).

La presencia de tuberculosis en los miembros superiores ha sido reportada en la literatura médica (9,10), entre los que se señalan compresiones de nervios y síndrome del tunel del carpo que necesitaron descompresión de nervios. Según Skoll (9) el tiempo promedio de diagnóstico de la tuberculosis en los miembros superiores de los casos que reporta fue de 5 meses, lo que confirma la dificultad que para el diagnóstico médico significa esta enfermedad.

Independientemente de lo poco frecuente de la localización de la tuberculosis demostrada en este paciente, para el médico clínico resalta el camino que condujo al diagnóstico y la valoración del paciente acerca de la significación de los síntomas clínicos, que relegó a un segundo plano los síntomas respiratorios y destacó aquellos debidos a la compresión del nervio mediano.

## Bibliografía

1. Estadísticas de salud en Cuba. Ministerio de Salud Pública, Cuba, 2002.
2. Golpe Gómez AL, Lado Lado FL, Cabarcos Ortiz de Barrón A, Ferreiro Regueiro MJ. Clínica de la tuberculosis. *Med Integral* 2002; 39: 181-91.
3. Paradisi F, Corti G. Skeletal tuberculosis and other granulomatous infections. *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol* 1999; 13: 163-77.
4. Silber JS, Whitfield SB, Anbari K, Vergillio J, Gannon F, Fitzgerald RH Jr. Insidious destruction of the hip by *Mycobacterium tuberculosis* and why early diagnosis is critical. *J Arthroplasty* 2000; 15: 392-7.
5. Teirstein AS, Padilla ML, De Palo LR, Shilero GJ. Sarcoidosis mythology. *Mt Sinai J Med* 1996; 63: 335-41.
6. Winck JC, Delgado L, Shiang T, Carralho A, Rodriguez FT. Sarcoidosis-tuberculosis association: a case report. *Monaldi Arch Chest Dis* 1996; 51: 120-2.
7. Marshall BG, Wangou A, Cook HT, Show RT. Increase inflammatory cytokines and new collagen formation in cutaneous tuberculosis and sarcoidosis. *Thorax* 1996; 51: 1253-01
8. Puryear DW, Fowler AA3rd. Sarcoidosis: a clinical overview. *Comp Ther* 1996; 22: 649-53.
9. Skoll PJ, Hudson DA. Tuberculosis of the upper extremity. *Ann Plast Surg* 1999; 43: 374-8.
10. Bagatur AE. Analysis of the causes of failure in carpal tunnel syndrome surgery and the results of reoperation. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2002; 36: 346-53.