

MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA MONOARTRITIS TUBERCULOSA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Javier Cuarental García, Cristina Ojeda Thies, Ana Abarquero Diezhandino, Jaime Lora Tamayo, Luis Rafael Ramos Pascua

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis articular es una causa poco frecuente de infección osteoarticular, siendo la rodilla la segunda localización más habitual en adultos. Cursa con dolor insidioso localizado asociado a síndrome constitucional, y el diagnóstico definitivo es un cultivo del líquido sinovial positivo para micobacterias. El tratamiento es fundamentalmente médico mediante tuberculostáticos, además de reposo articular y raramente, drenaje quirúrgico.



Figura 1: Aspecto clínico inicial de la rodilla

OBJETIVOS

Se presenta un caso de osteomielitis y artritis tuberculosa de fémur distal y rodilla manejada exitosamente de manera conservadora con tratamiento tuberculostático.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón, 32 años, natural de Bangladesh, consulta por dolor y tumoración atraumática en rodilla izquierda de 6 meses de evolución asociado a pérdida de 7 kgs. En las pruebas de imagen destaca una voluminosa lesión de partes blandas que rodea el fémur distal y lo infiltra, así como la presencia de adenopatías múltiples. Se realiza BAG de la lesión obteniéndose líquido purulento con tinción auramina positiva para bacilos ácido-alcohol resistentes, y una PCR positiva para tuberculosis sensible a rifampicina.

Tras la confirmación microbiológica de artritis tuberculosa se inicia tratamiento tuberculostático con 4 fármacos (RIF, INH, PZN, ETB). Se procede al drenaje de material purulento de la rodilla bajo control ecográfico en dos sesiones, desaconsejándose drenaje quirúrgico por el riesgo de fistulas periarticulares (escrófulas) a nivel del abordaje; finalmente desarrolla dos escrófulas coincidiendo con las zonas de punción. Concomitantemente, aparece una nueva tumoración de partes blandas en región trocantérea ipsilateral que también fistuliza, mejorando a lo largo del tratamiento tuberculostático.

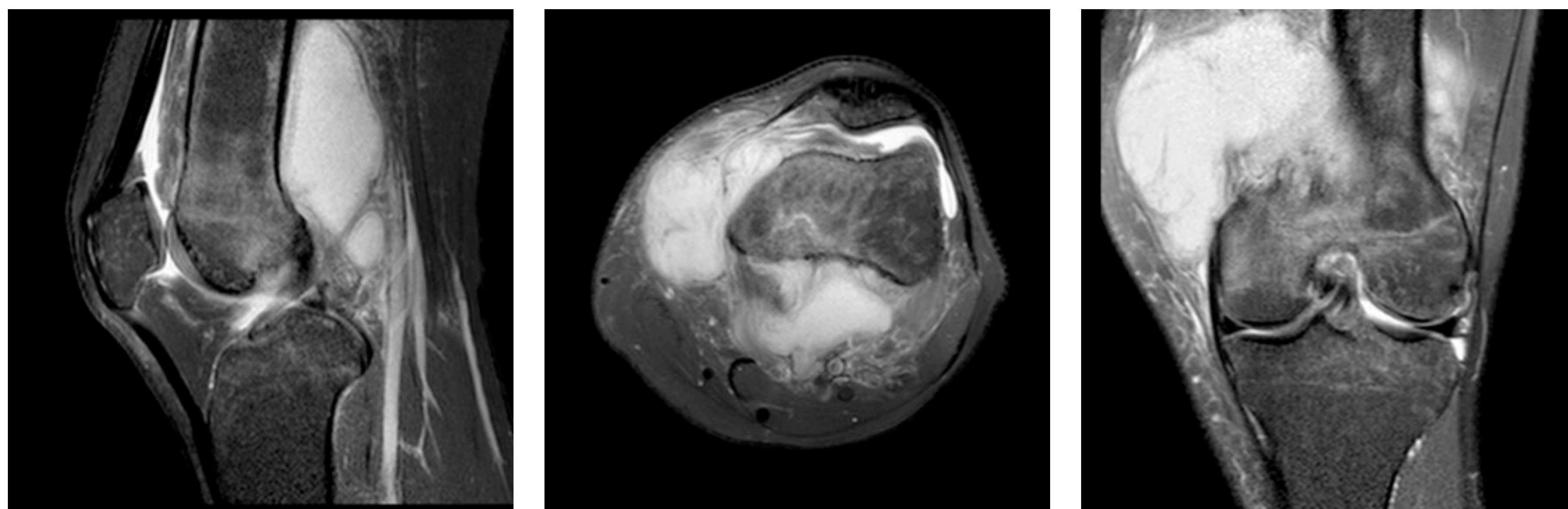


Figura 2: RMN rodilla inicial (secuencia SPAIR). Voluminosa masa polilobulada, heterógena, alrededor de la cara posteromedial de la metáfisis femoral distal

RESULTADOS

Tras 7 meses de tratamiento médico y drenajes de repetición de material purulento, los trayectos fistulosos se han ido resolviendo, con una disminución de tamaño de las lesiones de partes blandas periarticulares visualizadas en la RMN. A nivel sistémico ha desarrollado múltiples adenopatías (supra e infradiafragmáticas así como cervical) y vasculitis retiniana, que ha requerido de fotocoagulación.

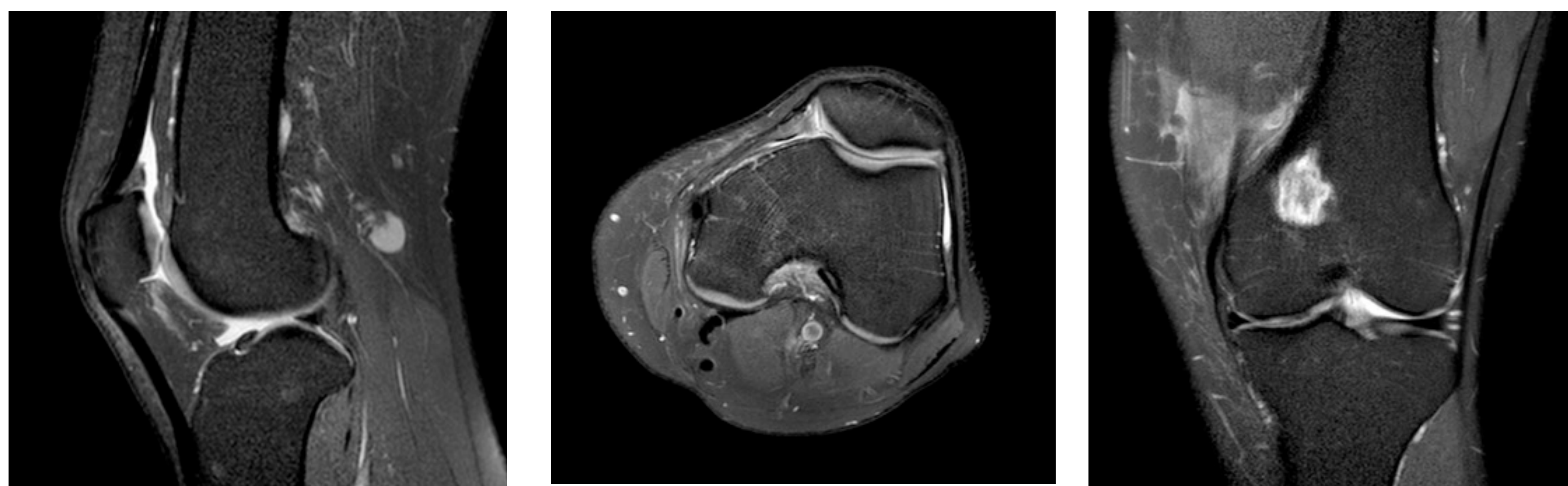


Figura 3: RMN rodilla tras tratamiento (secuencia SPAIR). Resolución prácticamente completa de la artritis tuberculosa y de la colección periarticular posterior, persistiendo una lesión ósea la región supracondilea externa posterior compatible con tejido de granulación residual

CONCLUSIONES

El tratamiento de la tuberculosis osteoarticular es fundamentalmente médico, pero requiere un alto índice de sospecha diagnóstica por parte del traumatólogo; en ocasiones precisa drenaje quirúrgico de las colecciones purulentas, con riesgo de fistula en las zonas de punción o incisión quirúrgica.