

Varón con signos inflamatorios en un carpo y lesión cutánea en el contralateral

N. Vázquez

Servicio de Reumatología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

Caso clínico

Varón de 35 años de edad, carnicero, que hacía 15 años había tenido un accidente laboral con una picadora de carne con amputación traumática del cuarto dedo de la mano izquierda que precisó injerto. Refería clínica progresiva de un mes de evolución de dolor, aumento de volumen, calor e impotencia funcional en carpo derecho, sin traumatismo ni sobreesfuerzo previo. Había recibido tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos con mejoría sintomática parcial. A la exploración física presentaba aumento de volumen, calor y signos de derrame en el carpo derecho, con limitación completa dolorosa de la movilidad en todos los arcos de movimiento así como una placa violácea, exofítica, bien delimitada, no dolorosa ni pruriginosa sobre el carpo izquierdo y en los dedos de la mano izquierda primero, segundo y tercero (fig. 1). En la radiografía de la mano derecha se objetivó aumento de partes blandas, osteopenia yuxtaarticular, erosiones en interfalángicas proximales y desestructuración y pérdida de altura de los huesos del carpo (fig. 2). La ecografía mostró aumento de líquido en la articulación radiocarpiana, la cubitocarpiana y en las intercarpianas, sin halo hipoecoico en vainas tendinosas. Se realizó artrocentesis guiada de unas gotas de líquido articular teñido de sangre. Por último, la resonancia magnética nuclear reveló afectación de señal de forma difusa y parcheada de todos los huesos del carpo y las extremidades proximales de los metacarpianos, así como reacción sinovial en todas las intercarpianas. El hemograma, la bioquímica, el proteinograma y la velocidad de sedimentación globular fueron normales, y el factor reumatoide, negativo. En el líquido articular, el Ziehl fue positivo así como el cultivo para *Mycobacterium bovis*. Se realizó biopsia de



Figura 1. Lesiones cutáneas de tuberculosis verrugosa en carpo.

la lesión cutánea del carpo izquierdo, que fue compatible con tuberculosis verrugosa en cutánea.

Diagnóstico y evolución

El diagnóstico fue artritis tuberculosa de carpo derecho y tuberculosis verrugosa cutánea en el dorso de mano izquierda por *M. bovis*. Se inició tratamiento

Correspondencia: Dra. N. Vázquez.
Servicio de Reumatología.
Hospital Ramón y Cajal.
Colmenar Viejo, 15. 28034 Madrid. España.
Correo electrónico: nvazquezfuentes@yahoo.es

Manuscrito recibido el 28-6-2004 y aceptado el 30-7-2004.

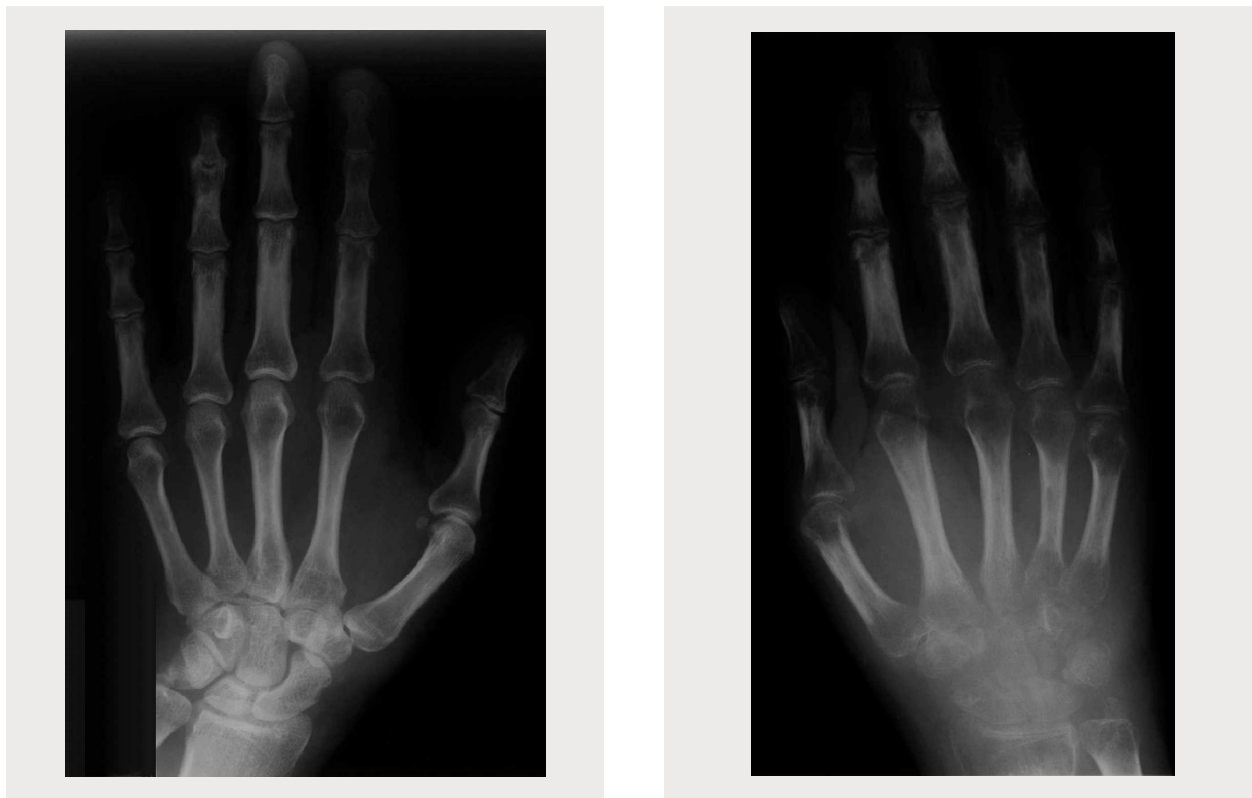


Figura 2. Artritis tuberculosa. Imagen radiológica de desestructuración de articulaciones intercarpianas.

tuberculostático con isoniazida, rifampicina y pirazinamida y se mantuvo el tratamiento antiinflamatorio no esteroideo con mejoría sintomática de la clínica articular y desaparición de la lesión cutánea.

Discusión

La tuberculosis se define como la enfermedad causada por cualquiera de los miembros del complejo *M. tuberculosis*, que incluye: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum* y *M. microti*. Aproximadamente un tercio de la población mundial está infectado por micobacterias.

La tuberculosis cutánea es una manifestación extrapulmonar rara y en la mayoría de los casos traduce afectación sistémica. Las lesiones cutáneas tuberculosas pueden presentar diversas formas: chancro, lupus vulgar, escrofuloderma, miliar, verrugosa, papulonecrótica o abscesos metastásicos.

La afectación osteoarticular representa aproximadamente un 2% de todas las tuberculosis y un 35% de los casos de tuberculosis extrapulmonar. En la mitad de los pacientes afecta a la columna, y la segunda manifestación en frecuencia es la artritis periférica, generalmente monoarticular y de grandes articulaciones.

Clínicamente se manifiesta en forma de dolor, signos inflamatorios e impotencia funcional lentamente

progresivos. La fiebre y el síndrome constitucional sólo están presentes en el 30% de los pacientes con artritis tuberculosa.

Los cambios histológicos granulomatosos se acompañan de proliferación sinovial, lesión del cartílago y desestructuración de la arquitectura articular.

El diagnóstico de la artritis tuberculosa se basa en la sospecha clínica que precisa de confirmación mediante biopsia y cultivo. Los cambios radiológicos son inespecíficos. En cuanto al tratamiento, el régimen tuberculostático más empleado actualmente se realiza con 3 fármacos durante 2 meses (isoniazida, rifampicina y pirazinamida) seguido de 2 (isoniazida y rifampicina) hasta completar los 9 meses, y se recomiendan pautas de hasta 12 meses si la afectación es extensa.

Bibliografía general

- Ara M, Seral C, Baselga C, Navarro M, Del Pilar Grasa M, Carapeto FJ. Primary tuberculous chancre caused by *Mycobacterium bovis* after goring with a bull's horn. *J Am Acad Dermatol* 2000;43:535-7.
- Barbagallo J, Tager P, Ingleton R, et al. Cutaneous tuberculosis: diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol* 2002;3:319-28.
- De Jong JW, Van Altena R. Non respiratory tuberculosis with *Mycobacterium tuberculosis* alter penetrating lesions of the skin: five cases histories. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000;4:1184-7.
- Kivanc-Altunay I. Incidence of cutaneous tuberculosis in patients with organ tuberculosis. *Int J Dermatol* 2003;42:197-200.