

CASOS CLINICOS

Artritis tuberculosa en la infancia. A propósito de un caso de presentación temprana

C. OCHOA, G. FONTAO, M. J. SÁNCHEZ, F. BARÓ, y E. ALVAREZ

RESUMEN: La artritis tuberculosa constituye una entidad infrecuente pero no excepcional, que debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de toda artritis de evolución tórpida. El diagnóstico se basa en una adecuada anamnesis, es útil la *intradermoreacción* de Mantoux (especialmente en la infancia) y según diversos autores debe ser confirmado con: 1) Visualización y/o cultivo del bacilo tuberculoso en el líquido o membrana sinoviales, y/o 2) Identificación en la membrana sinovial de granulomas con caseosis central.

Presentamos el caso de un varón de 3 años 11 meses con una artritis tuberculosa de rodilla diagnosticada precozmente gracias a la existencia de un antecedente familiar de tuberculosis pulmonar y una reacción tuberculínica positiva. No existían hallazgos significativos en las radiografías de tórax y rodilla y el líquido sinovial tenía una composición inflamatoria inespecífica. Con la sospecha clínica se instauró tratamiento con 3 drogas, siendo la evolución favorable. La confirmación bacteriológica en el líquido articular, infrecuente en la infancia, evitó la utilización de otras técnicas más invasivas en sus diagnóstico. **PALABRAS CLAVE:** TUBERCULOSIS. ARTRITIS.

TUBERCULOUS ARTHRITIS IN CHILDHOOD. A PROPOS OF ONE EARLY-ONSET CASE (SUMMARY): Tuberculous arthritis is an infrequent condition, but no exceptional. It must be taken into account in differential diagnosis with all insidious onset arthritis. Diagnosis is based on a complete clinical history. *Mantoux skin test* is useful, mainly in children. It will be confirmed by direct identification and/or culture of *M. tuberculosis* from synovial fluid, and by identification of granulomas with central caseosis in synovia.

We report one 3 y. 11 mo. old boy with tuberculous arthritis of the knee. It was precocious diagnosed for the knowledge of pulmonar tuberculosis in the family and a positive tuberculin test. There was no significant findings in roentgenographic examinations of chest and knee. The synovial fluid showed non-specific inflammatory modifications. A 3-drugs treatment was started, after this clinical suspicion. The evolution was favourable. The bacteriological confirmation on synovial fluid is not frequent in childhood, but it avoid the use of other more invasive techniques. **KEY WORDS:** TUBERCULOSIS. ARTHRITIS. SYNOVIAL FLUID.

INTRODUCCIÓN

La artritis tuberculosa periférica en la edad pediátrica constituye una entidad in-

frecuente pero no excepcional, que debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de toda artritis de evolución tórpida. Su diagnóstico precoz, que habitual-

mente precisa de técnicas invasivas, es fundamental para un correcto tratamiento que permita restituir la articulación a su normalidad.

La tuberculosis es en España una enfermedad de declaración obligatoria de la cual se notifica solamente una parte de los casos (1, 3). Se han realizado estimaciones sobre la incidencia anual de esta enfermedad que se sitúan entre 60 y 68 casos por 100.000 habitantes (1, 3, 4) y se ha planteado la polémica sobre si aumenta o no la tuberculosis (1, 3, 5), debido sobre todo a que se han observado incrementos en los últimos años del número de casos declarados (25, 87/100.000 en 1984 y 27, 31/100.000 en 1985) (6); diversos autores lo interpretan como una mejora en el nivel de declaración. La prevalencia de respuestas tuberculínicas positivas en edad escolar varía según la edad, vacunación BCG previa, región y medio socioeconómico. En nuestro país, donde no existe un criterio claro sobre la necesidad de vacunación, oscila entre el 2 y el 15 % (7).

La localización osteoarticular constituye de un 1 a un 7 % del total de tuberculosis (7, 8, 9), siendo escasas las publicaciones en edades tempranas (10, 11), por las dificultades diagnósticas que entraña.

El diagnóstico se basa en una adecuada anamnesis, es útil la reacción tuberculínica (especialmente en la infancia) y según diversos autores (11, 12) debe ser confirmado con al menos uno de estos criterios:

1) Visualización y/o cultivo del bacilo tuberculoso en el líquido o membrana sinoviales.

2) Identificación en la membrana sinovial de granulomas con caseosis central.

3) Identificación del bacilo en otro punto del organismo, y mejoría de la artritis con el tratamiento antituberculoso.

4) Granulomas sin caseosis central en la membrana sinovial, con mejoría tras el tratamiento.

Los síntomas y signos locales no son de ayuda, la tumefacción y el dolor a la movilización pueden deberse a cualquier otra monoartritis; asimismo la apariencia radiológica es inespecífica, su descripción clásica incluye tumefacción de partes blandas, osteoporosis periarticular, quistes óseos de bordes mal definidos y eventualmente destrucción articular (13, 14).

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 3 años 11 meses con tumefacción, dolor, impotencia funcional y limitación a la movilidad de rodilla izquierda, de 20 días de evolución; catalogado de artritis postraumática por el antecedente de una contusión local 5 días antes del inicio, había sido tratado, sin respuesta, con antiinflamatorios y en los últimos 15 días con una penicilina isoxazólica. No referían otra sintomatología y tan sólo presentó febrícula al inicio del cuadro.

La anamnesis reveló el antecedente de un familiar conviviente con tuberculosis pulmonar. Entre sus antecedentes personales consta embarazo normal, parto por cesárea por sufrimiento fetal agudo, período neonatal normal, lactancia materna con introducción adecuada de alimentación complementaria, desarrollo psicomotor normal, calendario vacunal correcto, no BCG y faringoamigdalitis recurrentes. La exploración no desveló otros datos de interés, tenía un crecimiento adecuado con peso y talla en percentil 50-75.

Se realizó analítica sanguínea (10.700 leucocitos con 60 % neutrófilos, 34 % linfocitos, 6 % monocitos, series roja y plaquetaria normales, VSG 68 en la prime-

ra hora, ácido úrico, urea, glucosa, transaminasas, calcio, fósforo, fosfatasas alcalinas, iones y proteínas totales normales, P. C. R. positiva, ASLO 166 U., serología typhi-paratyphibrucella negativa) y urinaria (sistemático, sedimento y urocultivo) sin hallazgos llamativos. En el cultivo de frotis faríngeo creció flora saprofita. La radiografía de rodilla sólo presentaba tumefacción de partes blandas y no había imágenes patológicas en la radiografía de tórax (Figs. 1 y 2). La reacción de Mantoux alcanzó 14 milímetros de induración a las 72 horas. Se realizó punción articular encontrando una composición inflamatoria inespecífica en el líquido sinovial (10.200 leucocitos: 69 %-N, 24 %-L, 7 %-M; proteínas 5,6 gr/dl., glucosa 23 mg/dl., LDH 1.173 U/ml.), sin crecimiento bacteriano en los medios habituales.

Con la sospecha clínica se instauró tratamiento con 3 drogas (isoniacida, rifampicina y etambutol), e inmovilización articular. El crecimiento de *Mycobacterium tuberculosis* en el líquido sinovial en medio de Löwenstein, y la evolución favorable en revisiones posteriores, confirmaron el diagnóstico.

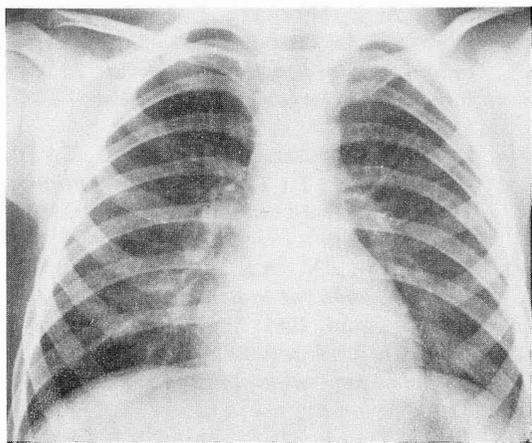


FIG. 1. Radiografía de tórax del paciente en el momento del diagnóstico

DISCUSIÓN

Se trata de un caso de monoartritis tuberculosa cuyo diagnóstico precoz, inicialmente clínico, ha permitido realizar un tratamiento específico. Una vez más observamos la importancia que una adecuada anamnesis tiene para evitar errores terapéuticos y retrasos diagnósticos. En diversas series se ha referido la ausencia de enfermedad pulmonar previa en alrededor del 50 % de los casos (8, 11, 15, 16, 17); este hecho, unido a su clínica poco expresiva y a su rareza, origina que el tiempo transcurrido desde el inicio de la sintomatología hasta el diagnóstico sea, habitual-

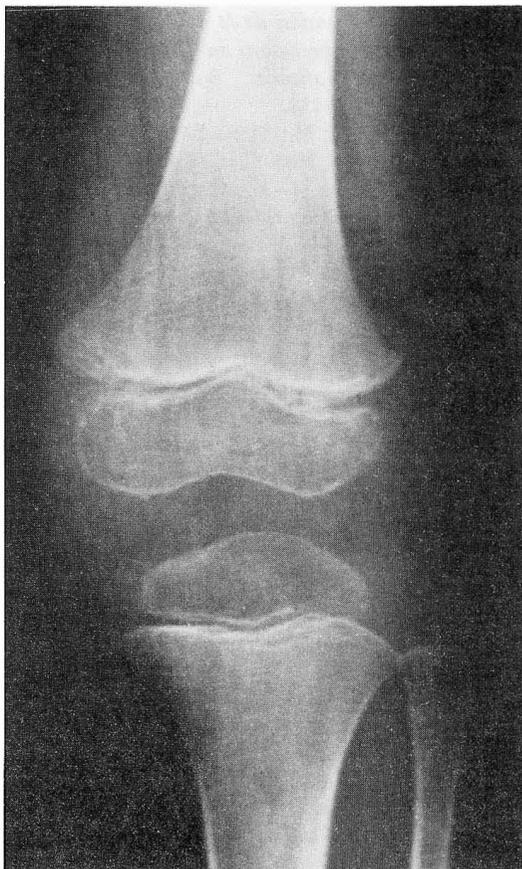


FIG. 2. Radiografía de rodilla izquierda en momento del diagnóstico. Tan sólo se observa tumefacción de partes blandas

mente, superior a los 2 meses. Todos los autores coinciden en la importancia de la reacción tuberculínica (8, 11, 12, 15), aunque su negatividad no debe descartar una infección tuberculosa (18).

En nuestro paciente la confirmación bacteriológica, infrecuente en la infancia, ha hecho innecesaria la utilización de otras técnicas más invasivas en su diagnóstico. Es necesario, no obstante, pensar en esta entidad, enviando una muestra para estu-

dio específico de forma sistemática, si se quiere identificar el agente causal.

El tratamiento aconsejado sigue siendo la asociación de isoniacida y rifampicina durante 9 meses, para algunos con etambutol los primeros 2 meses (en mayores de 3 años) o pirazinamida si se trata de *Mycobacterium bovis*. En las articulaciones con carga puede ser necesario inmovilización durante 6 semanas, con movilización progresiva posterior (11, 15, 17).

BIBLIOGRAFIA

1. VIDAL PLA, R.; RUIZ MANZANO, J.: *¿Aumenta la tuberculosis en España?* Med. Clin. (Barc.) 1986; 86: 845-847.
2. BULLA, A.: *Revisión de la morbilidad y la mortalidad por tuberculosis en el mundo según las declaraciones oficiales.* Bol. Un. Int. Tub. 1981; 56: 129-138.
3. GARCÍA PÁEZ, J. M.; YEBRA BANGO, M.: *Tuberculosis en España.* Med. Clin. (Barc.) 1987; 88: 300.
4. BARBEIRA BARJA, J. M.; GARCÍA INESTA, A.: *El consumo de medicamentos antituberculosos como aproximación a unos indicadores de prevalencia.* Información Terapéutica. Seguridad Social, 1984; 1: 16-21.
5. PEDREIRA, J. D.; AGROMAYOR, A.; ECHÁÑIZ, A.: *Tuberculosis en un hospital general.* Med. Clin. (Barc.) 1987; 88: 388.
6. ANÓNIMO: *Comentario epidemiológico de las enfermedades de declaración obligatoria nacional. Año 1985.* Boletín Epidemiológico Semanal. Subdirección de Vigilancia Epidemiológica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1986; 1.722: 1-2.
7. NOGALES, A.: *Infección y enfermedad tuberculosa en muestras de la población infantil de Madrid, Barcelona y Valencia.* MDP 1986; 32: 24-40.
8. BERNEY, S.; GOLSTEIN, M.; BISHKO, F.: *Clinical and diagnostic features of tuberculous arthritis.* Am. J. Med. 1972; 53: 36-42.
9. RODRÍGUEZ RAMOS, S.; PASCUAL PASCUAL, T.; MARTÍNEZ GONZÁLEZ DEL RÍO, J.: *Incidencia de la enfermedad tuberculosa en un hospital general.* Arch. Bronconeumol. 1983; 19: 274-278.
10. MARTÍNEZ, J. C.; SANTONJA, F.; ALARCÓN, A.; CLAVEL, M.: *Tuberculosis de epífisis distal de fémur en un lactante. A propósito de un caso.* Revista de Ortopedia y Traumatología 1986; 30: 383.
11. HORTAS, C.; FERREIRO, J. L.; GALDO, F.; GIMÉNEZ, E.; ARASA, F. J.; BARBAZÁN, C.; MERA, A. J.; MOSQUERA, J. A.: *Artritis tuberculosa periférica pediátrica: 5 casos.* Galicia Clínica 1987; 59: 32-34.
12. NEWTON, P., SHARP, J.; BARNES, K. L.: *Bone and joint tuberculosis in Greater Manchester 1969-79.* Ann. Rheum. Dis. 1982; 41: 1-6.
13. CHAPMAN, M.; MURRAY, R. O.; STOKER, D. J.: *Tuberculosis of the Bones and Joints.* Semin. Roentgenol. 1979; 14: 266-282.
14. VERSFELD, G. A.; SOLOMON, A.: *A diagnostic approach to tuberculosis of bones and joints.* J. Bone Joint Surg. 1982; 64-B: 446-449.
15. MERA, A. J.; MOSQUERA, J. A.; IGLESIAS, G.; MONTOYA, A.; GALDO, F.; GARCÍA, E.: *Tuberculosis articular periférica: estudio de 20 casos con biopsia sinovial.* Med. Clin. (Barc.) 1985; 85: 605-608.
16. URIEL, S.; MUGUERZA, I.; ECHEVERRÍA, F.; LÓPEZ, R.; AMOR, T.: *Tuberculosis osteoarticular. Presentación de 54 casos.* Rev. Clin. Esp. 1979; 155: 277-281.
17. PAPAVALIOU, V. A.; PETROPOULOS, A. V.: *Bone and joint, tuberculosis in childhood.* Acta Orthop. Scand. 1981; 52: 1-4.
18. NASH, D. R.; DOUGLAS, J. E.: *Anergia in active pulmonary tuberculosis.* Chest 1980; 77: 32-37.

Petición de Separatas:

DR. C. OCHOA SANGRADOR
C/ Bailén, 2, 7.º E
VALLADOLID