

ARTRITIS SEPTICA POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS EN PACIENTE VIH POSITIVO: UNA ENTIDAD DE DIFICIL DIAGNOSTICO.

AUTORES: Marina Esteban Peña, Jorge Morales Rodríguez, Daniel Montaner Alonso, José Luis Rodrigo Pérez

INTRODUCCIÓN

La artritis séptica por tuberculosis supone un reto diagnóstico por presentar clínica larvada hasta estadios avanzados. Al diagnóstico suelen presentar extensa destrucción articular siendo crucial un diagnostico y tratamiento en fases iniciales para conseguir buenos resultados. Debemos sospecharla ante dolores crónicos articulares con sinovitis, especialmente si presentan gran afectación osteoarticular.

En pacientes inmunodeprimidos es importante tener presente la posibilidad de artritis sépticas en localizaciones inusuales y por microorganismos oportunistas poco frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODO

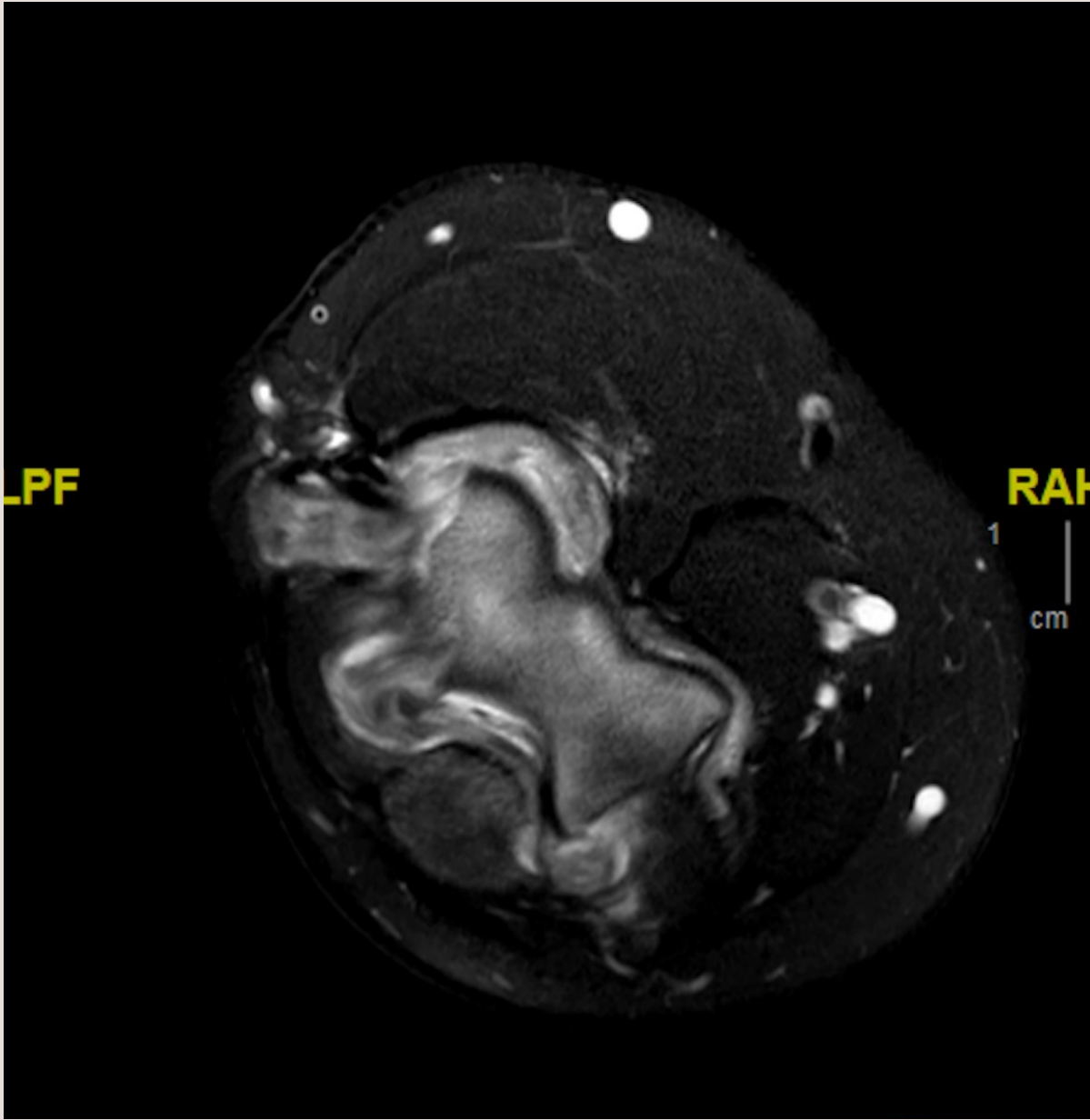
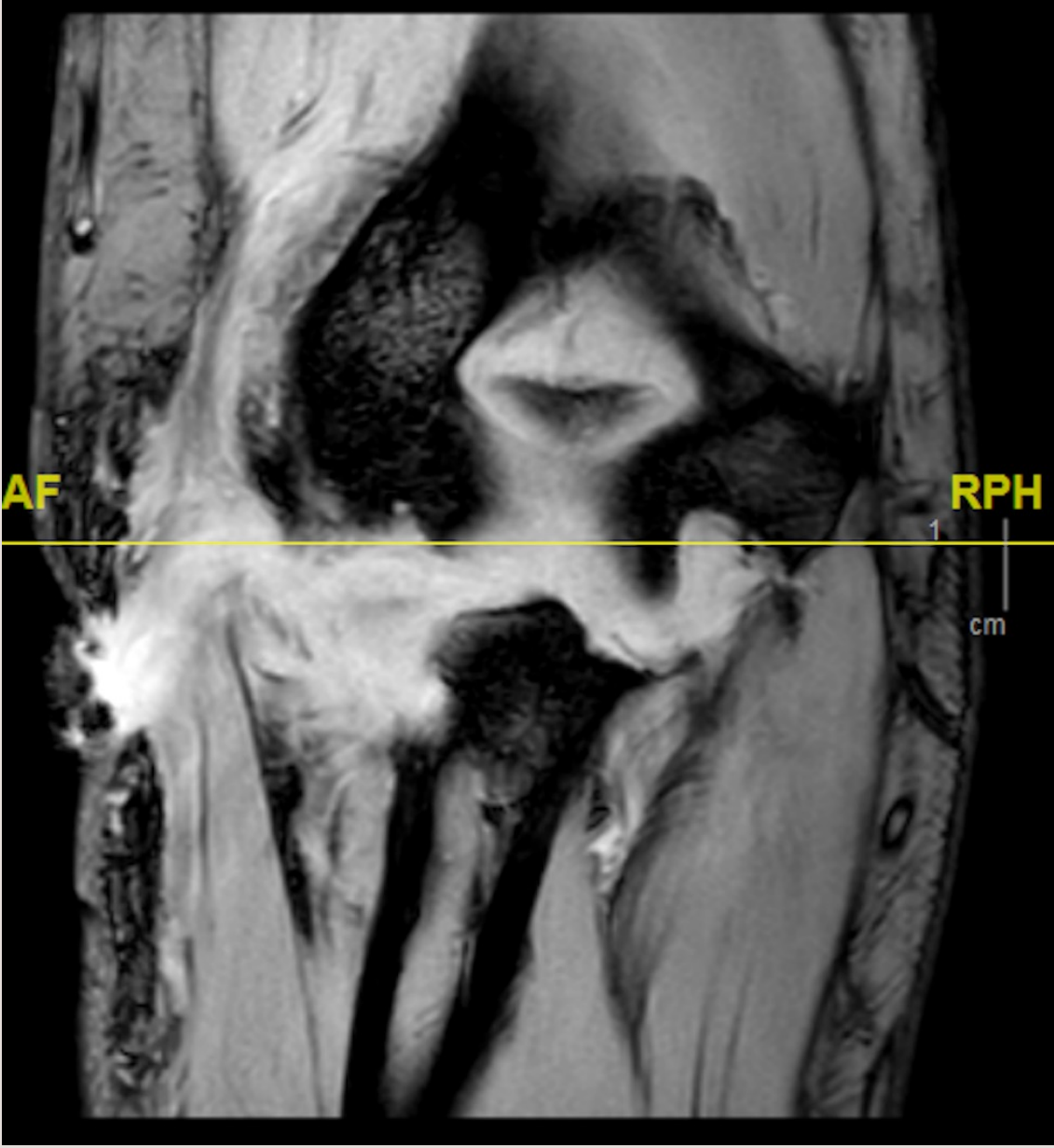
Presentamos el caso de un varón de 30 años VIH+ que presenta dolor de codo desde hace 2 años tras vacunación en hombro ipsilateral. Tratado en ese momento en su país de origen mediante infiltraciones intraarticulares de corticoides con escasa mejoría. Posteriormente, debido a procesos concomitantes, se le administran diferentes antibióticos que relaciona con periodos de mejoría del dolor sin llegar a resolverse.

- Examen físico.

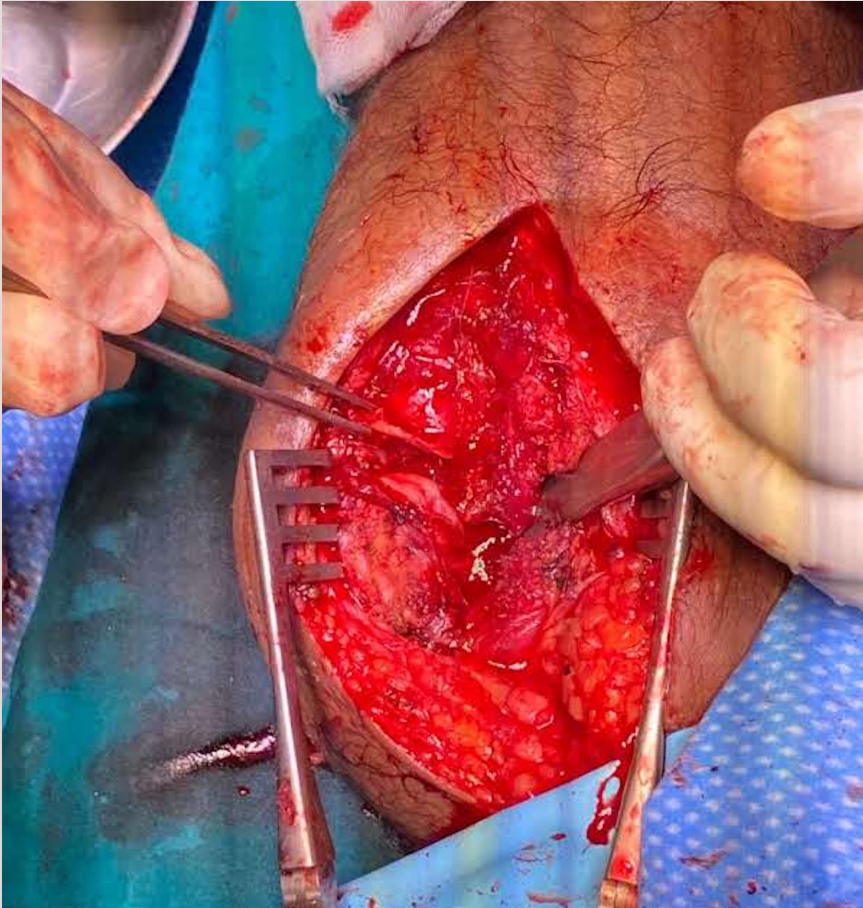
A la exploración presenta dolor de codo de tipo mecánico. Se visualiza fistula activa en cara externa de codo que supura a la pronosupinación del mismo. No otros signos de infección. Movilidad limitada en últimos grados de flexoextensión por dolor (flexión 120/ extensión -10º). No asocia fiebre ni clínica sistémica.

- Pruebas complementarias.

Analítica de sangre con valores dentro de la normalidad, PCR <5 . La ecografía evidencia signos de artritis inflamatoria con fistulización a piel desde vertiente posterolateral de la articulación. La resonancia magnética muestra artritis infecciosa complicada con miositis, osteomielitis y fistula cutánea. Se toman muestras de liquido sinovial y en los cultivos se aíslan dos microorganismos diferentes: S aureus y enterobacter cloacae. Ante resultados obtenidos, se decide realizar artrotomía de limpieza.



RESULTADOS



En la cirugía se visualiza extensa afectación con destrucción de cartílago articular. Los cultivos fueron positivos para Staphylococcus aureus por lo que se decide alta domiciliaria con Linezolid y Rifampicina. A la revisión, los resultados de cultivos de mayor incubación muestran Mycobacterium tuberculosis. Inicia tratamiento tuberculostático que precisa de ajuste de su terapia antiretroviral debido a interacciones farmacológicas.

Actualmente, 3 meses postoperatorio, el paciente se encuentra asintomático con buena movilidad de codo. En las radiografías, se aprecia aumento de esclerosis en articulación humerocubital y erosión en tróclea.

DISCUSIÓN

La artritis séptica es una condición poco frecuente con una incidencia de unos 4-12/100.000 personas al año. El agente patógeno más frecuentemente aislado es el S aureus(aproximadamente 53% de los cultivos positivos). Las articulaciones afectadas más comúnmente son: rodillas, interfalángicas de mano y metacarpofalángicas.

En el paciente VIH, la artritis séptica es igualmente una patología poco frecuente (0'3-3'6% de las infecciones) y el organismo mas frecuentemente implicado sigue siendo el S aureus , aunque existe poca información en la literatura.

La literatura recoge casos de artritis séptica por Mycobacterium tuberculosis aunque suponen menos del 2% de todas las artritis sépticas. Suele ser diagnosticadas tras más de 1 año de evolución al presentar una clínica más larvada, similar a una osteoartritis. Es frecuente que al diagnóstico se presenten en forma de osteomielitis, fistulas u otras complicaciones.

La afectación musculoesquelética por tuberculosis aparece más frecuentemente a nivel vertebral. La afectación en otras articulaciones es muy rara (menos del 1%), más aún en el codo. Debemos sospecharla ante dolores crónicos de codo con sinovitis, especialmente si presentan gran afectación osteoarticular. Es importante un diagnostico precoz ya que el diagnostico tardío se asocia con destrucción articular severa.

La prueba de imagen de elección es la RM. Aunque para su diagnostico de certeza es necesaria una biopsia o cultivo de liquido sinovial.

Como conclusión, en pacientes inmunodeprimidos es importante tener en cuenta la posibilidad de artritis sépticas en localizaciones inusuales y por microorganismos oportunistas , incluido Mycobacterium tuberculosis.

El tratamiento inicial en paciente con artritis séptica debe basarse en antibioterapia empírica que proteja frente al S aureus.

Ante sospecha de etiología tuberculosa, la terapia antituberculosa es un pilar fundamental para el tratamiento. Sumado al tratamiento médico, frecuentemente son necesarias intervenciones quirúrgicas como drenaje, sinovectomía o procesos de reconstrucción articular. Cuando existen colecciones importantes ,el drenaje o la sinovectomia parecen asociarse con mejores resultados. En caso de destrucción articular importante, se debe plantear cirugía reconstructiva o de rescate. Es fundamental la colaboración entre el traumatólogo y el especialista en enfermedades infecciosas para un optimo tratamiento, así como la monitorización de efectos secundarios de los medicamentos antituberculosos al inicio de la terapia para garantizar la adherencia.

Los resultados de tuberculosis de codo son malos debido a su diagnostico tardío y a la mala adherencia a los tratamientos antituberculosos, esenciales para una correcta evolución. Es crucial un diagnostico y tratamiento en fases iniciales para conseguir buenos resultados.

CONCLUSIÓN

La artritis séptica por tuberculosis es una entidad de difícil diagnóstico y su tratamiento precoz es fundamental para conseguir buenos resultados. La terapia antituberculosa es un pilar fundamental para su tratamiento. Sumado al tratamiento médico, frecuentemente son necesarias intervenciones quirúrgicas como desbridamientos, sinovectomia o procesos de reconstrucción articular.

Es fundamental la colaboración entre traumatólogo y el especialista en enfermedades infecciosas para un óptimo tratamiento, especialmente en pacientes VIH + en tratamiento con terapias antiretrovirales.

BIBLIOGRAFÍA

McBride S, Mowbray J, Caughey W, Wong E, Luey C, Siddiqui A, Alexander Z, Playle V, Askelund T, Hopkins C, Quek N, Ross K, Orec R, Mistry D, Coomarasamy C, Holland D. Epidemiology, Management, and Outcomes of Large and Small Native Joint Septic Arthritis in Adults. Clin Infect Dis. 2020 Jan 2;70(2):271-279.
Ross JJ. Septic Arthritis of Native Joints. Infect Dis Clin North Am. 2017 Jun;31(2):203-218.
Zalavras CG, Dellamaggiora R, Patzakis MJ, Bava E, Holtom PD. Septic arthritis in patients with human immunodeficiency virus. Clin Orthop Relat Res. 2006 Oct;451:46-9.
Tangadulrat P, Suwannaphisit S. Tuberculosis Septic Arthritis of the Elbow: A Case Report and Literature Review. Cureus. 2021 Mar 8;13(3):e13765.