

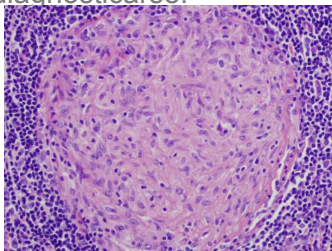
TENOSINOVITIS TUBERCULOSA DE EXTENSORES DE LA MANO EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO, a propósito de un caso

•SARA SÁNCHEZ LÓPEZ 1, SOFIA AMORÓS RIVERA 2, DANIEL SÁNCHEZ MARTÍNEZ 2

•1. HGU Rafael Méndez, Lorca, Murcia

•2. HGU Santa Lucía, Cartagena, Murcia

Objetivos: Presentar un caso de tenosinovitis tuberculosa en tendones extensores de la mano, cuya localización en vaina sinovial es excepcional, en un paciente inmunodeprimido. Se describe esta patología, el cuadro clínico y pruebas complementarias para su diagnóstico, así como el manejo medico-quirúrgico, al ser una entidad muy infrecuente que debe sospecharse para poder diagnosticarse.



Material y metodología: Paciente de 62 años inmunodeprimido por tratamiento crónico con prednisona e infliximab debido a espondilitis anquilosante HLA B27, y antecedente de Mantoux + en 2018, que consultaba por tumoración dolorosa de 5 cms en dorso de mano derecha, eritematosa y sin aumento de temperatura que condicionaba limitación de movilidad de la muñeca y dedos de 9 meses de evolución. No refería fiebre ni síntomas respiratorios. Se solicitó RM que informaba de cambios inflamatorios con efecto masa que rodeaba a los tendones del extensor común de los dedos. Se programó cirugía realizando tenosinovectomía de tejido infiltrado por masas caseosas con toma de muestras para microbiología y anatomía patológica, donde se informó de inflamación crónica granulomatosa necrotizante, aislándose *Mycobacterium tuberculosis*.

Resultados: Tras descartar enfermedad pulmonar asociada se inició tratamiento con isoniazida, rifampicina y pirazinamida durante 2 meses, seguido de isoniazida y rifampicina 4 meses más. Un año tras el tratamiento el paciente continúa asintomático y sin recidivas locales.

Conclusiones: La tuberculosis osteoarticular tiene una escasa incidencia (1-3%) siendo todavía más infrecuente la tenosinovitis tuberculosa aislada (en 1/3 de los casos hay afectación pulmonar), habiéndose publicado muy pocos casos en los últimos 10 años. En esta afectación la siembra suele ser hematógena, siendo la presentación más frecuente la espondilitis (50%) y la tenosinovitis la más infrecuente (1%). El síntoma inicial es la aparición de absceso frío con evolución insidiosa, que junto al antecedente de tratamiento crónico con corticoides, independientemente de la dosis y duración, debe hacernos sospechar esta patología. La RM mostrará cambios tendinosos y articulares sugestivos de tuberculosis, siendo la biopsia la que dará el diagnóstico definitivo. El tratamiento consistirá en sinovectomía del tendón mas tratamiento antituberculoso estándar. En este caso se considera más probable la reactivación de tuberculosis latente por la toma de corticoides que una primoinfección, circunstancia que según los estudios está relacionada.