

TRABAJOS ORIGINALES

I. ASOCIACION DE ARTRITIS REUMATOIDEA CON TUBERCULOSIS DE RODILLA

Dr. Luis Augusto Juan Grandín

Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Clínica Médica III, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Dr. Sebastián Tarda

Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Traumatología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

RESUMEN

Se presenta un caso de una paciente de 58 años de edad que padece de artritis reumatoidea, tuberculosa pulmonar inactiva y que desarrolla en rodilla izquierda una sinovitis tuberculosa. El diagnóstico se realiza en base a test cutáneo tuberculínico positivo y el examen del líquido sinovial con cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis*.

Se instituye tratamiento específico anti TBC y posteriormente se efectúa la sinovectomía total de rodilla izquierda. El examen anatomopatológico de la pieza operatoria revela sinovitis crónica con la presencia de folículos de Koester (sinovitis TBC).

Se describe como posible factor predisponente a las reiteradas infiltraciones intraarticulares con esteroides.

Por otro lado se realiza reemplazo total de cadera derecha con biopsia de sinovial compatible con el diagnóstico de artritis reumatoidea.

SUMMARY

Here a patient of 58 years old, woman, with rheumatoid arthritis, inactive pulmonary tuberculosis and TBC synovitis located in left knee, is presented. A positive tuberculin skin test, synovial fluid study with positive culture for *Mycobacterium tuberculosis*, established the diagnosis.

A previous specific treatment was made following general synovectomy of left knee with pathological study of synovial demonstrating the presence of Koester follicles.

In this case the possible predisponent factors are the intraarticular steroids infiltrations.

By the other hand, a total joint replacement of hip is practiced with synovial biopsy demonstrates the diagnosis of rheumatoid arthritis.

La tuberculosis es una enfermedad de alto significado en la salud pública y que presenta múltiples aspectos, tanto para establecer el diagnóstico como para el tratamiento de la misma, no sólo en sus localizaciones pulmonares, sino en especial en las formas extrapulmonares en que se presenta la enfermedad. De estas últimas formas la localización osteoarticular tiene la particulari-

dad de que pasa mucho tiempo entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico clínico, por lo que éste se hace tardíamente.⁽¹⁾

Por otro lado, la artritis reumatoidea es una enfermedad multifacética con varias manifestaciones extraarticulares y que cursa asociada a diversas patologías. Entre las enfermedades asociadas podemos mencionar, por ejemplo: la artritis reu-

matoidea con gota,⁽²⁾ con mieloma múltiple y linfomas,⁽³⁾ con anemia perniciosa y fibrosis pulmonar,⁽⁴⁾ con silicosis pulmonar, como es el caso del síndrome de Caplan Colinet,⁽⁵⁾ etc.

En este trabajo se presenta el caso de un paciente con artritis reumatoidea que desarrolla en una rodilla, previamente afectada por la artritis, una sinovitis tuberculosa secundaria a una localización pulmonar.

HISTORIA CLINICA

Paciente de sexo femenino, de 58 años de edad, casada, ama de casa. Padece de artritis reumatoidea desde hace 8 años con afectación preferente en ambas manos, rodillas, coxofemorales, codo derecho, hombros, pies y columna cervical. En la figura 1 se puede observar la desviación cubital de las manos, la sinovitis en muñecas, articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales.

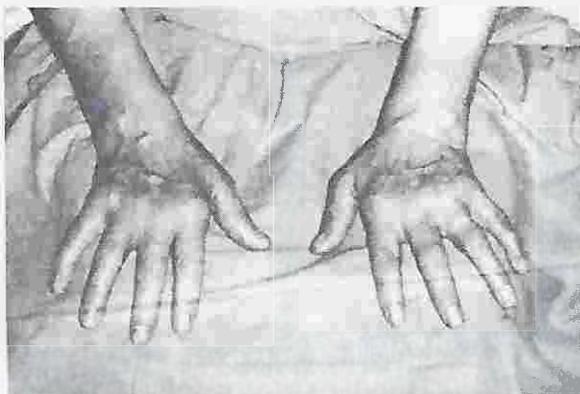


Figura 1

Recibió tratamiento con sales de oro, que fue suspendido por las lesiones cutáneas y la albuminuria franca. Continúa con ácido acetilsalicílico, y como no mejora a los dos años del comienzo de la artritis, se la trata con corticoides por vía oral y le practican infiltraciones con esteroides en ambas rodillas. El cuadro mejora, pero persiste la afectación de rodilla izquierda, la que es infiltrada con corticoides en múltiples oportunidades, sin obtener mejoría en la tumefacción de esa articulación.

Por ello es enviada a nuestra consulta en agosto de 1971. Los datos más llamativos del examen físico revelan: facies cushingoide, dorso de búfalo, edemas periféricos, hipertensión arterial de 170/110, o sea el cuadro de hipercortisolismo secundario (tomaba 20 mg de prednisona diarios).

En tórax, disminución de la excursión respiratoria y matidez en campo superior y medio izquierdo, con rales crepitantes de despegamiento a la auscultación y disminución del murmullo vesicular en esa zona.

Como antecedente de suma importancia recordamos que hace quince años fue tratada por padecer de infiltrado infraclavicular izquierdo exca-



Figura 2

vado, de origen bacilar. Durante dos años recibió tratamiento con quimioterapia específica anti TBC y neumotórax terapéutico en varias oportunidades. Es dada de alta curada, con secuelas, y controlada en forma periódica.

Otros antecedentes de menor importancia revelan que padece de rinitis crónica alérgica; ha sido amigdalectomizada. Ha tenido dos embarazos con partos normales y menopausia a los 48 años, siendo el comienzo de su artritis reumatoidea en la posmenopausia, y siete años después, de esa lesión pulmonar tuberculosa.

El cuadro osteoarticular presenta lesiones de artritis en actividad en ambas manos, rodillas, coxofemoral derecha, codo izquierdo y dolor a la movilización pasiva de columna cervical. Estaba febril (temperatura axilar 38°) y el examen físico de rodilla izquierda muestra engrosamiento sinovial, derrame articular, dolor intenso en la movilización activa y pasiva y limitación de la extensión a 120°.

Los datos de laboratorio revelan: anemia microcítica normocrómica discreta, con Ht, de 36 % Hb 10,5 g; leucocitos, 9.800 con desviación izquierda; neutrófilos, 85 %. Eritrosedimentación elevada de 102 mm la primera hora. Plaquetas moderadamente aumentadas y neutrófilos con escasas granulaciones patológicas.

Factor reumatoideo positivo 1/120; proteinograma con gammaglobulinas elevadas; prueba cu-

tánea de tuberculina 1/1000 positiva 3 cruces; el resto de los análisis de orina, ECG, etc., eran normales. Cultivo de esputo, negativo para bacilo de Koch.

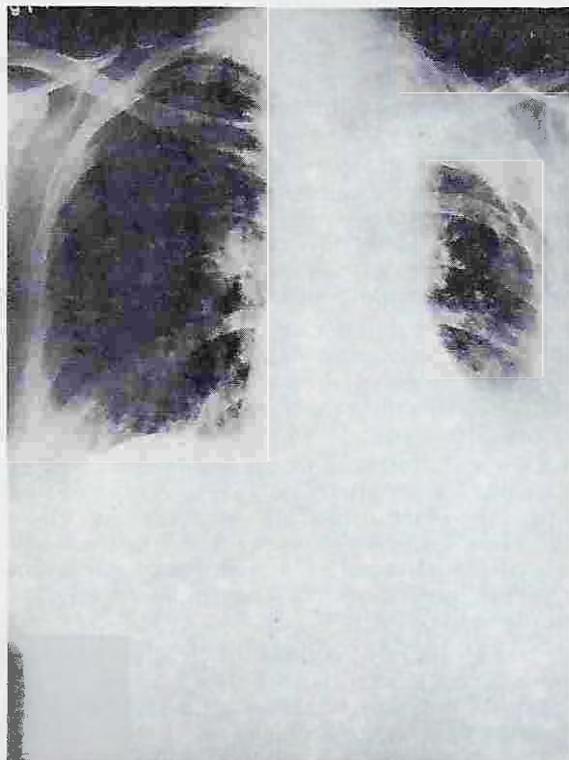


Figura 3

En las radiografías de tórax hay marcado refuerzo de la trama broncovascular, acentuada paquipleuritis izquierda con opacificación apical. Retracción traqueal y mediastinal hacia el mismo lado, retracción costal. No se observan signos de actividad exudativa (figs. 3 y 4). En rodilla izquierda observamos: pinzamiento articular, geodas en cóndilo femoral interno, osteoporosis periarticular y erosiones en los bordes de mesetas tibiales (fig. 5). En ambas articulaciones coxofe-

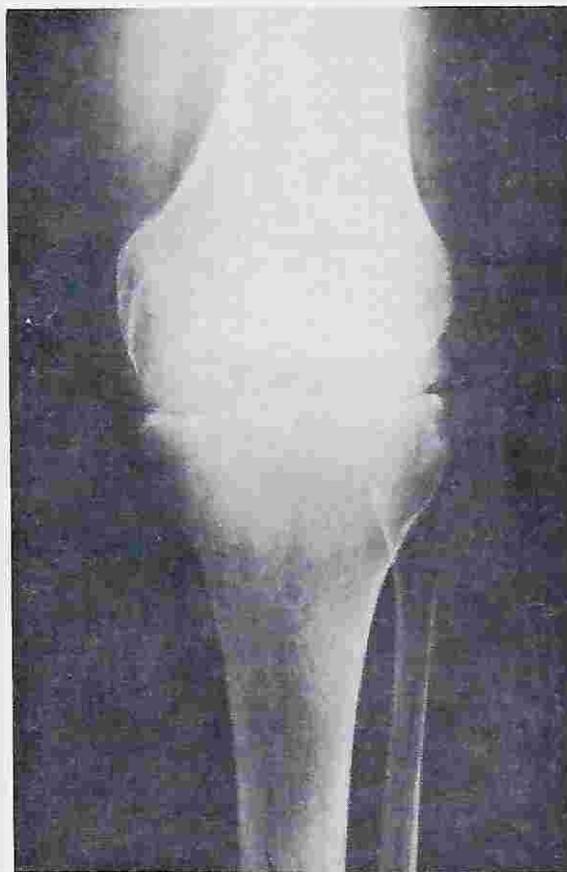


Figura 5

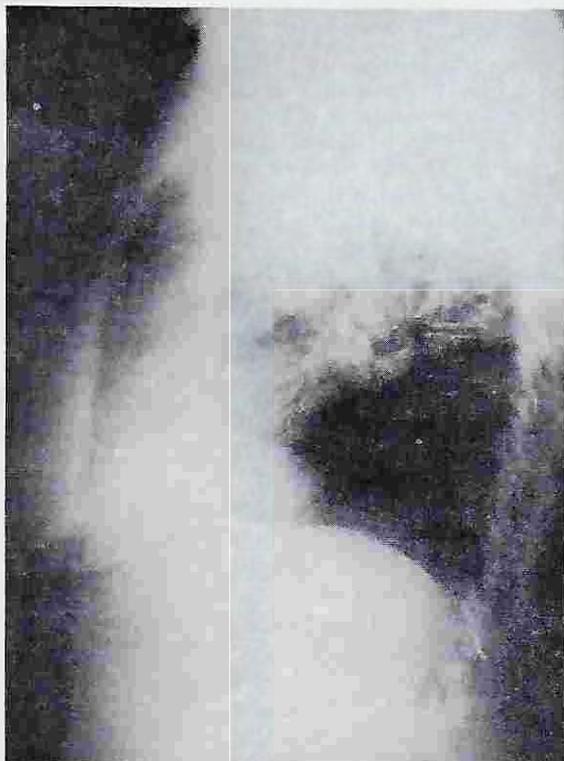


Figura 4

morales existen francas lesiones de artritis reumatoidea que remedan la pelvis de Otto (fig. 6).



Figura 6

Con la punción articular se extraen 40 cm³ de líquido sinovial de rodilla izquierda de tipo xantocrómico con 15.000 leucocitos (80 % neutrófilos; 16 % linfocitos y 6 % monocitos). Coágulo de mucina pobre. Glucosa, 30 mg %, siendo los valores en sangre de 85 mg % y las proteínas de 4,5 mg %. El cultivo resulta positivo para el *Mycobacterium tuberculosis*.

Con el diagnóstico de tuberculosis en rodilla izquierda se comienza la terapia de rifampicina, nicotina y myambutol.

A los dos meses de esta terapia se realiza la sinovectomía total de rodilla izquierda según la técnica de Payr. Buen posoperatorio con franca mejoría de los síntomas poliartríticos en las otras articulaciones, llegando la rodilla a los 170° de extensión pasiva e indolora.

Mejoran los datos humorales, alcanzando la eritrosedimentación valores de 20 mm a la primera hora. El informe histopatológico de la pieza operatoria revela sinovitis crónica con la presencia de folículos de Koester (sinovitis tuberculosa). (Ver fig. 7.)

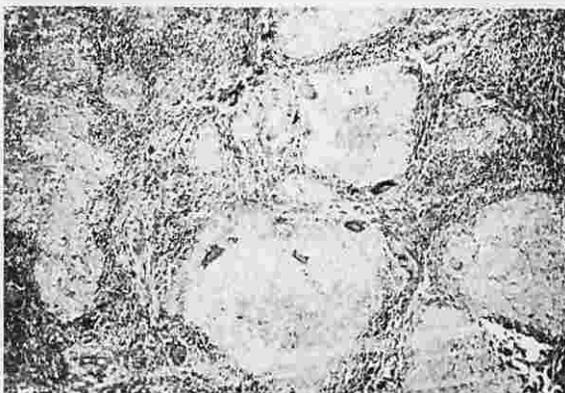


Figura 7

La quimioterapia específica es mantenida durante dos años. A los cuatro años de la sinovectomía la paciente reingresa por acortamiento de miembro inferior derecho, limitación de los movimientos de la articulación coxofemoral; por ejemplo, separación de 20°, y la radiografía demuestra una franca protrusión acetabular.

Se realiza la intervención quirúrgica con la colocación de prótesis total de cadera derecha. El informe anatomopatológico de la pieza operatoria revela sinovitis crónica compatible con artritis reumatoidea.

COMENTARIO

La tuberculosis osteoarticular es una enfermedad cada vez menos frecuente y que se halla en disminución en los países evolucionados. Así tenemos, por ejemplo, en la estadística del Hospital Marítimo de Berck, que en 1910 sobre 1.031 enfermedades osteoarticulares había 420, o sea un 41 %, de TBC óseas; en cambio, 50 años después, en 1961, sobre también 1.031 pacientes había 123 tuberculosis óseas, o sea un 12 %.⁽⁶⁾ Lo mismo es válido para la localización en rodilla.

Similares datos se encuentran en estadísticas norteamericanas; así, por ejemplo, en el Centro Médico de la Universidad de Nueva York, entre 1950-53 tienen 100 casos de artritis tuberculosa y en los 15 años que van de 1955 a 1970 solamente 25 enfermos son reportados.^(7, 8, 9)

Por otro lado, comparando con otras localizaciones extrapulmonares, el compromiso articular es muy raro, ocurriendo en menos de 1 % de los pacientes con tuberculosis.^(9, 10, 11)

Las formas monoarticulares son las más comunes, siendo de comienzo insidioso y con tumefacción persistente.^(12, 13) En nuestro caso fue monoarticular de rodilla izquierda y el diagnóstico se realizó después de cuatro años del comienzo de la enfermedad.

Las edades difieren según las series, pero la mayoría se halla entre la cuarta y sexta década de la vida, en especial en las que tienen también localizaciones pulmonares: nuestra enferma tenía 58 años de edad.^(9, 13, 14)

Existen varios factores predisponentes para el desarrollo de la tuberculosis ósea, entre ellos es importante el trauma local y las inyecciones intraarticulares, en especial las realizadas con esteroides; para nuestra paciente recordemos que había recibido infiltraciones con corticoides en diversas oportunidades.^(9, 15)

Para el diagnóstico de la localización tuberculosa articular deben darse uno o los dos de los siguientes criterios: a) hallazgo histológico de granuloma en tejido sinovial, y b) aislamiento del bacilo de Koch en líquido o tejido sinovial. Nuestra paciente reúne los dos requisitos, ya que la biopsia operatoria revela la presencia de folículos de Koester y la punción dio cultivo positivo para tuberculosis.^(16, 17)

Las características del líquido sinovial dependen del momento evolutivo de la enfermedad, así en el caso de sinovitis el líquido es xantocrómico y no hemorrágico; cuando la enfermedad progresa con destrucción de cartilago y hueso, el líquido se vuelve más blanquecino y gelatinoso.^(15, 18)

Las proteínas del líquido sinovial normal se hallan por debajo de 2 g %. En el caso de la TBC las estadísticas muestran un aumento de proteínas entre 4 y 6 g %; los valores de las proteínas del líquido sinovial de nuestra enferma fueron de 4,5 g %. En cambio, la glucosa se encuentra disminuida en valores por debajo de 50 mg % y con una diferencia, en lo que respecta al valor de la glucosa en sangre, de más de 40 mg %.⁽¹⁹⁾ Por otro lado el coágulo de mucina es pobre, lo que coincide en lo hallado por nosotros. Para nuestro caso, glucosa en líquido sinovial 30 mg % para una glucemia de 85 mg % da una diferencia de 55 mg %.

La cantidad de leucocitos para estos casos y según las distintas series consultadas oscilan entre 10.000 y 20.000 células por mm³, con predominio de polimorfonucleares.^(16, 19, 20)

Por otro lado, debemos recordar que existen once criterios diagnósticos para la artritis reumatoidea clásica, y que deben cumplirse siete de ellos.⁽²¹⁾ Nuestra paciente cumple con estos cri-

terios, inclusive la biopsia de sinovial de la cadera operada era compatible con sinovitis crónica por AR.

La tuberculosis ósea es más común en drogadictos, diabéticos, pacientes tratados con esteroides, como el caso de los lupídicos, traumas locales, inyecciones intraarticulares, etc.^(9, 22)

También es conocido que la artritis reumatoidea puede desarrollar tuberculosis pulmonar como complicación de la terapia esteroide, pero es poco frecuente la concomitancia con localizaciones óseas.⁽²⁰⁾

El caso presentado en este trabajo es una asociación poco frecuente de artritis reumatoidea, con tuberculosis pulmonar inactiva y sinovitis tuberculosa en rodilla izquierda, en donde se han podido cumplimentar las pautas diagnósticas mencionadas precedentemente, es decir cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis* y biopsia de sinovial compatibles con TBC en rodilla izquierda con la presencia de foliculos.

Por otro lado se confirma el diagnóstico de artritis reumatoidea con el estudio anatomopatológico de la sinovial de la cadera derecha operada.

El factor predisponente para el desarrollo de la sinovitis tuberculosa en nuestra enferma fue la aplicación, en repetidas oportunidades, de corticoide intraarticular en rodilla izquierda y la ingesta de esteroides por tiempo prolongado.

Creemos que las infiltraciones intraarticulares deben limitarse a casos bien reglados, y cuando una articulación de un paciente con AR no mejora, deben completarse los estudios auxiliares, examen de líquido articular e inclusive hacer biopsia de sinovial para llegar a un diagnóstico correcto y no insistir en terapéuticas perjudiciales para el enfermo.

El tratamiento para las localizaciones óseas es el mismo que para la localización pulmonar, y debe realizarse, como en nuestra enferma, con las tres drogas mayores: rifampicina, nicotibina y myambutol.^(23, 24)

BIBLIOGRAFIA

1. Walker, G. P.: "Failure of early recognition of skeletal tuberculosis". Br. Med. J., 1:682, 1968.
2. Duncan, S.: "Coexistencia de artritis reumatoidea y gota tofácea crónica". JAMA, vol. 197, nº 12, pág. 953, sept. 1966.
3. Goldenberg: "Asociación de AR con plasma cell y linfomas". Arth. and Rheum., vol. 12, nº 6, pág. 569, dic. 1969.
4. Wohl and Vickery: "Arthritis associated with pernicious and pulmonary fibrosis". N. Eng. Journal of Med., vol. 292, nº 2, pág. 95, enero 9-75.
5. Colmet, E.: "Polyarthritis chronique évolutive et silicose pulmonaire". Acta Physioth. Rheumat. Belg., vol. 8, nº 1, págs. 37-41, 1953.
6. Debeyre: "Tuberculose ostéo-articulaire". Enc. Méd. Chir. Tomo App. Loc. 14-185 A 10, 1969.
7. Andrews, N. C.: "The present status of skeletal tuberculosis". Amer. Rev. Resp. Dis., 88:272, 1963.
8. Hartung, E. F.: "Tuberculous arthritis". JAMA, 158:818, 1955.
9. Berney, S.: "Clinical and diagnostic features of tuberculous arthritis". The Am. Journal of Med., vol. 53, nº 1, págs. 36, 1972.
10. Sen, D. K.: "Skeletal tuberculosis associated with pulmonary tuberculosis". J. Ind. Med. Ass., 36:146, 1961.
11. Davidson, P. T.: "Skeletal tuberculosis. A review with patient presentation and discussion". Am. Journal Med., 48:77, 1970.
12. Hunt, D. D.: "Problems in diagnosing osteoarticular tuberculosis". JAMA, 190:95, 1964.
13. Kelly, P. J.: "Musculoskeletal tuberculosis". Mayo Clinic Proc., 44:73, 1969.
14. Friedman, B.: "The management of tuberculosis of the knee joint". Amer. Rev. Resp. Dis., 101:264, 1976.
15. Klinenberg, J. R.: "Destructive polyarthritis due to a mycobacterium". New Engl. Journal Med. 272:190, 1965.
16. Wallace, R.: "Tuberculous arthritis". The Am. Journal of Med., vol. 61, pág. 277, 1976.
17. Razdan, A. N.: "Synovial biopsy in osteoarticular tuberculosis". J. Ind. Med. Ass., 46:422, 1966.
18. Andrews, N. C.: "The present status of skeletal tuberculosis". Amer. Rev. Resp. Dis., 88:272, 1963.
19. Garg, M.: "Value of synovial fluid analysis as a diagnostic tool in arthritis". Ind. J. Med. Res., 60,233, 1972.
20. Hollander, J. L.: "Arthritis and allied conditions". 9th ed., 1979.
21. Compendio de las enfermedades reumáticas. The Journal of the Am. Med. Ass., vol. 22 y nº 5, 1973.
22. Cherubin, C. E.: "The medical sequelae of heroin addiction". Ann. Intern. Med., 67:23, 1967.
23. Bates, J. S.: "Treatment of tuberculosis". Adv. Int. Med., 20:1, 1975.
24. Conn: Current Therapy, 1978.