

## OSTEOARTRITIS TUBERCULOSA DE MUÑECA.

Autor: Perez, Soledad de los Angeles.

Servicio de Diagnóstico por Imágenes. Hospital Raúl Ángel Ferreyra. Ciudad de Córdoba.

### PRESENTACIÓN DEL CASO.

En diciembre de 2017, una mujer de 69 años, consulta por tumoración y dolor en región palmar de la muñeca izquierda.

Tiene antecedentes de Linfoma Linfocítico Crónico en control hace 10 años y sinovitis de un año de evolución en el carpo izquierdo, de crecimiento lento y tumefacción significativa con clínica de síndrome de túnel carpiano por lo que se realizó sinovectomía en marzo de 2017.

Al momento de la consulta actual, se solicitó una resonancia magnética (RM) de muñeca (Fig. 1) que reveló signos de artritis intracarpiana, carpo-metacarpiana y radio-cubital distal (RCD) con derrame articular, sinovitis de los tendones flexores y presencia imágenes nodulares intraarticulares. con sospecha de artritis reumatoidea (AR).

Se le programó una sinovectomía ampliada, se tomaron muestras cuyo resultado fue una sinovitis granulomatosa.

Al mes, consultó por fiebre de 15 días de evolución, con tos y expectoración que mejoró con antipiréticos y antibióticos. Se realizó una Rx de tórax (Fig. 2A) donde se observó engrosamiento pleuro-parenquimatoso de aspecto cicatrizal. Con imágenes nodulares bilaterales; y una tomografía de tórax (Figura 2B) que confirmó los nódulos cavitados en ambos lóbulos superiores, además de múltiples lesiones nodulares y nodulillares en diferentes estadios evolutivos y ocupación de la pequeña vía en patrón "árbol en brote" en el lóbulo inferior izquierdo. Adenopatías mediastinales y axilares de aspecto inespecíficas.

El laboratorio arrojó una eritrosedimentación de 35 mm/h, proteína C reactiva: 4. Intradermoreacción: Mantoux con induración de 20 mm. Cultivo de esputo positivo para BAAR.

Se inició tratamiento con tuberculostáticos mejorando su sintomatología pulmonar y sinovial de la muñeca.



Figura 1: RM de muñeca izquierda. A y B) Corte axial en DP FS, hiperintensidad de la vaina de los flexores con proliferación sinovial. Formaciones nodulares en RCD. C) Corte coronal en T1 y D) Corte coronal en DP FS, signos de artritis con erosiones óseas subcondrales acompañada de edema subcondral, y derrame articular carpo-metacarpiano, intracarpiano y RCD.

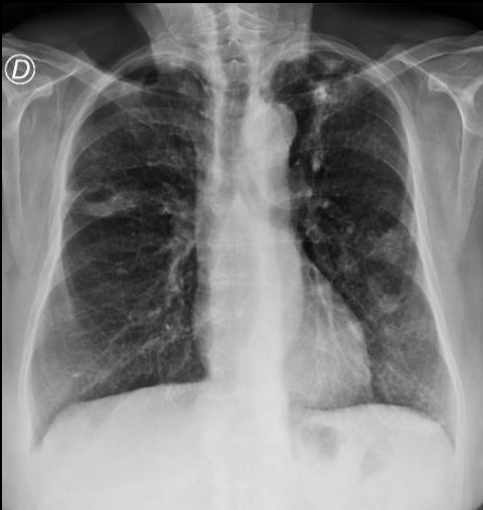


Figura 2: A) Rx de tórax: Imágenes nodulares cavitadas en ambos lóbulos superiores. B) TC de tórax, corte coronal con ventana parenquimatosa. Nódulos con cavitación central en ambos lóbulos superiores y ocupación de la pequeña vía en el LII.

## **DISCUSIÓN**

La tuberculosis (TB) osteoarticular es monoarticular, ocurre entre el 1-3% del total de los casos de TB, siendo más frecuente en la columna y grandes articulaciones, la afectación de muñeca representa el 5%.

Sólo se evidencia enfermedad pulmonar activa en menos del 30% y la diseminación es vía hematógena.

Los hallazgos radiológicos no son específicos, el diagnóstico diferencial debe incluir artritis reumatoide, artritis infecciosas bacterianas y micótica, amiloidosis, artropatía neuropática, distrofia simpático refleja, osteonecrosis aséptica y sinovitis vellonodular pigmentaria.

En nuestro caso, el dolor y tumoración palmar de la muñeca, con antecedentes de sinovitis, imágenes no concluyentes y sospecha de AR, requirió una biopsia quirúrgica, cuyos hallazgos histopatológicos, en relación al cultivo de esputo (enfermedad pulmonar activa) realizaron el diagnóstico de tuberculosis articular.

## **CONCLUSIÓN**

Es frecuente un retraso en el diagnóstico de tuberculosis osteoarticular por su naturaleza insidiosa. Se debe considerar la posible etiología tuberculosa ante toda lesión osteoarticular de evolución tórpida.