

## Osteoartritis tuberculosa del codo

### Tuberculous osteoarthritis of the elbow

Gilda Laimito-Quispe,<sup>1</sup> Freddy Elguera-Falcón<sup>2</sup> y Víctor Flores-Mamani<sup>3</sup>

#### INTRODUCCIÓN

La tuberculosis osteoarticular (TOA) representa de 1% a 1,5% de todos los casos de tuberculosis. El codo es un sitio inusual de infección tuberculosa y en la mayoría de los casos afecta la articulación y el propio hueso. El *Mycobacterium tuberculosis* es la más común de las micobacterias pero también puede ocurrir infección con micobacterias atípicas, como el compromiso del olécranon por *M. chelonae* en un paciente inmunodeprimido.<sup>1</sup>

#### PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 56 años, que ingresó con un tiempo de enfermedad de 20 días con fiebre, malestar general y aumento de volumen, dolor, limitación funcional y lesión ulcerada en el tercio distal del brazo izquierdo, de la cual drenaba secreción purulenta.

Al examen físico, paciente febril con aumento de volumen en el tercio distal del brazo y el codo izquierdos, presencia de una solución de continuidad en dicha zona, con secreción purulenta y marcada limitación funcional articular. Figura 1.

Exámenes auxiliares: hemograma normal, velocidad de sedimentación globular 37 mm/h; creatinina 0,63 mg/dL, albúmina 2,08 g/dL, actividad de aminotransferasas normales, fosfatasa alcalina 1 156 UI/mL (VN:40-129 UI/mL). Calcio y electrolitos normales. Examen de orina: normal.



Figura 1. Osteoartritis tuberculosa del codo izquierdo, con solución de continuidad y secreción purulenta.

Radiografía de codo: aumento de volumen de partes blandas, marcada disminución de la densidad ósea del tercio distal del húmero izquierdo, con el espacio articular disminuido y sin signos de periostitis. Disminución de la densidad ósea del extremo proximal del cúbito. Figura 2.

Radiografía de tórax normal.

Ecografía de partes blandas del codo y del tercio distal del brazo izquierdos: aumento de densidad de los tejidos blandos que sugeriría un absceso.

BAAR de secreción purulenta 3+, BAAR en esputo –.

Biopsia de piel de la lesión ulcerada: infiltrado linfomonocitario extenso con la formación de granulomas caseosos.

Se inició el tratamiento antituberculoso con cuatro fármacos y la evolución fue favorable.

1. Médico residente de Medicina Interna. Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima.  
2. Médico internista. Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima.  
3. Servicio de Inmunorreumatología. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia.



Figura 2. Radiografía: osteoartritis tuberculosa. Aumento de volumen de tejidos blandos, desmineralización yuxtaarticular del húmero y el cúbito.



## DISCUSIÓN

El foco productor de la siembra bacilar puede ser una lesión clínica y bacteriológicamente activa o puede tratarse de lesiones clínicamente inactivas, asintomáticas y bacteriológicamente activas.<sup>2</sup> Con frecuencia, este foco inactivo clínicamente corresponde a la cicatriz ganglionar del hilio mediastínico de un proceso tuberculoso pulmonar apagado, secuela de la primoinfección. Un proceso similar puede ser localizado más raramente en otros órganos que fueron afectados por la primoinfección tuberculosa y que cicatrizaron. El cultivo de material extraído de estas lesiones cicatriciales genera colonias bacilares activas. Puede haber compromiso de otros órganos, lo cual sugiere bacilemia. Así, las lesiones urogenitales coexisten con la TOA en 20% a 45% de los casos.

De lo anterior, se deduce que una radiografía de tórax normal no autoriza al clínico a descartar el origen tuberculoso pulmonar de una lesión osteoarticular. En el paciente de este caso, no había antecedentes de enfermedad pulmonar. En la mayoría de los pacientes con TOA, la aparición de los síntomas es insidiosa, hay retraso en el diagnóstico y el resultado funcional después del tratamiento es pobre.<sup>3-5</sup> En el caso presentado, desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico transcurrieron seis semanas. Durante este período, la infección tuberculosa comprometió toda la articulación del codo. Se halló los signos radiológicos característicos como desmineralización de las cabezas óseas y alteración del espacio interarticular.<sup>6</sup>

La tuberculosis del codo, de acuerdo con la literatura, se inicia en el olécranon y puede extenderse a la cavidad articular. Es posible que la siembra inicial ocurra en la sinovia y que se extienda después a las estructuras óseas adyacentes. El diagnóstico de la TOA es difícil pero debe sospecharse en todo caso de monoartritis subaguda y crónica. Ocasionalmente, la TOA se abre hacia la superficie cutánea a través de una fístula.<sup>7</sup>

La radiografía, la tomografía y la resonancia magnética tienen valor diagnóstico bajo y no hay signos radiológicos patognomónicos para la TOA, al menos en las primeras etapas de la enfermedad.<sup>8-10</sup>

El estudio directo de la secreción para BAAR suele ser positivo, como en el presente caso, pero los cultivos para *M. tuberculosis* del líquido sinovial y la membrana son positivos solo en 47% a 81% de los casos, respectivamente.<sup>11</sup> La biopsia es el método diagnóstico más útil, importante y seguro, incluso cuando una tinción de Ziehl-Neelsen es negativa, como sucedió con este paciente.

El tratamiento de la TOA sigue los mismos principios para el tratamiento de la enfermedad pulmonar. La mayoría de los investigadores cree que la medicación antituberculosa debe continuarse durante 9 a 12 meses.<sup>8</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oteo Maldonado JA, Delgado E, García-Navas F, Resines C. Olecranon pathologic fracture by *Mycobacterium chelonae*-a case report. *Scand Acta Orthop* 2000; 71 (5):525-526.
2. Carr DT, James JM, Brunsting IA. Primary inoculation tuberculosis of the thumb; report of case. *Proc Staff Meet Mayo Clin* 1957; 32(15):386-8.
3. Martini M, Gottesman H: Results of conservative treatment of tuberculosis in the elbow. *Int Orthop* 1980; 4(2):83-86.
4. Vohra R, Kang HS. Tuberculosis of the elbow. *Acta Orthop Scand* 1995; 66:57-58.
5. Wilson JN. Tuberculosis of the elbow: a study of thirty-one cases. *J Bone Joint Surg Br* 1953; 35:551-560.
6. Martini M, Benkeddache Y, Medjani Y, Gottesman H. Tuberculosis of the upper limb joints. *Int Orthop* 1986; 10: 17-23.
7. Pamo Reyna OG, Bandrés Sánchez P, Caballero López J, Lema Osorio J. Tuberculosis osteocutánea de la región esternoclavicular. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Fronteras en Medicina*. 1996; 4: 51-54.
8. Watts, HG; Lifeso, RM. tuberculosis of bone and joints. *Bone Joint Surg* 1996; 78-A: 288-98.
9. Parkinson RV, Hodgson SP, Noble J. Tuberculosis of the elbow: a report of five cases. *J Bone Joint Surg Br* 1990; 72(3):523-524.
10. Kosinski MA, Smith LC. Osteoarticular tuberculosis. *Podiatr Clin Med Surg* 1996; 13 (4):725-739.
11. Bush DC, Schneider LH. Tuberculosis of the hand and wrist. *J Hand Surg* 1984; 9(3):391-398.

Correspondencia a: Dra. Gilda Laimito-Quispe  
gilda.laimito@upch.pe

Fecha de recepción: 6 de enero de 2014.

Fecha de aprobación: 14 de enero de 2014.

Financiamiento: por los autores.

Conflicto de interés: ninguno, según los autores.

# Reporte de caso