



Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Reumatología Clínica en imágenes

Idoneidad de la punción guiada por ecografía de alta resolución en el diagnóstico de una tumoración de partes blandas infectada por *Mycobacterium tuberculosis*[☆]



Suitability of High-resolution Ultrasound-guided Puncture in the Diagnosis of a Soft Tissue Mass Infected With *Mycobacterium tuberculosis*

Hèctor Corominas^{a,*}, Dèlia Reina^a, Vicenç Torrente-Segarra^a, Cristina Chico^b, Vanessa Antón^b, Paula Estrada^a y Vanessa Navarro^a

^a Servei de Reumatologia, Hospital Moisès Broggi/Hospital General de L'Hospitalet, Consorci Sanitari Integral (CSI), Sant Joan Despí/L'Hospitalet, Barcelona, España

^b Servei de Medicina Interna, Hospital Moisès Broggi/Hospital General de L'Hospitalet, Consorci Sanitari Integral (CSI), Sant Joan Despí/L'Hospitalet, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de octubre de 2016

Aceptado el 2 de diciembre de 2016

On-line el 13 de febrero de 2017

Presentación del caso clínico

Paciente varón de 85 años con antecedentes de HTA, dislipemia, cardiopatía isquémica, con angor inestable revascularizado en 1985 mediante doble *bypass* coronario. Tratamiento habitual con: amlodipino, atorvastatina, pentoxifilina, telmisartán/hidroclorotiazida, omeprazol, tramadol y AAS. Acude a reumatología por sospecha de artritis severa de la muñeca derecha, sin antecedente traumático (fig. 1A). La exploración pone de manifiesto una masa de partes blandas en el receso medio-cubital, tumefacta, dolorosa a la palpación, desplazable, en ausencia de fiebre, adenopatías o alteración del estado general. Se solicita Rx de manos bilateral que confirma osteopenia difusa, pérdida de la interlínea articular carpiana, medio carpiana y erosión del cúbito distal, de sus estiloides, así como calcificaciones vasculares generalizadas (fig. 1B).

Diagnóstico y evolución

Se realiza exploración ecográfica (Esaote MyLab 70[®]) diagnóstica en escala de grises, que demuestra una colección redondeada, delimitada y desplazable, que se extiende de modo heterogéneo en los 6 compartimentos del mecanismo extensor de la muñeca (fig. 2A), que al ser evaluada mediante color Doppler presenta un G3, sugiriendo un proceso inflamatorio-infeccioso activo (fig. 2B y C). Se realiza una punción eco-guiada de la que se extraen 5 cc de líquido turbio que, en la tinción de Gram directa presenta abundantes leucocitos, ningún microorganismo y el cultivo aerobio resulta negativo. En la tinción de Ziehl-Neelsen tampoco se observan bacilos ácido-alcohol resistentes. Sin embargo a 37 grados en cultivo de Lowenstein-Jensen, a los 9 días se confirma la existencia de *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*). Se realiza Rx de tórax: ICT > 0,5, cerclaje esternal, mínimo pinzamiento posterior de seno costofrénico, aumento de la densidad apical derecha y se inicia tratamiento tuberculostático con 5 fármacos (Rimstar[®] 5 comprimidos/día, junto a vitamina B6 oral/semanal, durante 9 meses), para tratar su monoartritis infecciosa por *M. tuberculosis*.

Comentario/discusión

La infección tuberculosa continúa siendo un problema sanitario de primer orden. La afectación musculoesquelética representa entre un 10-15% de los casos de afectación extra-pulmonar¹. La artritis de muñeca y la tenosinovitis está infra-diagnosticada y a

[☆] La redacción de este manuscrito ha sido realizada durante una estancia como *visiting Faculty* en el Beth Israel Medical Center, Harvard Medical School, de Boston, MA, financiada parcialmente gracias a una beca de la Societat Catalana de Reumatologia (SCR).

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: hcoromin@bidmc.harvard.edu, vancor@yahoo.com (H. Corominas).



Figura 1. A) Imagen de la muñeca derecha del paciente. Tumoración blanda, depresible, desplazable a nivel cubital. B) Radiografía simple de manos bilateral. Osteopenia generalizada, disminución de la interlínea articular en la muñeca derecha. Engrosamiento de partes blandas más evidente a nivel de la estiloides cubital. Severa distorsión de la arquitectura de la articulación radio-carpiana y a nivel del receso cubito carpiano.

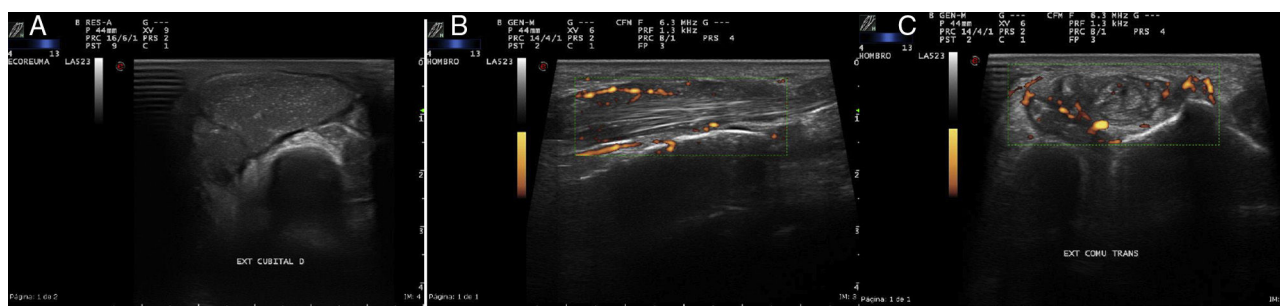


Figura 2. A) Imagen del compartimento dorsal de la muñeca derecha. Distorsión de la arquitectura de los compartimentos extensores. Presencia de una gran masa de partes blandas que deforma el recorrido de los extensores comunes, del extensor del quinto dedo y del extensor cubital. B) Imagen en corte longitudinal, y C) Transversal del tendón extensor común de los dedos a nivel de la muñeca. Incremento de neo-vascularización con señal color Doppler evidente (G3) de actividad sobre el tendón extensor e infiltración de material infeccioso alrededor.

menudo el diagnóstico es tardío, lo que conlleva una elevada morbilidad global²⁻⁴. A menudo la artritis infecciosa en la muñeca se produce en el contexto de una inmunodeficiencia⁵. Se requiere de técnicas de diagnóstico microbiológico específicas, y como en este caso, la punción guiada por ecografía articular permite un diagnóstico dirigido, descartando otros posibles procesos tumorales benignos y malignos^{6,7}.

Es frecuente en reumatología recibir pacientes derivados para estudio de artritis sin ninguna orientación, ni prueba diagnóstica. El presente caso es útil porque: 1) incluye la artritis infecciosa por *M. tuberculosis* en el diagnóstico diferencial de monoartritis de muñeca; 2) la iconografía ecográfica permite sospechar la gravedad de la tumoración, su punción y obliga a iniciar un tratamiento específico, y 3) se debe destacar la importancia del gabinete de exploraciones de reumatología en el diagnóstico de tumoraciones de partes blandas y por su patrón ecográfico tomar una decisión diagnóstica y terapéutica. La accesibilidad a la ecografía y la punción eco-guiada fueron claves en el diagnóstico.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Golden MP, Vikram HR. Extrapulmonary tuberculosis: An overview. *Am Fam Physician*. 2005;72:1761–8.
2. Lee SM, Lee WJ, Song AR. Tuberculous tenosynovitis and ulnar bursitis of the wrist. *Ann Rehabil Med*. 2013;37:572–6.
3. Krapohl BD, Kömürçü F, Stöckl-Hiesleitner S, Deutinger M. Flexor tendon synovitis of the hand as first manifestation of atypical tuberculosis. *Acta Orthop Belg*. 2007;73:111–3.
4. Komurcu M, Botanlioglu H, Erdem H, Albay A. Delayed and misdiagnosis of wrist tuberculosis. *Int J Infect Dis*. 2006;10:337.
5. Zalavras CG, Dellamaggiora R, Patzakis MJ, Bava E, Holtom PD. Septic arthritis in patients with human immunodeficiency virus. *Clin Orthop Relat Res*. 2006;451:46–9.
6. Miquel A, Frouge C, Adrien C, Hibou I, Bittoun J, Bisson M, et al. Tuberculous tenosynovitis of the wrist: Ultrasonographic diagnosis and contribution of MRI. *J Radiol*. 1995;76:285–8.
7. Nalbant S, Corominas H, Hsu B, Chen LX, Schumacher HR, Kitumnuaypong T. Ultrasonography for assessment of subcutaneous nodules. *J Rheumatol*. 2003;30:1191–5.