

Tuberculosis ósea y articular de los miembros

E. Pertuiset

Resumen. – La mitad de las tuberculosis osteoarticulares tienen una localización extravertebral. Esta enfermedad sigue siendo frecuente en zonas donde hay endemia de tuberculosis y en los países desarrollados no es excepcional en inmigrantes o personas inmunodeprimidas. Se trata de una tuberculosis paucibacilar, casi siempre debida a la reactivación de bacilos de Koch (BK) latentes. Se distinguen las artritis o artrosis y las osteomielitis. Se pueden localizar en cualquier zona del organismo. Las principales características son: cuadro clínico subagudo o crónico, carácter inconstante de los signos generales y del síndrome inflamatorio, radiología a menudo evocadora, absceso frío e incluso fístula. La tuberculosis articular supone una afectación progresivamente destructiva. La resonancia magnética (RM) es una prueba satisfactoria para la evaluación local. El diagnóstico puede plantearse si se manifiesta una tuberculosis visceral o ganglionar asociada. En la mayoría de los casos se basa en la obtención de una muestra local, con la realización de pruebas bacteriológicas o anatomopatológicas. El pronóstico depende de la precocidad del diagnóstico, del adecuado cumplimiento del tratamiento y de las características del paciente. La mayoría de los expertos recomienda que el tratamiento antibiótico antituberculoso dure al menos 9-12 meses. La cirugía, que ya no se utiliza tanto, puede ser precoz (drenaje de un absceso, sinoviotomía o desbridamiento articular) o más tardía (artrodesis, prótesis). Si se coloca una prótesis de cadera o de rodilla, hay que respetar un período de quiescencia suficiente, y la intervención debe efectuarse después de reanudar el tratamiento antituberculoso.

© 2005 Elsevier SAS, París. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Tuberculosis; Artritis; Osteítis; Tuberculosis osteoarticular

Introducción

La tuberculosis puede afectar a todas las estructuras óseas y articulares del organismo. La tuberculosis osteoarticular (TOA) es una enfermedad muy antigua: se ha encontrado tuberculosis vertebral en momias egipcias del año 3400 a.C.^[1] La TOA representa el 2-5% de todas las tuberculosis^[2-5] y el 11-15% de las tuberculosis extrapulmonares, y sigue en frecuencia a las localizaciones urogenitales, ganglionares y pleurales. La principal TOA es la tuberculosis vertebral, que representa aproximadamente el 50% de los casos^[1, 3, 4, 6, 7]. Hemos optado por tratar en este artículo las tuberculosis óseas y articulares de los miembros, pero también las localizaciones extravertebrales del esqueleto axial, al igual que las tenosinovitis y las bursitis tuberculosas. Por el contrario, hemos excluido el «reumatismo de Poncet», entidad que designa una poliartritis aséptica asociada a tuberculosis, y cuya identidad es motivo de debate.

Clasificación y localización

La TOA puede asociarse o no a una tuberculosis visceral. Cuando está presente, casi siempre suele ser pulmonar, y más raramente urinaria o ganglionar. La tuberculosis visceral o ganglionar está presente en el 20-40% de los casos en las series de TOA periféricas^[2-4, 8].

Distinguimos, por una parte, las artritis y artrosis, y por otra las osteítis u osteomielitis, caracterizadas por una afectación ósea aislada. En Estados Unidos^[1], la TOA se reparte de la siguiente forma: columna vertebral: 50%, pelvis: 12%, cadera y fémur: 10%, rodilla y tibia: 10%, costillas: 7%, codo o muñeca: 2%, afectación multifocal: 3%. En una serie multicéntrica de la región de Île-de-France que constó de 103 casos de TOA extravertebrales, ésta fue la distribución: 52 casos de artritis periférica (50%), 11 casos de sacroileítis (11%), 35 casos de osteítis (34%), un caso de bursitis, dos casos de tenosinovitis, dos casos de formas multifocales a la vez óseas y articulares^[3]. En otras series, las artritis representan el 66-84% de los casos y las osteítis el 16-33%^[4, 5, 9]. En la amplia experiencia de Martini en Argelia, las osteítis constituyen el 19% de todas las TOA^[10]. Clásicamente, la osteítis tuberculosa era mucho más común en los niños que en los adultos^[10], pero hoy en día la

E. Pertuiset (praticien hospitalier Ancien chef de clinique des Universités)
 Adresse e-mail: edouard.pertuiset@ch-pontoise.fr
 Service de rhumatologie, centre hospitalier René Dubos, 6, avenue de l'Île-de-France, BP
 79 Pontoise, 95303 Cergy-Pontoise cedex, France.

distribución entre artritis y osteítis no parece muy diferente en adultos y niños. Las TOA periféricas suelen ser unifocales. La frecuencia de las formas multifocales difiere según las series, y esta diversidad se debe en parte a la población estudiada, y en parte a los métodos diagnósticos. Representan el 3-20% de los casos en distintas series^[3, 5, 7, 11-13]. La frecuencia de las formas multifocales es más elevada en las zonas de endemia tuberculosa y en las personas procedentes de estas zonas, en comparación con los nacidos y residentes en países desarrollados^[3, 5].

Epidemiología y factores de riesgo

La tuberculosis está causada por el bacilo de Koch (BK), que por regla general es *Mycobacterium tuberculosis*. Se calcula que casi un tercio de la población mundial está infectada por *Mycobacterium tuberculosis*^[1, 14]. En los países en vías de desarrollo, la tuberculosis es la enfermedad infecciosa que causa más muertes y produce un 25% de los fallecimientos que se podrían evitar. Desde hace 20 años, se ha producido un aumento de la frecuencia de la tuberculosis relacionado con las condiciones de vida precarias, las migraciones de poblaciones, cierta «negligencia» en cuestiones de salud y la pandemia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En consecuencia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha determinado que la tuberculosis representa una urgencia a escala mundial.

En Estados Unidos, el 18-20% de las tuberculosis son extrapulmonares^[5]. En países de nuestra zona, con grandes flujos migratorios, la tuberculosis está lejos de extinguirse. En el 27% de los casos, existía una afectación extrapulmonar sin afectación pulmonar concomitante. La incidencia de tuberculosis en algunos países de nuestra área es de 6,9 por 100.000 habitantes, mientras que alcanza 31,9 por 100.000 habitantes en los nacidos en el norte de África y 125 por 100.000 habitantes en los nacidos en el África subsahariana. En el conjunto de casos de tuberculosis, sólo en el 4,9% se confirmó la infección concomitante por el VIH. Esta mayor frecuencia de tuberculosis en general, y de la TOA en particular, en los inmigrantes que provienen de zonas de endemia tuberculosa también se observa en otros países desarrollados, como Estados Unidos^[5] o Dinamarca^[4].

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

La TOA puede afectar a ambos sexos y a personas de cualquier edad^[5]. En las series publicadas procedentes de zonas de endemia tuberculosa predominan los niños y los adultos jóvenes. Por el contrario, en los países desarrollados, la edad de los pacientes ha aumentado con el tiempo de manera progresiva. No obstante, la edad de los emigrantes es menor que la de los nativos de esos países^[5]. En la TOA^[8, 9, 16] es muy posible que no haya predominio de ningún sexo, y parece probable que las diferencias observadas de forma ocasional se deban a un sesgo de reclutamiento. En los niños, la media de edad era de 8 años en una serie marroquí^[9]. En los adultos, la edad varía según el país estudiado. En una corta serie de artritis tuberculosas en Estados Unidos, la media de edad era de 65 años^[2], mientras que en una amplia serie de TOA en Marruecos^[7] era de 43, o de 36 en una serie de tuberculosis costal en Corea^[16]. En países desarrollados, como Francia o Dinamarca, se ha observado una diferencia de edad muy significativa entre los inmigrantes que proceden de zonas

de endemia tuberculosa, con una media de 35-37 años, y los nativos del país, con una media de 59-66 años^[3, 4]. En una serie española de 52 artritis tuberculosas, la media de edad era de 47 años^[8].

Las TOA que se observan en pacientes infectados por el VIH no son muy frecuentes en los países desarrollados. Aunque la tuberculosis de los pacientes VIH positivos, que puede ser una reactivación o una primoinfección, suele comportar afectaciones extrapulmonares, se trata de tuberculosis con gran cantidad de bacilos de Koch, de rápido desarrollo, y en raras ocasiones de tuberculosis paucibacilares de desarrollo lento, como las TOA. Sin embargo, en los países del África subsahariana, donde la prevalencia de la infección por el VIH es elevada, se observa que el 17% de los niños y el 60% de los adultos con TOA son portadores del VIH^[17]. En Zambia, la prevalencia de TOA se ha multiplicado por cuatro, y eso se ha observado unos 5 años después del aumento de la tuberculosis pulmonar, que se produjo a mediados de los años ochenta tras el inicio de la epidemia del VIH.

FACTORES FAVORECEDORES

Se conocen numerosos factores que favorecen la tuberculosis: condiciones de vida deficientes (malnutrición, malas condiciones sanitarias), superpoblación, diabetes, edad avanzada, embarazos de repetición, estados de déficit inmunitario, sobre todo los que afectan a la inmunidad celular, como la infección por el VIH^[13, 17]. El principal factor que favorece la TOA es la existencia de antecedentes de tuberculosis, tratada o no. En las grandes series de TOA, dicho antecedente se encuentra en el 10-19% de los casos^[3, 4, 7]. La existencia de contagio tuberculoso es un dato difícil de obtener, sobre todo en ciertas poblaciones. Este antecedente de contagio tuberculoso se encuentra en el 23-37% de los casos en las series marroquíes^[7, 9] pero sólo en el 5% en una serie francesa^[3].

A menudo, se ha notificado el papel favorecedor o desencadenante de un traumatismo en el desarrollo de una TOA, si bien sigue siendo polémico dada la ausencia de un grupo de referencia^[5]. En muchas series se ha notificado el antecedente traumático en la zona de la TOA, con una frecuencia del 12-40%^[5, 7-9]. El traumatismo podría provocar la reactivación del BK, pero podría ser simplemente el motivo de consulta y del posterior descubrimiento de una TOA de evolución tórpida. En cuanto al papel favorecedor de las inyecciones locales de corticosteroides en las artritis tuberculosas, es posible, aunque esta situación corresponde en general a una intervención efectuada cuando la tuberculosis articular estaba ya presente, aunque sin diagnosticar. Puede que la presencia de una artropatía, por ejemplo de una artrosis o una condrocalcinosis articular, constituya un factor favorecedor de la artritis tuberculosa^[2], pero eso aparece en las publicaciones de forma menos clara que en el caso de las artritis sépticas por gérmenes banales.

Los factores generales que favorecen la TOA son más frecuentes si se estudia una población natural de un país desarrollado. En estos países, se encuentran presentes con menor frecuencia en los emigrantes que proceden de una zona de endemia, y entonces las características del paciente son el único factor favorecedor^[3]. Estos factores favorecedores son^[2-4, 7, 8, 18]: insuficiencia renal grave (con o sin diálisis), trasplante renal, diabetes, infección concomitante por el VIH, neoplasias malignas, quimioterapia antineoplásica, tratamiento inmunosupresor, corticoterapia general, etilismo, cirrosis etílica. Se puede insistir en el aumento de la frecuencia de tuberculosis, y en

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9264070>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9264070>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)