

# ARTROPATIA INFLAMATORIA DE RODILLA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Juan F Moscoso González; Paul Pílares Ortega; Héctor Acosta; Álex Puertas Vifíes; Manuel Alejandro Rodríguez

Hospital Universitario Santa María , Lleida

## INTRODUCCION

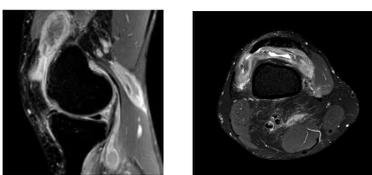
Hay procesos infecciosos que dan su aparición a nivel articular. Uno de estos es el caso de la TBC que, dado su baja incidencia a nivel articular, su diagnóstico de inicio de muy difícil. Asimismo es difícil de diferenciar de otras posibles causas de artritis infecciosas. La tuberculosis osteoarticular, representa del 1-3% del total de las infecciones tuberculosas

## MATERIAL Y METODOS

Se presenta el caso de un paciente de 45 años que presenta gonalgia derecha de meses de evolución y cojera, sin traumatismo previo, que se reagudiza las semanas previas a la visita a su CAP

A la EF presenta atrofia cuádriceps y tumefacción a nivel suprapatelar, presentando poco derrame articular. Dolor a la palpación en cara anterior sobre la rótula y también a nivel posterior. No dolor en interlíneas articulares con balance articular completo

se solicita RX de rodillas que resulta anodina



En RMN se informa de aumento difuso de la sinovial articular, sin afectación ósea ni de partes blandas (meniscos ni ligamentos) **OD: signos de severa sinovitis difusa**

Con el diagnóstico inicial de sinovitis, se envía a estudio por parte de Reumatología. Se realiza artrocentesis y analítica con marcadores:  
Líquido sinovial: hemáties 9000, leucocitos 7351, polimorfonucleares 45 %, mononucleares 55 %, glucosa 43,2 mg / dL, proteínas 6,4 g / dL, no cristales

Analítica: fosfatasa alcalina 137, leucocitos orina +, hemáties +

Serología: hepatitis crónica B: +++

FR -, Anti CCP -, ANA -

VSG 44

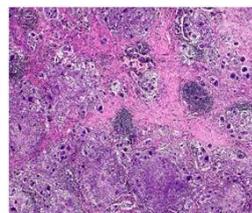
Se diagnostica de **artropatía secundaria a proceso viral** o **artritis reactiva**. Se instaura tratamiento con corticoides (dezacort 6 mg / 12 h) y sulfasalazina 500 / 24 h

## RESULTADOS

Ante la falta de respuesta al tratamiento médico, se consulta con el Servicio de Traumatología para realizar biopsia por artroscopia

Se realiza revisión artroscópica y sinovectomía, toma de muestras para estudio microbiológico y de AP.

Anatomía Patológica: tejido sinovial de rodilla. Sinovitis infecciosa con fibrina y aumento de polinucleares neutrófilos y microgranulomas. Se solicita PCR para descartar MT



**Microbiología** : Amplificación genómica: DNA de M. tuberculosis complex (B.TEIXITS) B Positivo

Con el diagnóstico de TBC, se envía para valoración por parte del Servicio de Enfermedades Infecciosas-M. Interna

Se objetiva RX normal de tórax y se inicia tratamiento dirigido con Rimstar (150 mg de rifampicina, 75 mg de isoniazida, 400 mg de pirazinamida y 275 mg de etambutol hidrocloreuro)

Siguiendo controles periódicos con curación completa a los 6 meses



## DISCUSION

La TBC es una patología pulmonar, de la cual un 15% tiene una manifestación extrapulmonar. De estas, un 1-5% es de afectación osteoarticular, normalmente monoarticular (90% de los casos)

El 50 % de los pacientes con afectación articular, pueden tener afectación pulmonar.

La afectación más frecuente se da en el esqueleto axial: columna vertebral (50%) I sacroilíacas.

De la afectación periférica, la más frecuente se da en las caderas (15%), rodillas (10%), otras articulaciones (hombro, muñecas, tobillos... 1-5%)

La diseminación en estos casos, suele ser vía hematogena

Clinicamente, los síntomas son inespecíficos. Se presenta como dolor articular de evolución insidiosa, de inicio con características mecánicas y al cabo de un tiempo aparece la sinovitis, el derrame articular y la afectación del estado general. En las analíticas se presenta leucocitosis, alteración de la VSG-PCR, líquido sinovial inflamatorio

La RX suele ser normal. Solo en fases avanzadas se objetiva la Triada de Phemister (osteoporosis periarticular, quistes subcondrales, estrechamiento progresivo del espacio articular),

El diagnóstico definitivo se da por cultivos positivos, bacteriología positiva o por presentación de granulomas caseificantes vs PCR génica

El tratamiento es médico durante 6 meses, que se puede complementar con tratamiento quirúrgico (sinovectomía +/- ortopédico).

## CONCLUSIONES

La TBC osteoarticular es una de las formas más importantes de TBC extrapulmonar, puede haber consecuencias significativas sin tratamiento.

Por la inespecificidad clínica del proceso, principalmente en las fases agudas-subagudas, donde no hay pruebas que puedan complementar la clínica, habría que pensar en la TBC como posible causa de monoartritis, sobretudo en los procesos que no mejoran con el tratamiento habitual

## BIBLIOGRAFIA

- Batool Zamani , Mohammad Shayestehpour . A Case of Knee Monoarthritis Caused by *Mycobacterium Tuberculosis* . Am J Case Rep, 2019; 20: 522-524
- Rosas et al. Primary Septic Arthritis of The Knee due to *Mycobacterium Tuberculosis* in a Previously Healthy Child. Surg Technol Int. 2017 December 22; 31: 273-275
- Achmad Fauzi Kamal , Prima Rizky Oktari, Aryadi Kurniawan , Evelina Kodrat , Nadia Asmirtania Mumpuni. Clinical Outcomes of Delayed Osteoarticular Tuberculosis: A Review of 30 Cases. Orthopedic Research and Reviews 2022;14 351-363
- Arathi N., Falyaz Ahmad , Najmul Hud. Osteoarticular Tuberculosis-A Three Years' Retrospective Study. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2013 Oct, Vol-7(10): 2189-2192
- S Fernandes, E Vieira-Sousa, C Furtado, A Costa, R Barros, J E Fonseca. A diagnosis of disseminated tuberculosis based on knee arthroscopic guided synovial biopsy in the context of monoarthritis. Acta Reumatol Port. 2016 Jul-Sep; 41(3): 256-259
- Zida Huang, Chongjing Zhang, Deqing Hu et al. Diagnosis of osteoarticular tuberculosis via metagenomic next-generation sequencing: A case report. EXPERIMENTAL AND THERAPEUTIC MEDICINE 18 1184-1188, 2019



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA