

Tenosinovitis por *Mycobacterium chelonae* : A propósito de un caso.

Tenosinovitis caused by *Mycobacterium chelonae*: Report of a case.

BERROCAL KASAY Alfredo *, ECHEVARRIA ZARATE Juan **, RAMIREZ ARANDA Erick , CASTRO LEON Elsa ***, GONZALES BENDEZU Dina ****

SUMMARY

We report a patient with a diagnosis of synovial tenosynovitis who developed septic tenosynovitis with cold abscess on right hand, after a local puncture. *Mycobacterium chelonae* a fast-growing mycobacteria, was isolated. We discuss aspects related to differential diagnosis, epidemiology, risk factors, diagnostic procedures and issues related to treatment of this nosocomial infection. (*Rev Med Hered* 2004;15:229-231).

INTRODUCCIÓN

La administración de medicamentos a través de la técnica de punción, ya sea articular (artrocentesis) o extraarticular, es un procedimiento cotidiano en tratamiento de alivio el dolor, y se usa para mejorar la funcionalidad de personas que sufren procesos reumáticos. La introducción de una aguja a una cavidad anatómica estéril, conlleva el riesgo de que se inocule agentes infecciosos y se genere una infección articular (1,2). Se presenta un caso de tenosinovitis de muñeca como complicación de una infiltración local.

Caso Clínico

Mujer de 66 años, de ascendencia oriental, con historia de dolor de muñeca derecha, de aproximadamente 6 meses de enfermedad. En la evolución, es vista por un médico particular quien le hace diagnóstico de tenosinovitis de muñeca (cara ventral). Le aplica una infiltración intraarticular con corticoide, sin alivio de las molestias. Durante los tres meses siguientes recibió únicamente antiinflamatorios no esteroideos. Una semana antes de su hospitalización presenta aumento de volumen asociado a eritema a nivel del 5° dedo de mano derecha (Figura N°1), por lo cual

acudió a su médico tratante quien prescribió dicloxacilina. Al no mejorar acude al especialista quien decidió su internamiento. Durante la enfermedad no se presentó fiebre u otras molestias.

Como antecedente la paciente fue diagnosticada y tratada por tuberculosis (TBC) pulmonar en 1983, no recordando al momento del interrogatorio las drogas usadas, ni la duración del tratamiento. Como parte de este proceso fue sometida a neumonectomía izquierda.

Al examen físico se observó aumento de volumen, asociado a eritema y calor local, a nivel del 5° dedo de mano derecha. En el examen articular se detectó tenosinovitis en cara ventral de muñeca derecha.

La resonancia magnética nuclear (RMN) de muñeca mostró proceso infeccioso extenso que comprometía la región ventral del tercio distal del antebrazo, la muñeca y la mano; todo esto asociados a múltiples abscesos en partes blandas. No se hallaron lesiones óseas (Figura N° 2).

Se procedió a realizar un drenaje quirúrgico, extrayéndose secreción purulenta de la zona afectada. Asimismo se abordó la región ventral de muñeca

* Reumatólogo Clínica Stella Maris, Profesor Principal Universidad Peruana Cayetano Heredia.
 ** Infectólogo Clínica Stella Maris, Profesor Asociado Universidad Peruana Cayetano Heredia.
 *** Cirujano de Mano, Clínica Stella Maris.
 **** Microbióloga, Clínica Stella Maris.



Figura N°1. Aumento de volumen más eritema del 5to dedo mano derecha (tenosinovitis por *M. chelonae*).

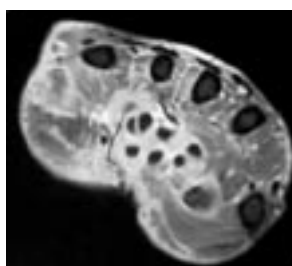


Figura N°2. La Resonancia magnetica nuclear (RMN) de muñeca mostró extenso proceso infeccioso que compromete la región ventral del tercio distal del antebrazo, la muñeca y mano, asociados a múltiples abscesos, sin hallazgo de lesión ósea.

mediante la incisión de la vaina tenosinovial, lo que permitió drenar secreción purulenta (la tenosinovitis se había extendido, disecando desde la muñeca hasta el 5° dedo), detectandose engrosamiento de la vaina sinovial a este nivel.

La coloración gram y el cultivo de la secreción, no mostraron gérmenes. La tinción Ziehl Neelsen de la secreción mostró BAAR+. En el cultivo de la secreción en el medio Lowenstein Jensen, crecieron colonias de myco-bacterias al 4to día de haberse inoculado.

Los resultados de exámenes de laboratorio mostraron: hematocrito 36%, leucocitos 6400/mm³, eritrosedimentación globular (VSG) 12 mm/h.

Se decidió administrar terapia antituberculosa, con Isoniazida (INH), rifampicina (RFP), etambutol (ETB) y pirazinamida (PZN) desde el diagnóstico inicial ante la sospecha de tuberculosis. Luego de una mejoría inicial, hubo una recrudescencia de un absceso frío en la palma derecha. A los 2 meses se recibió el informe de que se había tipificado la bacteria aislada como *M. Chelonae*. Los test de susceptibilidad mostraron que eran resistente a las drogas antituberculosas usuales. Por esta razón se cambió la cobertura antibiótica a

claritromicina asociada a ofloxacino, luego de lo cual la evolución de la paciente fue favorable.

DISCUSIÓN

La tenosinovitis y bursitis son reumatismos de partes blandas que en ocasiones requieren infiltraciones locales de corticoides para su control. Los casos de artritis séptica post-artrocentesis con corticoides ocurren en menos de 5 de 100,000 procedimientos (1). El reumatismo infeccioso de partes blandas, como complicación de infiltraciones con esteroides se estima tenga una menor incidencia, aunque no existen reportes solidos al respecto. Similar a lo descrito para artritis séptica, en tenosinovitis o bursitis séptica relacionada a infiltración con corticoides, el germen aislado con mayor frecuencia es *Staphilococcus aureus* (2). Estos casos requieren además de tratamiento con antibióticos drenaje quirúrgico del material purulento (3).

En nuestra paciente la RMN realizada no mostró compromiso óseo, pero detectó la presencia de varios abscesos; Por lo cual, ante la sospecha inicial de una tenosinovitis piógena, se decidió drenaje quirúrgico. El hallazgo temprano de BAAR en la secreción y el antecedente de tuberculosis (TBC) pulmonar, motivaron el inicio de tratamiento antituberculoso. Llamó la atención el crecimiento temprano de colonias en el medio Lowenstein Jensen dentro de los primeros 5 días, lo cual llevó a sospechar en micobacterias de crecimiento rápido (atípicas). Sin embargo por la mejoría inicial se decidió mantener la terapia con 4 drogas antiTBC hasta tener el resultado del cultivo.

La tenosinovitis es una manifestación extrapulmonar infrecuente de TBC y usualmente se localiza en mano o muñeca (4-6). Raramente se han descrito casos de bursitis tuberculosa, y cuando ocurre usualmente se localiza en extremidad inferior, afectando la bursa trocantérica (7).

La presentación clínica de la tenosinovitis por *M. tuberculosis* suele ser una tumoración dolorosa muy similar a la tenosinovitis de Quervain, que ocasiona parestesias en las manos debido a un síndrome del túnel carpal (8-11).

Aunque la mayoría de los reportes de afección bursal o tenosinovial son por *M. tuberculosis*, también se han encontrado casos de infección por micobacterias de crecimiento rápido, entre ellas *M. chelonae* (12). Las infecciones articulares por micobacterias de crecimiento rápido se han descrito mayormente en pacientes inmunocomprometidos (corticoterapia, trasplantes de órganos) (13,14).

M. chelonae es una micobacteria atípica de crecimiento rápido (en nuestra paciente se observaron colonias a partir del cuarto día de cultivo) pero cuya identificación puede demorar varias semanas. Esta infección suele ocurrir por contaminación hospitalaria al realizarse una mala asepsia antes de un procedimiento, o al introducir material contaminado al organismo del paciente a través de un procedimiento invasivo.

La infección tenosinovial por *M. chelonae* ocurre frecuentemente en extremidades superiores, como vimos en nuestra paciente, describiéndose además un período tan largo como 1 año entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico (15). El haber recibido una infiltración local con corticoides constituyó un factor de riesgo para el desarrollo de infección en este caso.

El diagnóstico se realiza en forma definitiva con el aislamiento del germen del fluido, o del tejido obtenido por biopsia. Debe señalarse además la utilidad de algunos exámenes auxiliares como el ultrasonido o la (RMN), que ayudan a delimitar exactamente el área de compromiso infeccioso (16,17).

El tratamiento es médico, lamentablemente esta micobacteria es resistente al tratamiento antituberculoso usual. La mayoría de reportes señalan que claritromicina asociado a otra droga como imipenem, amikacina o una quinolona permiten el control y curación, indicándose una duración de tratamiento mayor de 6 meses (15); asimismo la debridación quirúrgica es un factor a evaluar en el manejo de estos pacientes, ya que suele dejar cicatrices con limitación funcional. La evolución es favorable en la mayoría de casos, excepto en los inmunosuprimidos.

Se describe este caso no sólo por su infrecuencia, sino para alertar ante la posibilidad de infección por *M. tuberculosis* o micobacterias atípicas en casos de tenosinovitis crónica y recurrente.

Correspondencia:

Alfredo Berrocal Kasay
Departamento Académico de Medicina
Universidad Peruana Cayetano Heredia
E-mail: aberrocal@hotmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pal B, Morris J. Perceived risks of joint infection following intrarticular corticosteroid injection : a survey of rheumatologists. Clin Rheumatol 1999;18 :264-5.
2. Berrocal A, Majluf F. Bursitis Séptica. Acta Médica Peruana 1992;16:257-259.
3. Boles S, Schmidt C. Pyogenic flexor tenosynovitis. Hand Clin 1998 ;14: 567-78.
4. Latil F, Magalon G, Dreant J, Roffe JL, Decaillet JM, Bureau H. Current aspects of tuberculous tenosynovitis : A report of six cases. Ann Chir Main 1982;1:336-41.
5. Jaovisidha S, Chen C, Ryu KN, Siriwongpairat P, Peksanan P, Sartoris DJ, Resnick D. Tuberculous tenosynovitis and bursitis: imaging findings in 21 cases. Radiology 1996;201:507-13.
6. Jackson RH, King JW. Tenosynovitis of the hand: a forgotten manifestation of tuberculosis. Rev Infect Dis 1989;11:616-8.
7. Aguilar J, Sánchez E, Quevedo H, Silicani A. Bursitis y trocanteritis tuberculosa (Tema Libre) en : Libro de Resúmenes del IV Congreso Nacional y V Curso Internacional de Reumatología, Lima, 1986.
8. Andersson MI, Willcox PA. Tuberculous tenosynovitis and carpal tunnel syndrome as a presentation of HIV disease. J Infect 1999;39:240-1.
9. Walker U, Gutfleisch J, Peter H. Case Number 23 : Tuberculous tenosynovitis. Ann Rheum Dis 2002;61:384.
10. Chen WS, Eng HL. Tuberculous tenosynovitis of the wrist mimicking de Quervain's disease. J Rheumatol 1994;21:763-5.
11. Regnard PJ, Barry P, Isselin J. Mycobacterial tenosynovitis of the flexor tendons of the hand. A report of five cases. J Hand Surg 1996;21:351-4.
12. Zenone T, Boibeux A, Tigaud S, et al. Non-tuberculosis mycobacterial tenosynovitis: A review. J Infect Dis 1999; 31: 221- 8.
13. Toussirot E, Chevrolet A, Wendling D. Tenosynovitis due to *M. avium* intracellulare and *M. chelonae* : Report of 2 cases with review of the literature. Clin Rheumatol 1998; 17: 152-6.
14. Patel R, Roberts G, Keating M, Paya C. Infections due to nontuberculous mycobacteria in kidney, heart and liver transplant recipients. Clin Infect Dis 1994; 19: 263-73.
15. Kozin S, Bishop A. Atypical Mycobacterium infections of the upper extremity. J Hand Surg 1994; 19: 480-7.
16. Miquel A, Frouge C, Adrien C, Hibou I, Bittoun J, Bisson M, Blery M. Tuberculous tenosynovitis of the wrist: ultrasonographic diagnosis and contribution of MRI. J Radiol 1995 ;76 :285-8.
17. Sueyoshi E, Uetani M, Hayashi K, Kohzaki S. Tuberculous tenosynovitis of the wrist: MRI findings in three patients. Skeletal Radiol 1996;25:569-72.

Recibido: 18/08/04
 Aceptado para publicación: 23/11/04