

Artritis reactiva en tuberculosis pulmonar activa (enfermedad de Poncet)

Reactive arthritis in tuberculosis (Poncet's disease).

Ulises Mercado, Susana Valdivia-Mejía, Flor María Yocupicio

Resumen

ANTECEDENTES: La artritis reactiva no erosiva y eritema en tuberculosis pulmonar o extrapulmonar activa ha recibido el epónimo de enfermedad de Poncet. El tratamiento convencional con fármacos contra la tuberculosis produce alivio de la artritis.

CASOS CLÍNICOS: Paciente femenina de 28 años de edad y masculino de 40 años, quienes acudieron a consulta con poliartritis simétrica no erosiva, seronegativa, asociada con tuberculosis pulmonar activa. El diagnóstico de tuberculosis se estableció mediante las manifestaciones clínicas, la radiografía de tórax y el examen para bacilos ácido-alcohol resistente en muestras de expectoración (caso 1) y broncoscopia, cultivo y PCR Xpert MTB/RIF (caso 2). Se excluyeron enfermedades autoinmunitarias y otras infecciones. Los pacientes mejoraron rápidamente con el tratamiento antifímico.

CONCLUSIONES: La artritis reactiva por tuberculosis activa debe incluirse en el diagnóstico diferencial de artralgias y artritis en regiones endémicas de tuberculosis.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad de Poncet; tuberculosis; artritis reactiva.

Abstract

BACKGROUND: Non-erosive reactive arthritis and erythema in active pulmonary or extra-pulmonary tuberculosis has received the eponymous of Poncet's disease. The conventional treatment with drugs against tuberculosis produces relieve of arthritis.

CLINICAL CASES: A 28-year-old female patient and a 40-year-old man who presented with seronegative, non-erosive symmetric polyarthritis associated with active pulmonary tuberculosis. The diagnosis of tuberculosis was established by clinical manifestations, chest X-ray, acid-fast bacilli staining (case 1), bronchoscopy, culture and PCR Xpert MTB/RIF (case 2). Autoimmune diseases and other infections were excluded. Patients improved rapidly with anti-tuberculous treatment.

CONCLUSIONS: Reactive arthritis in active tuberculosis must be included in the differential diagnosis of arthralgia and arthritis in endemic regions of tuberculosis.

KEYWORDS: Poncet's disease; Tuberculosis; Reactive arthritis.

Hospital General de Mexicali, ISESALUD y Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Baja California, Campus Mexicali, Mexicali, Baja California, México.

Recibido: 6 de junio 2019

Aceptado: 30 de julio 2019

Correspondencia

Ulises Mercado
abimer2013@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Mercado U, Valdivia-Mejía S, Yocupicio FM. Artritis reactiva en tuberculosis pulmonar activa (enfermedad de Poncet). Med Int Méx. 2020; 36 (5): 727-729.
<https://doi.org/10.24245/mim.v36i5.3243>

ANTECEDENTES

En 1897 Poncet presentó en el Congreso Francés de Cirugía casos de poliartritis por tuberculosis activa o inactiva, pacientes con tuberculosis ósea o antecedente familiar de tuberculosis bajo el título "De la poliartritis deformante o pseudorreumatismo tuberculoso crónico". Sin embargo, con el tiempo el epónimo de enfermedad de Poncet se fue estrechando para incluir solamente casos de poliartritis u oligoartritis por tuberculosis activa sin invasión directa de micobacterias al tejido sinovial ni erosiones. Sin embargo, con la nueva enfermedad, empezaron las controversias. Algunos investigadores se preguntaban si la asociación es real o mera casualidad.¹⁻⁴ Lugo-Zamudio y colaboradores^{5,6} recientemente reportaron un caso de enfermedad de Poncet y revisaron la bibliografía. Para los autores, la enfermedad de Poncet es una forma de expresión de tuberculosis en un huésped susceptible que induce una respuesta inmunitaria a las proteínas de *M. tuberculosis*. Una artritis reactiva puede ocurrir por el tratamiento intravesical del bacilo de Calmette-Guerin que contiene *M. bovis* atenuado.⁷ En este artículo describimos dos pacientes con enfermedad de Poncet en quienes se encontró una relación temporal entre tuberculosis pulmonar y poliartritis.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente masculino de 40 años de edad fue hospitalizado por padecer artritis en los carpos, los codos y las rodillas de dos meses de evolución. Antes de su ingreso tenía tos con expectoración, fiebre, pérdida de peso y sudoraciones por la noche. Negó infecciones del aparato gastrointestinal o urogenital, dolor bajo de espalda, monoartritis, úlceras orales o dermatosis. El paciente había recibido AINEs sin alivio de sus síntomas. A su ingreso, la radiografía de tórax reveló una imagen compatible con tuberculosis

pulmonar sin derrame pleural. El examen mostró linfadenopatía cervical, fiebre y no había dificultad respiratoria. El examen musculoesquelético no reveló derrame articular. La aspiración de una de las rodillas no obtuvo líquido sinovial. La biometría hemática mostró hemoglobina normal con leucocitos de 10,000/mm³; el examen general de orina y las pruebas de función hepática y renal resultaron normales. Las radiografías de las rodillas y manos no revelaron daño articular. Se efectuaron las siguientes pruebas con resultados negativos: factor reumatoide, antiestreptolisinas, reacciones febriles y VDRL. Una tinción de Ziehl-Neelsen de la expectoración fue positiva para *M. tuberculosis*. Se inició el tratamiento intensivo contra tuberculosis. Dos semanas más tarde el paciente egresó del servicio por mejoría. No regresó a la consulta externa.

Caso 2

Paciente femenina de 28 años de edad que acudió a consulta por poliartritis simétrica de codos, carpos, rodillas y tobillos. Tenía una erupción cutánea en el codo derecho que semejaba celulitis y se inició tratamiento antibiótico. Seis semanas antes había sido estudiada por fiebre, tos con expectoración persistente sin respuesta a antibióticos, por lo que se sometió a broncoscopia y se analizaron las muestras para hongos y bacterias, incluyendo *M. tuberculosis*, y cultivo para hongos y PCR para *M. tuberculosis* (Xpert MTB/RIF). El cultivo y PCR fueron positivos para tuberculosis y empezó el tratamiento intensivo con cuatro fármacos. A su ingreso la biometría hemática reveló hemoglobina de 11.5 g/dL y 15,000 leucocitos/mm³. Para excluir enfermedad autoinmunitaria u otra infección se solicitaron pruebas inmunológicas, como AAN, anti-ADN, complemento, factor reumatoide, serología para VHC, VHB, VIH 1, 2, antiestreptolisinas y VDRL que resultaron negativos o normales. Debido a la limitación funcional de los carpos y tobillos se efectuó infiltración con corticoesteroides de

depósito. Fue egresada a la consulta externa de infectología y reumatología.

DISCUSIÓN

A diferencia de la artritis reactiva secundaria a infección gastrointestinal o urogenital que característicamente afecta los miembros inferiores o es monoarticular, la artritis reactiva de la enfermedad de Poncet es poliarticular simétrica, asociada con tuberculosis pulmonar o extrapulmonar activa. La poliartritis con frecuencia causa rigidez y discapacidad, pero no es erosiva. Los dos casos comunicados muestran la relación temporal entre tuberculosis activa y artritis reactiva aséptica, a diferencia de la monoartritis por tuberculosis en la que el germen puede aislarse de la articulación. La sospecha clínica, radiológica, BAAR positivo, cultivo, el ensayo automatizado Xpert MTB/Ri basado en PCR para detectar la existencia de ADN de *M. tuberculosis*, que además informa la susceptibilidad a la rifampicina, el rápido alivio de los síntomas con el tratamiento antifímico y la ausencia de erosiones articulares apoyan el diagnóstico de artritis reactiva por *M. tuberculosis*.⁸⁻¹⁰ Sin embargo, las controversias continúan. La tuberculosis es un problema de salud pública en nuestro país y la enfermedad de Poncet rara vez se reporta. Una revisión sistemática de la bibliografía realizada por Rueda y su grupo¹¹ encontró al menos 200 casos comunicados.

La patogénesis de la poliartritis reactiva estéril de la enfermedad de Poncet a la micobacteria también es difícil de explicar. Se ha postulado una respuesta inmunitaria a las proteínas de *M. tuberculosis*, una relación entre artritis y proteína de choque térmico, respuesta de linfocitos T y susceptibilidad inmunogenética.^{9,12}

CONCLUSIONES

La tuberculosis activa debe considerarse en el diagnóstico diferencial en pacientes con fiebre

y poliartritis, especialmente en regiones endémicas. El diagnóstico es un desafío clínico y requiere alta sospecha.¹³

REFERENCIAS

1. Fehr A, EL-Nouby F, Eltony AA, Abdelkareem Y, Bogdady S. Poncet disease. tuberculosis-arthritis: a case report in upper Egypt and a review of the literature. *Egyptian Rheumatol/Rehab* 2017; 44: 39-42. DOI: 10.4103/1110-161X.200834
2. Isaacs AJ, Sturrock RD. Poncet's disease-fact or fiction? A re-appraisal of tuberculous rheumatism. *Tubercle* 1974; 55: 135-42. [https://doi.org/10.1016/0041-3879\(74\)90007-5](https://doi.org/10.1016/0041-3879(74)90007-5)
3. Summers GD, Jayson MIV. Does Poncet's disease exist? *Rheumatology* 1980; 19: 49-50. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/19.3.149>
4. Allen SC. A case in favour of Poncet's disease. *Br Med J* 1981; 283: 952. doi: 10.1136/bmj.283.6297.952
5. Lugo-Zamudio GE, Barbosa-CR, González-Ramírez L V, Delgado-Ochoa D. Reumatismo tuberculoso. Enfermedad de Poncet. Reporte de caso. *Cirugía y cirujanos* 2016; 84: 169-172. DOI: 10.1016/j.circir.2015.06.022
6. Godínez-Baca LE, Lugo-Zamudio GE. Enfermedad de Poncet: manifestación inusual de tuberculosis. *Med Int Mex* 2019; 35: 268-272. <https://doi.org/10.24245/mim.v35i2.2355>
7. Acebal C de la G, Moreno RA, Cunado EA, Gurruchaga AN. Acute oligoarthritis following BCG treatment for urinary bladder cancer: A case report. *Rev Colomb Reumatol* 2015; 22: 231-33. DOI: 10.1016/j.rcreu.2015.10.001
8. Adhi FF, Hasan R, Adhi M, Hamid SA, Igbal N, Khan JA. Poncet's disease: two case reports: *J Med Case Reports* 2017;11: 93-96. <https://doi.org/10.1186/s13256-017-1260-0>
9. Mohanty L, Sahoo D, Panda SS, Routray SS. A case of Poncet's disease. *Int J Adv Med* 2015; 2: 285-7. DOI: 10.18203/2349-3933.IJAM20150563
10. Vallejo VP, Rodríguez DJC, Searle MA, Farga CV. Ensayo Xpert MTB/RIF en el diagnóstico de tuberculosis. *Rev Chil Enferm Respir* 2015; 31: 127-131. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482015000200010>
11. Rueda JC, Crepy M-F, Mantilla RD. Clinical features of Poncet's disease. From the description of 198 cases found in the literature. *Clin Rheumatol* 2013; 2:929-935. doi: 10.1007/s10067-013-2270-y
12. Hameed K, Karim M, Islam N, Gibson T. The diagnosis of Poncet's disease. *Br J Rheumatol* 1993; 32: 824-26. doi: 10.1093/rheumatology/32.9.824
13. Chakraborty PP, Ray S, Selvan C, Bhattacharjee R, Mandal SK. Poncet's disease: an unusual presentation of tuberculosis in a diabetic lady. *World J Clin Cases* 2015; 3: 385-388. doi: 10.12998/wjcc.v3.i4.385