

Tuberculosis de aorta ascendente con Enfermedad de Poncet

José Miguel Guerra*, Ivanna Golfetto*, John Luna*, María Guadarrama*, Ronald Zuleta*,
Rafael Domínguez*, Esli Yanci*, José Ayala*, María Beatriz Sánchez*

Resumen

La tuberculosis cardiovascular constituye entre 1-3% de los casos de tuberculosis extrapulmonar. En países en vías de desarrollo es causante de 38-83% de los casos de pericarditis constrictiva crónica, mientras que en los países desarrollados, el porcentaje es del 1%. Es más frecuente en hombres entre 30-50 años de edad. Caso: paciente masculino de 36 años de edad quien 2 meses previos a su ingreso, refiere tos con expectoración verdosa y disnea de 15 días de evolución. Se asocia proptosis indolora, limitación para la motilidad ocular, artritis simétrica, aditiva, ascendente desde tobillos hasta rodillas, luego muñecas y codos. Durante hospitalización requiere múltiples pericardiocentesis, por lo cual, se realiza pericardiectomía anterior con hallazgo en biopsia de aorta ascendente: inflamación crónica granulomatosa, BAAR positiva. Se plantea diagnóstico de TBC extrapulmonar: TBC de aorta ascendente complicada con derrame pericárdico, TBC ocular derecha y artritis reactiva por tuberculosis (Enfermedad de Poncet). La tuberculosis cardiovascular constituye una enfermedad poco común, de difícil diagnóstico que conlleva a consecuencias graves si no se trata oportunamente.

Palabras clave: tuberculosis; aorta; Enfermedad de Poncet.

Aortic tuberculosis and Poncet's disease

Abstract

Cardiovascular tuberculosis occurs in 1-3% of cases of extrapulmonary tuberculosis. In developing countries causes 38-83% of cases of chronic constrictive pericarditis, while in developed countries it represents 1%. It is more common in men between 30-50 years of age. We present a 36 year old male patient, who two months prior admission, referred productive cough and dyspnea during 15 days. Painless proptosis, limitation of ocular motility, symmetric, additive, ascending arthritis from ankles to knees, wrists and elbows were then associated. During his hospitalization multiple pericardiocentesis were performed, requiring pericardiectomy. The findings in ascending aorta biopsy were: granulomatous chronic inflammation, positive for alcohol resistant bacillus. Final diagnosis : tuberculosis of ascending aorta complicated with pericardial effusion, right eye tuberculosis and reactive arthritis tuberculosis (Poncet's disease). Cardiovascular tuberculosis is a rare disease difficult to diagnose which leads to serious consequences without timely treatment.

Key words: tuberculosis; aorta; Poncet's disease.

Introducción

La tuberculosis es una causa importante de morbimortalidad en muchos países^(1,2). El número anual de muertes por tuberculosis a nivel mundial ha superado los 2.5 millones⁽¹⁾.

La enfermedad de Poncet es una forma poco frecuente de tuberculosis, caracterizada por un cuadro

* Servicio de Medicina Interna, Hospital Dr. Carlos Arvelo. Caracas, Venezuela

TUBERCULOSIS DE AORTA ASCENDENTE CON ENFERMEDAD DE PONCET

poliarticular asociado a tuberculosis pulmonar o extrapulmonar, sin evidencia de infección por la mycobacteria dentro de las articulaciones afectadas^(3,4). De acuerdo a Lesprit et al⁽⁵⁾, la enfermedad fue descrita por Poncet a finales del siglo XIX. Uno de los diagnósticos diferenciales más importantes de esta enfermedad es la artritis reumatoide, ya que clínicamente son similares y el factor reumatoide positivo se presenta en ambos casos⁽⁶⁾.

El síntoma más frecuente en la enfermedad de Poncet⁽⁷⁾ es la artritis, que puede ser de patrón bilateral y simétrico. Otras manifestaciones se pueden presentar en piel y mucosas en forma de eritema nodoso^(8,9), erupción eritematosa⁽¹⁰⁾, lesiones papulonecroticas⁽¹¹⁾, úlceras orales y conjuntivitis⁽⁶⁾.

Caso clínico

Se trata de paciente masculino de 36 años de edad quien 2 meses previos a su ingreso, presenta tos con expectoración verdosa y disnea de 15 días de evolución sin otros concomitantes.

A los 7 días se asocia proptosis indolora, aumento de volumen en ojo derecho y limitación para la motilidad ocular, concomitante con artritis simétrica, aditiva, ascendente desde tobillos hasta rodillas, luego muñecas y codos.

Antecedentes personales: diabetes insípida central tratada con desmopresina (hace 10 años); pérdida involuntaria de peso: 5 kg en 3 meses.

Examen físico: TA: 100/80; FC: 95 ppm; FR: 25 rpm, Peso: 81 kg, Talla: 1.80 m, IMC: 22.5 kg/m². Ojos Asimétricos, proptosis ocular derecha, edema bpalpebral, lagofthalmos. **Fondo de Ojo:** ODI edema papilar. **Cardiovascular:** sin ingurgitación yugular, ápex palpable en 6to espacio intercostal con línea axilar anterior izquierda, normodinámico, RsCsRsRs sin soplos, hipofonéticos. **Respiratorio:** ruidos respiratorios abolidos, matidez en bases pulmonares, egofonía, crepitantes finos en tercio superior de hemitórax bilateral. **Osteoarticular:** sinovitis en articulaciones metacarpofalángicas, carpos, rodillas tobillos y codos.

Ojo derecho



Pruebas complementarias

Laboratorios: GB: 19.500 mm³; Neutrófilos: 80%; PPD, BK de esputo seriado y hemocultivo negativos; Anti CCP, ANA, Anti DNA, ANCA C, ANCAP: negativos.

- **Ecocardiograma:** función diastólica y sistólica normal. Dilatación moderada de aurícula izquierda, hipocinesia del ventrículo derecho, aortoesclerosis valvular y parietal leve, derrame pericárdico severo a predominio postero inferior sin evidencia de colapso diastólico de cavidades, derrame pleural bilateral.
- **Pericardiocentesis:** exudado; ADA: 30 U/L; BAAR: negativo.
- **Toracentesis:** trasudado; ADA: 25 U/L; BAAR: negativo.
- **Biopsia pleural:** engrosamiento fibroso pleural sin inflamación, granulomas ni neoplasia.
- **TAC de órbita:** LOE orbita derecha de densidad de partes blandas, 2,7 x 2,2 cm que compromete nervio óptico y músculos extra oculares.

Durante su permanencia intrahospitalaria presenta taponamiento cardíaco requiriendo realización de pericardiectomía anterior con Reporte de biopsia de aorta ascendente: inflamación crónica granulomatosa, BAAR positiva.

Diagnósticos finales planteados: TBC extrapulmonar: TBC de aorta ascendente complicada con derrame pericárdico, TBC ocular derecha y artritis reactiva por tuberculosis (Enfermedad de Poncet).

El paciente recibe tratamiento de dos fases a base de Pirazinamida, etambutol, rifampicina e isoniácida con evolución satisfactoria.

Discusión

El reumatismo tuberculoso o «enfermedad de Poncet» es una forma de expresión de la infección tuberculosa. Las formas de presentación de la tuberculosis son variadas y dependientes de condiciones inherentes al huésped (edad, estado inmunológico suprimido, malnutrición, genética, enfermedades coexistentes, vacunación contra tuberculosis) o relacionadas con *Mycobacterium tuberculosis* (virulencia de la bacteria, tejido u órgano)⁽¹²⁾. La sospecha clínica de tuberculosis en general requiere confirmar la presencia de *Mycobacterium tuberculosis* con las pruebas de BAAR, o cultivo de Löwenstein-Jensen. Los procedimientos actuales basados en biología molecular han demostrado su eficacia en la identificación de la *Mycobacterium tuberculosis*^(13,14). La patogenia del reumatismo tuberculoso no se conoce, se propone que puede ser mediada por mecanismos inmunes desencadenados posterior a la infección por *Mycobacterium tuberculosis* y está relacionado a la susceptibilidad genética del huésped. Dentro de las vías inmunológicas que se han postulado para explicar la asociación entre las enfermedades reumáticas, los marcadores genéticos del complejo mayor de histocompatibilidad y las enfermedades infecciosas se incluyen: **1)** el depósito de complejos inmunes (antígeno-anticuerpo) que favorecen la respuesta inflamatoria; **2)** producción de toxinas por la micobacteria, que actúan como superantígenos; **3)** depósito del antígeno y retención de componentes bacterianos flogísticos dentro de la articulación; y **4)** mimetismo molecular de la *Mycobacterium Tuberculosis* y las proteínas de proteoglicanos de la matriz del cartílago articular^(15,16). De acuerdo con la revisión de Rueda et al⁽¹⁷⁾, en la bibliografía, se han comunicado no más de 200 casos de enfermedad de Poncet; los países con mayor número de casos publicados son la

India con 70, Brasil con 26 y México con 20 casos. Las articulaciones que con mayor frecuencia están comprometidas son: tobillos (63.3%), rodillas (58.8%), carpos (29.1%) y codos (23.1%). Articulaciones afectadas con menor frecuencia: interfalángicas proximales y metacarpo falángicas. La presencia de rigidez matinal se asocia en algunos casos⁽¹⁵⁾.

En los casos reportados según la bibliografía, el foco infeccioso tuberculoso extrapulmonar (56.8%) y en un 42% se compromete al sistema linfático, como ocurrió en nuestro caso.

La biopsia ganglionar demostró la presencia de granuloma tuberculoso, sin tener positivas las tinciones específicas para la identificación del bacilo tuberculoso. En la bibliografía se han reportado casos similares al nuestro, en que el diagnóstico se hace por exclusión, y se sustenta por la respuesta al tratamiento antituberculoso, lo que retarda el tiempo del diagnóstico de reumatismo tuberculoso “enfermedad de Poncet” de 19 meses a 12 años de acuerdo a Rueda et al⁽¹⁷⁾ y de Walter⁽¹⁸⁾. Un elemento importante para consolidar el diagnóstico, es que al eliminar el foco infeccioso remiten el dolor y la inflamación articular sin dejar daño articular; (datos que se cumplen en el presente caso). Este elemento es parte de los criterios de diagnóstico propuestos por Rueda et al⁽¹⁷⁾ para la enfermedad de Poncet, que incluyen: **1)** evidencia de tuberculosis extra articular activa; **2)** compromiso de más de una articulación, incluyendo rodillas y tobillos; **3)** ausencia de compromiso axial, columna vertebral o afección sacroilíaca; **4)** resultados de laboratorio inespecíficos; **5)** remisión completa posterior al tratamiento antituberculoso; **6)** ausencia de compromiso articular crónico; y **7)** exclusión de otras enfermedades reumatológicas⁽¹⁷⁾.

La enfermedad de Poncet es una forma poco común de tuberculosis, que obliga al clínico a estar atento en pacientes con enfermedades inflamatorias articulares de origen autoinmune.

Conclusiones

La tuberculosis es un problema de salud pública en el mundo y se ha descrito como la «gran

TUBERCULOSIS DE AORTA ASCENDENTE CON ENFERMEDAD DE PONCET

simuladora» por su forma de expresión clínica y serológica; en el caso presentado con la enfermedad de Poncet que es poco reconocida como una forma de expresión de tuberculosis, y esto se confirma en el número escaso de casos publicados. Por ello consideramos importante el difundir el caso clínico y aportar los datos que podrían derivar en unificar criterios clínicos, que permitan el diagnóstico en fases tempranas de la enfermedad con el tratamiento de esta enfermedad. El diagnóstico y tratamiento de este tipo de pacientes es importante para contribuir al control de un problema de salud endémico en diversas regiones del mundo.

Referencias

1. P.J. Dolin, M.C. Raviglione, A. Kochi. Global tuberculosis incidence and mortality during 1990-2000. *Bull World Health Organ*, 1994 (172): 213-220
2. L. Pérez-Guerrero, F. Milián-Suazo, C. Arriaga-Díaz, C. Romero-Torres, M. Escartín-Chávez. Epidemiología molecular de las tuberculosis bovina y humana en una zona endémica de Querétaro, México. *Salud Pública Méx*. 2008; (50): 286-291.
3. A.J. Isaacs, R.D. Sturrock. Poncet's disease--fact or fiction? A reappraisal of tuberculous rheumatism. *Tubercle*, 55 (1974), pp. 135-142
4. A. Poncet. De la polyarthrite tuberculeuse déformante ou pseudorhumatisme chronique tuberculeux. *Congr Fr Chir*. 1897; (2): 732-739
5. P. Lesprit, M. Lafaurie, F. Lioté, J.M. Decazes, J. Modai. Tuberculous rheumatism (Poncet's disease) in a patient infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis*. 1996; (23): 1179-1180
6. S.K. Malik, G.K. Khatri, S.D. Deodhar. Tuberculous rheumatism (Poncet's disease). *J Indian Med Assoc*. 1977; (69): 201-202.
7. A.G. Wilkinson, S. Roy. Two cases of Poncet's disease. *Tubercle*. 1984; (65) 301-303
8. C.A. Bloxham, D.P. Addy. Poncet's disease: Para-infective tuberculous polyarthropathy. *Br Med J*. 1978; (1): 1590.
9. M. Sukumar, K. Madhuchanda. Reactive arthritis: Current perspective. *J Ind Acad Clin Med*. 2000; (1) 233-238
10. K. Fu-Sheng, S. Lu-Hua, L. Ch'ing-Lang, H. Shu. Differential diagnosis of rheumatic fever and allergic arthritis due to tuberculosis. *Chin Med J*. 1966; (85): 477-481
11. D. Bhargava Anurag, N. Malaviya Anand, Kumar Ashok. Tuberculous rheumatism (Poncet's disease)-A case series. *Ind J Tub*. 1998; (45): 215-219
12. V. Philip. Hopewell. Overview of clinical tuberculosis. R. Barry, Bloom (Eds.), *Tuberculosis: Pathogenesis, protection and control*, 1994 American Society for Microbiology, Washington, DC. 2005; 25-46
13. J.D.A. van Embden, M.D. Cave, J.T. Crawford, J.W. Dale, K.D. Eisenach, B. Gicquel, et al. Strain Identification of Mycobacterium tuberculosis by DNA fingerprinting: Recommendations for a standardized methodology. *J Clin Microbiol*. 1993; (31): 406-409
14. M.I. Romano, A. Alito, J.C. Fisanotti, F. Bigi, I. Kantor, M.E. Cicuta, et al. Comparison of different genetic markers for molecular epidemiology of bovine tuberculosis. *Vet Microbiol*. 1996; (50): 59-71
15. G.E. Lugo-Zamudio, J.K. Yamamoto-Furusho, D. Delgado-Ochoa, R.M. Nuñez-Farfán, G. Vargas-Alarcón, R.E. Barbosa-Cobos, et al. Human leukocyte antigen typing in tuberculous rheumatism: Poncet's disease. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2010; (14): 916-920.
16. H.O. McDevitt. The HLA system and its relation to disease. *Hosp Pract*. 1985; (20): 57-72
17. C. Rueda Juan, M.F. Crepy, R.D. Mantilla. Clinical features of Poncet's disease from the description of 198 cases found in the literatura. *Clin Rheumatol*. 2013; (32): 929-935
18. G.F. Walker. Failure of early recognition of skeletal tuberculosis. *Br Med J*. 1968; (1): 682-683