



¿CUAL ES SU DIAGNOSTICO?

Prof. Dr. José Carena.* Prof. Dra. Susana Salomón.**

* Profesor Titular de Medicina Interna. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo. Jefe de Servicio de Clínica Médica. Hospital Luis Lagomaggiore. Mendoza.

** Profesor Asociado de Medicina Interna. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo.

Caso Clínico

Varón de 49 años de edad, consulta por fiebre de 40 días de evolución asociada a artritis de tobillo izquierdo y muñeca derecha y tos ocasional, sin pérdida de peso ni otra signosintomatología. Como antecedentes solo refiere diverticulosis colónica.

El examen físico no revela anormalidades excepto fiebre de 38,7°C y tumefacción de tobillo izquierdo y muñeca derecha. Hematocrito: 45%; Glóbulos Blancos: 6.900/mm³, con fórmula normal, Plaquetas: 354.000/mm³; VSG 35 mm 1h, PCR 12 mg/dl, HIV: negativo, CMV IgM(-), E.Bar (-), PPD (-), FAN (-), FR(-), GOT: 56 (VN:38), GPT:127 (VN:41), FAL 200 (VN: 80-360), HBsAg(-), Elisa para HCV(-). La Rx y TAC de Tórax muestran adenopatías hiliares bilaterales (foto 1-2). El paciente resuelve la fiebre y la artritis espontáneamente. Por persistencia de las adenopatías a los 21 se decide realizar una biopsia ganglionar por videotoracotomía .-.

Foto 1

Rx de Tórax: Adenopatías hiliares bilaterales

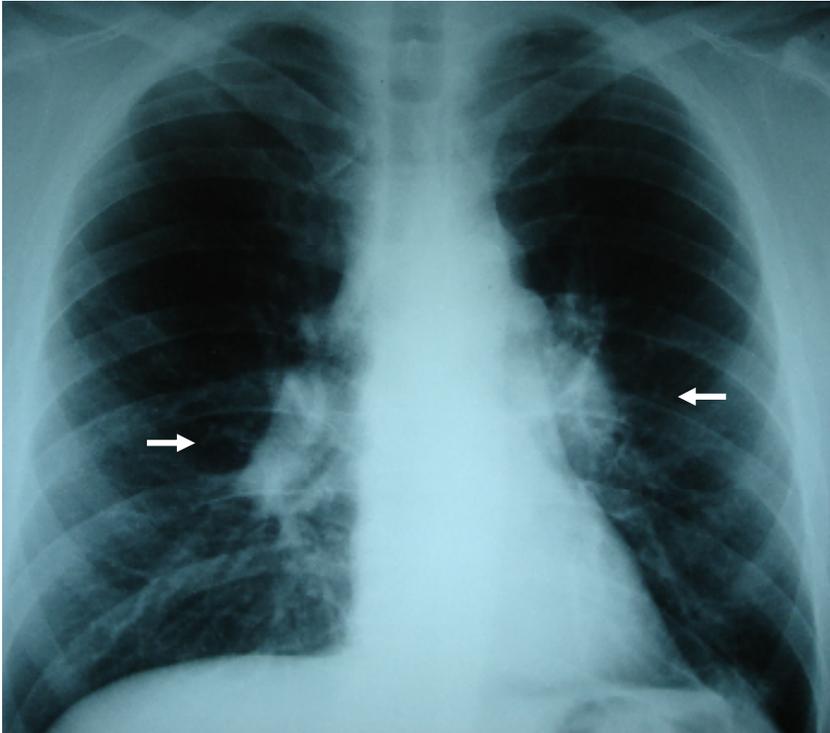
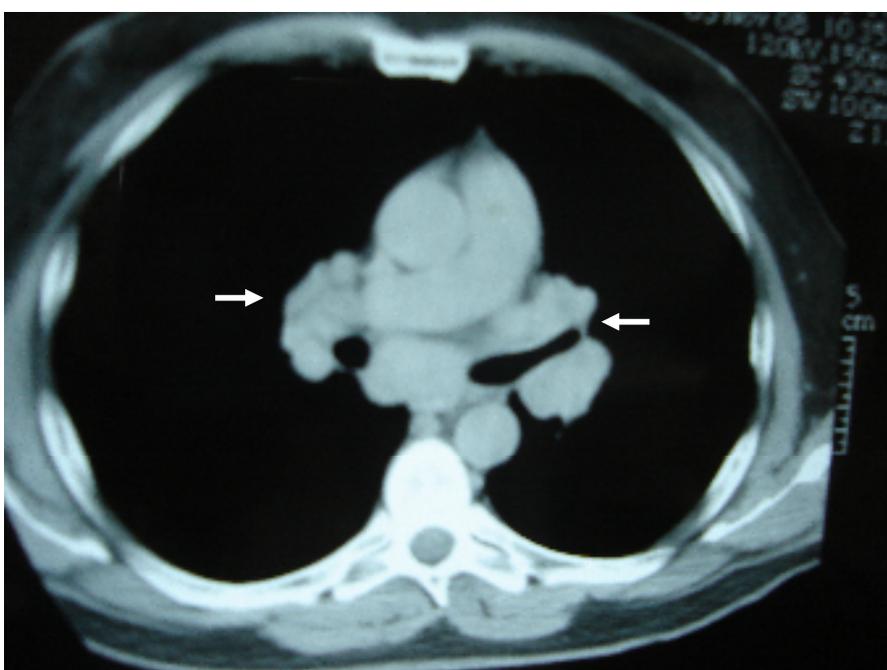
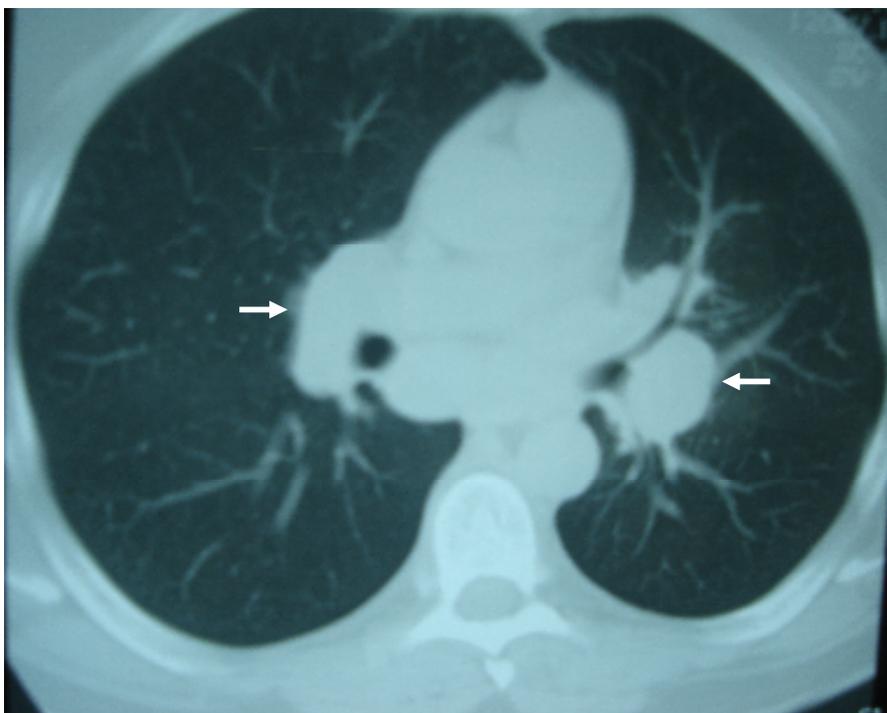


Foto 2-3

TAC de Tórax : Adenopatías hiliares bilaterales

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Diagnóstico

ENFERMEDAD DE PONCET

Ganglio: Anatomía Patológica

Proceso granulomatoso crónico necrotizante con células epitelioides y células de Langhans. Coloración de Ziehl Nielsen para BAAR: Positiva.-

Se inicia y completa tratamiento con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol con resolución completa de las adenopatías hiliares y del compromiso articular y hepático.-

Antonin Poncet¹ en 1897 describió por primera vez un cuadro de poliartritis asociada a tuberculosis pulmonar que se resolvía sin daño articular, dando origen al término Reumatismo Tuberculoso o Enfermedad de Poncet. Esta es una poliartritis reactiva, seronegativa, parainfecciosa, no destructiva, fugaz y migratriz, que involucra grandes y pequeñas articulaciones, con cultivo y baciloscopia negativa en líquido y tejido sinovial. El diagnóstico se hace por exclusión y la artritis se resuelve espontáneamente o con el tratamiento antituberculoso.^{1,2,3}

Su patogenia es desconocida. Se postula que representa una respuesta inmune a tuberculoproteínas, ya que no se ha identificado el bacilo tuberculoso en el líquido sinovial o tejidos articulares involucrados.^{2,3,4}

Esta respuesta articular a antígenos micobacterianos durante la tuberculosis activa es similar a la cutánea expresada como eritema nodoso. Ensayos de proliferación linfocítica mostraron un incremento de la reactividad de los linfocitos del líquido sinovial comparados con linfocitos de sangre periférica en un paciente con Enfermedad de Poncet.^{2,3} Dada la baja prevalencia de esta entidad, comparado con la frecuencia de la Tuberculosis, incluso en su localización

osteoarticular, se plantea la existencia de una predisposición genética, ligada al HLA (HLA DR4), que expresaría una hipersensibilidad a antígenos micobacterianos.^{2,3,4,5}

La inyección articular de *Mycobacterium tuberculosis* es capaz de producir una sinovitis crónica semejante a la artritis reumatoidea, por lo que se piensa que la micobacteria es "artritogénica".^{2,4} Esto explica que el 0.5% de los pacientes con cáncer de vejiga tratados con instilación intravesical de *M. bacillus Calmette - Guerin* sean capaces de desarrollar una artritis reactiva.^{2,4,5}

Se ha demostrado una similitud antigénica entre fracciones del *Mycobacterium tuberculosis* (proteínas del shock calórico) y del cartílago humano (proteoglicanos).^{2,3,4} En huéspedes susceptibles, este mimetismo molecular generaría, por reactividad cruzada, una respuesta inmune mediada por linfocitos T y artritis tipo reactiva. Este mismo mecanismo produce a veces serositis aséptica pleural y pericárdica.-

La Enfermedad de Poncet debe ser incluida en el diagnóstico diferencial de pacientes con fiebre y poliartritis de causa desconocida, especialmente en países con alta prevalencia de TBC.-

Referencias bibliográficas

1. Poncet A. De la polyarthrite tuberculeuse ou pseudorheumatisme chronique tuberculeux. Congr Fr Chir 1897;2 :732.
1. Malaviya A, Kotwal P. Arthritis associated with tuberculosis. Best Pract Res Clin Rheumatol 2003; 17: 319-343.
2. Herencia J, Barredo J, Yallico H, Sousa R, Bobadilla M. Enfermedad de Poncet (reumatismo tuberculoso): primer caso reportado en el Perú. Revista Peruana de Pediatría 2006; 2: 36-38.
3. Simcock D. Poncet Disease a novel cause of compliance with antituberculous drugs. Respiratory Medicine 2004; 98: 795-797.
4. Yang X, Feige U. The 65 KD heat shock protein: a Key molecule mediating the development of autoimmune arthritis. Autoimmunity. 1991; 9:83-88.
5. Kroot E; Haze J; Colin E; Dolhain J. Poncet's disease: reactive arthritis accompanying tuberculosis. Two case reports and a review of the literature. Rheumatology 2007; 46: 484 - 489.