

Dactilitis como forma de presentación de una micobacteriosis diseminada: a propósito de un caso

Daktilitis modura azaldu den mikobakteriosi barreiatua: kasu baten harira

J. Ascaiturrieta Ostolaza¹, I. Urreta Juarez¹,
M.C. Pinedo Gago¹, L. Elorriaga Sanzano²,
V. Morillo Montañes³, I. Iturralde Orive⁴

¹Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizkaia.

²Pediatría AP. Centro de Salud Etxebarri Kukullaga. ³Servicio de Dermatología. Hospital de Galdakao. ⁴Unidad de Infectología Pediátrica. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizkaia

ANTECEDENTES

La dactilitis tuberculosa es la infección de los metacarpiaros, metatarsianos o falanges y se manifiesta con tumefacción, dolor y limitación de la movilidad. Presente en el 0,65-6,9% de niños con tuberculosis, afecta más frecuentemente a las manos y en pacientes menores de 5 años. A nivel radiológico, es típica la espina ventosa o expansión quística de los huesos tubulares.

OBJETIVO

Repasar la importancia de esta entidad a través de un caso clínico.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una lactante en seguimiento por su pediatra y Dermatología desde los seis meses de edad por estancamiento ponderal y lesiones ulcerativas en piernas, con biopsia compatible con pioderma gangrenoso. Las lesiones fueron tratadas con antibiótico tópico, oral y corticoterapia sin mejoría. A los nueve meses de edad, inicia clínica de tumefacción dolorosa en tercer dedo de la mano izquierda y del segundo y tercer dedo de la mano derecha. Se realiza radiografía y se observa esclerosis ósea y reacción perióstica continua, compatible con espina ventosa. No presenta historia de tuberculosis familiar y el estudio de contactos es negativo. Previamente, se había realizado Mantoux negativo en previsión a utilizar tratamiento biológico por el pioderma. Se amplía estudio con: quantiferón negativo, analítica sanguínea (PCR 30,48 mg/L; anemia normocítica), radiografía de tórax con con-

densación en lóbulo medio y serie ósea con lesiones en clavícula derecha y húmero distal derecho compatibles con tuberculosis ósea. No se detectan micobacterias en: hemocultivo, biopsias cutánea y ósea, tinción y cultivos de muestras de aspirado gástrico (x3), lavado broncoalveolar (positivo para *H. influenzae*), orina y heces. Se reanaliza la biopsia cutánea de las lesiones previas en pierna y se observan abundantes bacilos ácido-alcohol resistentes (Ziehl Neelsen), sin poder discriminar entre *M. tuberculosis* y micobacterias atípicas, ni por microscopía, ni por PCR. Se inicia tratamiento antituberculoso con rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etambutol y piridoxina ante sospecha de micobacteriosis diseminada, con mejoría inicial pero con recaída al disminuir tratamiento tras nueve meses. Se cambia empíricamente a tratamiento de micobacterias atípicas con azitromicina, rifampicina y etambutol con buena respuesta: sin nuevas lesiones y adecuada cicatrización de las preexistentes, mejora de la curva pondero-estatural y resolución de la anemia. El estudio genético de susceptibilidad a micobacterias y de enfermedades autoinflamatorias monogénicas hereditarias son negativos.

CONCLUSIONES

La osteomielitis por micobacterias supone un reto diagnóstico por su presentación insidiosa y su baja prevalencia. No obstante, es importante pensar en ella ante lesiones osteoarticulares de tórpida evolución, por el riesgo aumentado de micobacteriosis sistémica y meningitis tuberculosa en niños pequeños. Establecido el diagnóstico, será importante tratar de filiar el tipo de micobacteria para un tratamiento dirigido que disminuya el riesgo de desarrollo de resistencias.