



## Enfermedad de Poncet: manifestación inusual de tuberculosis

### Poncet's disease: unusual manifestation of tuberculosis.

Laura Elena Godínez-Baca,<sup>1</sup> Gustavo Esteban Lugo-Zamudio<sup>2</sup>

#### Resumen

La enfermedad de Poncet es una poliartritis aséptica reactiva poco frecuente que ocurre durante cualquier etapa de una infección activa pulmonar o extrapulmonar por *Mycobacterium tuberculosis*. Existen apenas 200 casos descritos en la bibliografía y hasta el momento permanece como diagnóstico de exclusión sin patogenia bien definida. Suele responder rápida y satisfactoriamente al tratamiento antituberculoso sin dejar secuelas. Este artículo revisa la epidemiología, patogenia, manifestación clínica, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad de Poncet.

**PALABRAS CLAVE:** Reumatismo tuberculoso; enfermedad de Poncet; artritis reactiva.

#### Abstract

Poncet's disease is a rarely reported aseptic reactive polyarthritis associated to active pulmonary or extrapulmonary infection caused by *Mycobacterium tuberculosis*. There are no more than 200 cases reported in the literature and still remains as a diagnosis of exclusion with unknown pathogenesis. It quickly and remarkably resolves with antituberculous drugs, has usually a good prognosis and does not turn into chronic arthritis. This article reviews the epidemiology, pathogenesis, clinical presentation, diagnosis, treatment options and prognosis of Poncet's disease.

**KEYWORDS:** Tuberculous rheumatism; Poncet's disease; Reactive arthritis.

<sup>1</sup> Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México. Médico residente de Reumatología.

<sup>2</sup> Director médico y profesor titular del Curso de Posgrado en Reumatología. Hospital Juárez de México, Ciudad de México.

**Recibido:** 2 de julio 2018

**Aceptado:** 26 de septiembre 2018

#### Correspondencia

Laura Elena Godínez Baca  
laura.godinez@live.com

#### Este artículo debe citarse como

Godínez-Baca LE, Lugo-Zamudio GE. Enfermedad de Poncet: manifestación inusual de tuberculosis. Med Int Méx. 2019 marzo-abril;35(2):268-272. <https://doi.org/10.24245/mim.v35i2.2355>



## ANTECEDENTES

La tuberculosis, a pesar de ser una enfermedad infecciosa prevenible y curable, sigue siendo un problema de salud pública en todo el mundo. Debido a factores predisponentes, como la diabetes, desnutrición, alcoholismo, adicciones y coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), vinculados con la explosión demográfica, pobreza y movimientos migratorios, la Organización Mundial de la Salud la ha declarado como enfermedad reemergente. Según datos del CENAPRECE 2018 (Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades) se estima que un tercio de la población mundial está infectada con *Mycobacterium tuberculosis* y entre 5 y 10% de ellos padecerá la enfermedad en algún momento de su vida, con mortalidad de, incluso, 50% en cinco años si no se recibe el tratamiento adecuado.<sup>1</sup>

En América, México ocupa el cuarto lugar por número de casos de tuberculosis después de Brasil, Perú y Haití, registrando más de 19 mil casos de tuberculosis y cerca de 2000 muertes por esta causa. La localización pulmonar abarca más de 80% de los casos, afecta mayormente a la población entre 15 y 49 años de edad; sin embargo, las formas de tuberculosis extrapulmonar también son frecuentes: ganglionar, peritoneal, gastrointestinal, pleural, genitourinaria, miliar, meníngea y músculo-esquelética, entre otras.<sup>1</sup>

## Definición y epidemiología

La enfermedad de Poncet la describió en 1897 el médico francés Antonin Poncet<sup>2,3</sup> y se define como poliartritis reactiva aséptica asociada con infección por tuberculosis, sin otra causa de artritis identificada.<sup>4</sup>

Las formas de tuberculosis extrapulmonar más frecuentes son la meníngea, ganglionar, pleural y genitourinaria, mientras que la forma

músculo-esquelética ocurre sólo en 1 a 3% de los pacientes con infección por *M. tuberculosis*, de los que 50% tendrá infección pulmonar.<sup>2,4,5</sup> Las manifestaciones músculo-esqueléticas de la tuberculosis pueden darse como monoartritis séptica, tenosinovitis, bursitis, osteomielitis, abscesos de tejidos blandos o artritis reactiva (enfermedad de Poncet).<sup>4</sup> En el caso de esta última, se han descrito no más de 200 casos en la bibliografía,<sup>6</sup> con predominio en pacientes jóvenes y discretamente más frecuente en el sexo femenino<sup>7</sup> con mayor número de casos publicados en la India (70 casos), Brasil (26 casos) y México (20 casos).<sup>8</sup>

## Causas

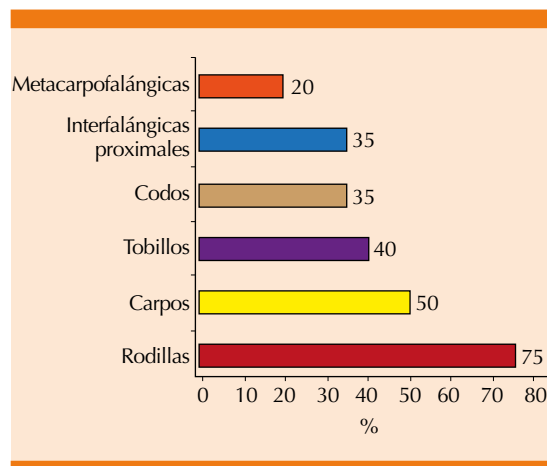
La causa de la enfermedad de Poncet permanece desconocida. Se ha postulado que exista predisposición genética que vincula los haplotipos HLA-DR3, HLA-DR4,<sup>6,9</sup> HLA-B27, HLA DQB1\*0301<sup>10</sup> y se trata de una reacción inmunológica de hipersensibilidad por activación de las células T CD4 y CD8 ante antígenos de la micobacteria.<sup>2,3,7</sup> Las vías inmunológicas que se han propuesto son: el depósito de inmunocomplejos que desencadenan la respuesta inflamatoria, la producción de superantígenos artrítogénicos por la micobacteria, la migración y depósito de antígeno dentro de la articulación y, por último, el mimetismo molecular entre la micobacteria y las proteínas del cartílago y proteoglucanos de la matriz extracelular, en especial el colágeno tipo II.<sup>5,8,10,11</sup>

## Cuadro clínico

Típicamente, los pacientes muestran poliartritis seronegativa simétrica, migratoria, no erosiva, con o sin síntomas axiales, vinculados en ocasiones con entesopatía. Las articulaciones más afectadas suelen ser los tobillos (63%), las rodillas (58%), los carpos (29%) y los codos (23%).<sup>4,6</sup> Sin embargo, también puede manifestarse como

oligoartritis y monoartritis en 40 y 24% de los casos, respectivamente.<sup>6</sup> Abdulaziz y su grupo reportaron en 2012 la existencia de sinovitis también en articulaciones pequeñas de las manos, en una cohorte de siete pacientes en Arabia Saudita, las articulaciones metacarpofalángicas fueron las más afectadas.<sup>5</sup> Asimismo, Lugo-Zamudio y su grupo<sup>10</sup> también reportaron en 2010 las características clínicas más frecuentes en una cohorte de 20 pacientes mestizos mexicanos con enfermedad de Poncet con foco tuberculoso genitourinario, las artritis y artralgias fueron lo más frecuente (100% de los pacientes), seguidas de rigidez matutina (60%), mialgias (30%), cervicalgia (25%) y nódulos subcutáneos (3.1%).<sup>10</sup> En cuanto a las articulaciones más afectadas, reportó proporciones similares a lo encontrado en otras cohortes de pacientes con enfermedad de Poncet (**Figura 1**).<sup>10</sup> En algunos pacientes puede haber fiebre, adenopatías, diaforesis, pérdida de peso, rigidez matutina<sup>3,4,6,8,11</sup> y eritema nodoso, lo que anteriormente se consideraba típico de la enfermedad de Poncet; sin embargo, únicamente ocurre en 6% de estos pacientes.<sup>7,9,12</sup>

A diferencia de la artritis reactiva, en la que el inicio de los síntomas ocurre semanas antes



**Figura 1.** Porcentaje de articulaciones más afectadas en pacientes mexicanos con enfermedad de Poncet.

de la artritis y frecuentemente se asocia con sacroileítis, la enfermedad de Poncet rara vez se vincula con dolor sacroiliaco (sólo dos casos reportados)<sup>12</sup> y los síntomas ocurren meses antes de la artritis. Del mismo modo, mientras que en la artritis reactiva el alivio de la flogosis y dolor ocurren de manera tardía al inicio del tratamiento, en la enfermedad de Poncet el alivio se ha descrito incluso días después del inicio de los fármacos. Por último, cabe destacar que, en algunos casos, la artritis reactiva puede evolucionar a la cronicidad porque los cambios inflamatorios persistentes previos al diagnóstico y tratamiento tienen el potencial de provocar secuelas en la superficie articular, pero esto no se ha reportado en la enfermedad de Poncet.<sup>4,6,13</sup>

### Diagnóstico

La enfermedad de Poncet permanece como diagnóstico de exclusión, una vez que se han descartado otras causas de poliartritis por serología, cultivos y clínica. En el abordaje, la citometría hemática, pruebas de función hepática, renal y uroanálisis suelen encontrarse en parámetros normales, mientras que los reactantes de fase aguda, como la velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva, comúnmente están elevados.<sup>12,13</sup> Por lo general, el factor reumatoide y anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado (anti-CCP) han resultado negativos en los casos reportados;<sup>2,3,6,9,11,12</sup> sin embargo, ambos marcadores ya no se consideran marcadores exclusivos de la artritis reumatoide pues se han detectado elevados en casos de crioglobulinemia, endocarditis, tuberculosis,<sup>14</sup> cirrosis biliar primaria y algunos tipos de cáncer. Particularmente, en la infección por tuberculosis, 8-60% de los casos se relacionan con factor reumatoide positivo y 7 a 39% son positivos para anti-CCP.<sup>3</sup> Por lo anterior, de encontrarse detectables a título alto, es mandatorio hacer el diagnóstico diferencial.



Es una generalidad que los cultivos y tinciones del líquido y tejido sinovial resulten negativos, sin evidencia de infección por la micobacteria dentro de las articulaciones afectadas<sup>3,5,8,12</sup> con conteos leucocitarios menores a 10 mil leucocitos/mm<sup>3</sup>, con predominio linfocitario y sin cristales.<sup>3,9,12</sup> Asimismo, la infección activa por tuberculosis sí debe demostrarse por prueba de tuberculina (PPD) o Matoux, cultivos bacteriológicos (por ejemplo Lowenstein-Jensen), amplificación de ácidos nucleicos, baciloscopias (para tinción de Ziehl-Neelsen), cuantificación de interferón gamma (prueba T-SPOT o QuantiFERON) [o todas] o, bien, por análisis histopatológico de tejidos donde pueden observarse granulomas, células gigantes multinucleadas, necrosis caseosa o directamente el bacilo.<sup>6</sup> Además, la rápida mejoría durante las primeras semanas que se observa en los pacientes posterior al inicio del tratamiento antituberculoso también apoya El diagnóstico.<sup>4,9</sup>

Hace poco Rueda-Juan y colaboradores describieron criterios diagnósticos para la enfermedad de Poncet en 2013, que incluyen: 1) evidencia de tuberculosis activa extraarticular; 2) daño de más de una articulación que incluya rodillas y tobillos; 3) que no exista daño axial, vertebral o sacroiliaco; 4) resultados de laboratorio inespecíficos; 5) remisión completa después de la terapia antituberculosa; 6) sin artritis crónica; 7) se han excluido otras causas y enfermedades reumatológicas.<sup>6,8</sup>

El diagnóstico diferencial debe hacerse con artritis reumatoide, sarcoidosis, enfermedad inflamatoria intestinal, fiebre reumática, histoplasmosis, coccidioidomicosis, artritis séptica, síndrome de Löfgren y administración de fármacos como sulfas, penicilina y anticonceptivos orales.<sup>12</sup>

### Tratamiento

En todos los casos descritos, la administración del esquema acortado supervisado que consiste en: dos meses de 300 mg/día de isoniácida, 600 mg/día de rifampicina, 1.5 g/día de pirazinamida y 1.2 mg/día de etambutol, seguido de 4-6 meses (45 dosis) de 800 mg de isoniácida tres veces por semana + 600 mg de rifampicina tres veces por semana fue exitoso, con alivio de los síntomas en un periodo variable que fue desde cinco días<sup>4,5,12,14</sup> hasta cuatro semanas.<sup>2,3,9,10</sup>

### Pronóstico

La enfermedad de Poncet tiene pronóstico favorable, sin haber hasta el momento casos reportados de artritis crónica, a diferencia de la monoartritis por tuberculosis que sí puede complicarse con artropatía erosiva, osteomielitis y formación de fístula cutánea.<sup>3,4,6,12</sup>

## CONCLUSIONES

La enfermedad de Poncet es una enfermedad poco frecuente que debe considerarse en casos de poliartritis aséptica una vez que se han descartado otras causas de poliartritis, porque el tratamiento oportuno confiere excelente respuesta y pronóstico para los pacientes.

## REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud. (2018). Programa de Acción específico: Prevención y control de la tuberculosis 2013-2018. Programa sectorial de salud. Junio 2018, de Secretaría de salud. Sitio web: [http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE\\_PreencionControlTuberculosis2013\\_2018.pdf](http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PreencionControlTuberculosis2013_2018.pdf)
2. Gupta KB, Prakash P. Recurrent Poncet's disease- a rare presentation. *Ind J Tub* 2001;48:31-33.
3. Ariza-Prota M, Pando-Sandoval A, García-Clemente M et al. Poncet's disease mimicking rheumatoid arthritis in a

- patient with suspected Crohn's disease. Clin Case Rep 2016;4(1):72-75.
4. Silva I, Mateus M, Branco J. Poncet's disease: a symmetric seronegative polyarthritis with enthesopathy refractory to therapy. Acta Reumatol Port 2013;38(3):192-5.
  5. Abdulaziz S, Almoallim H, Ibrahim A. et al. Poncet's disease (reactive arthritis associated with tuberculosis): retrospective case series and review of literature. Clin Rheumatol 2012;31:1521-1528.
  6. Es-Souiri J, Mounir A, Kona I, et al. Poncet's disease: A challenging cause of polyarthritis in a Moroccan patient. Egyptian Rheumatologist 2017;39(3):183-85.
  7. Erkol-Inal E, Keskin D, Bodur H. A case of Poncet's disease: tuberculous rheumatism. Turk J Phys Med Rehab 2015;61:77-9.
  8. Lugo-Zamudio GE, Barbosa-Cobos RE, González-Ramírez LV, et al. Reumatismo tuberculoso. Enfermedad de Poncet. Reporte de caso. Cir Cir 2014;84(2):169-172.
  9. Chakraborty P, Ray S, Selvan C, et al. Poncet's disease: an unusual presentation of tuberculosis in a diabetic lady. World J Clin Cases 2015;3(4):385-388.
  10. Lugo-Zamudio GE, Yamamoto-Furusho JK, Delgado-Ochoa D, et al. Human leukocyte antigen typing in tuberculous rheumatism: Poncet's disease. Int J Tuberc Lung Dis 2010;14(7):916-920.
  11. Dall L, Long L, Stanford J. Poncet's disease: tuberculous rheumatism. Rev Infect Dis 1989;11(1):105-107.
  12. Kroot EJA, Hazes JMW, Colin EM, et al. Poncet's disease: reactive arthritis accompanying tuberculosis. Two case reports and a review of the literature. Rheumatology 2007;46:484-489.
  13. Dheda K. Tuberculosis and Poncet's disease: the many faces of an old enemy. Lancet 2016;387(10018):618.
  14. Adhi F, Hasan R, Adhi M, et al. Poncet's disease: two case reports. J Med Case Rep 2017;11:93.

### AVISO PARA LOS AUTORES

*Medicina Interna de México* tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: **[www.revisionporpares.com/index.php/MIM/login](http://www.revisionporpares.com/index.php/MIM/login)** podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.