REVISTA VIRTUAL
SOCIEDAD PARAGUAYA DE MEDICINA INTERNA

REPORTE DE CASO

https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2026.e13142623

Tuberculosis monoarticular de muñeca: reporte de dos casos con evolución subaguda en una localización infrecuente

Monoarticular tuberculosis of the wrist: a report of two cases with subacute progression in an uncommon location

Miguel Angel Montiel Alfonso [1,2], Rocío Olmedo Rodríguez [2], Stela Samaniego Nielebock [2], Lis Fabiola Rondelli Martínez [2], María José Gómez [2]

[1] Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Facultad de Ciencias de la Salud. Asunción, Paraguay.
[2] Instituto de Previsión Social, Hospital Central, Servicio de Infectología Clínica. Asunción, Paraguay

Editor responsable: *Raúl Real Delor. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.*
Revisor: *Bo Min Kim. Universidad Autónoma San Sebastián. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. San Lorenzo, Paraguay.*

Cómo referenciar este artículo: Montiel Alfonso MA, Olmedo Rodríguez R, Samaniego Nielebock S, Rondelli Martínez LF, Gómez MJ. Tuberculosis monoarticular de muñeca: reporte de dos casos con evolución subaguda en una localización infrecuente. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2026; 13 (1): e13142623

RESUMEN

La tuberculosis osteoarticular representa una forma poco frecuente de infección extrapulmonar, con una prevalencia estimada entre 1 y 3% de los casos. La afectación de la muñeca es excepcional y puede presentarse de forma aislada o asociada a compromiso pulmonar. En Paraguay, la incidencia de tuberculosis ha aumentado en la última década, con predominio de formas pulmonares, aunque las extrapulmonares muestran una tendencia creciente en poblaciones vulnerables.

Artículo recibido: *17 marzo 2026*
Artículo aceptado*: 10 abril 2026*

Autor correspondiente:
Dr. Miguel Angel Montiel Alfonso
Correo electrónico: mamontie@ips.gov.py

Dictamen:
https://revistaspmi.org.py/dictamenes/2026/86_26_dictamen.pdf

Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

Se reportan dos casos clínicos de tuberculosis monoarticular de muñeca. El primero corresponde a una mujer de 61 años con masa dolorosa y fistulización dorsal, sin compromiso pulmonar activo. El segundo, a un varón de 28 años con antecedente de tuberculosis pulmonar y tumoración dorsal con impotencia funcional. En ambos casos se realizaron estudios de imagen, biopsia sinovial y cultivo, confirmando infección por *Mycobacterium tuberculosis*. Se instauró tratamiento antibacilar complementado con desbridamiento quirúrgico.

La tuberculosis monoarticular de muñeca, aunque infrecuente, puede simular procesos inflamatorios crónicos, tenosinovitis o incluso neoplasias, lo que dificulta su reconocimiento temprano. La confirmación requiere sospecha clínica elevada y estudios microbiológicos. El tratamiento antibacilar, junto con el abordaje quirúrgico en casos seleccionados, permite una evolución favorable. Reconocer esta entidad a tiempo es clave para evitar secuelas funcionales y mejorar el pronóstico.

Palabras claves: tuberculosis, muñeca, tuberculosis osteoarticular, absceso, procedimientos ortopédicos, desbridamiento

ABSTRACT

Osteoarticular tuberculosis is a rare form of extrapulmonary infection, with an estimated prevalence of 1–3% of cases. Involvement of the wrist is rare and may occur in isolation or in association with pulmonary disease. In Paraguay, the incidence of tuberculosis has increased over the past decade, with pulmonary forms predominating, although extrapulmonary forms show an upward trend in vulnerable populations.

We report two clinical cases of monoarticular wrist tuberculosis. The first case involves a 61-year-old woman with a painful mass and dorsal fistulization, without active pulmonary involvement. The second case involves a 28-year-old man with a history of pulmonary tuberculosis and a dorsal mass with functional impairment. In both cases, imaging studies, synovial biopsy, and culture were performed, confirming infection with *Mycobacterium tuberculosis*. Antituberculosis treatment was initiated, supplemented with surgical debridement.

Monoarticular tuberculosis of the wrist, although rare, can mimic chronic inflammatory processes, tenosynovitis, or even neoplasms, which hinders its early recognition. Confirmation requires a high clinical index of suspicion and microbiological testing. Antituberculosis treatment, along with a surgical approach in selected cases, leads to a favorable outcome. Timely recognition of this condition is key to preventing functional sequelae and improving the prognosis.

Keywords: tuberculosis, wrist, osteoarticular tuberculosis, abscess, orthopedic procedures, debridement

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública prioritario en Paraguay, con una incidencia nacional que ha mostrado una tendencia ascendente en la última década. Según el Informe Epidemiológico del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, en 2023 se notificaron 4.108 nuevos casos, con una tasa de incidencia de 54,3 por cada 100.000 habitantes [1,2]. Las formas extrapulmonares representan aproximadamente el 15% de los diagnósticos, siendo la tuberculosis osteoarticular una de las manifestaciones menos frecuentes, con

una prevalencia estimada entre 1 y 3% [3]. La localización vertebral es la más común, mientras que el compromiso de articulaciones periféricas, como la muñeca, es excepcional y escasamente documentado en la literatura regional [3,4].

La presentación clínica de la tuberculosis osteoarticular suele ser insidiosa, con síntomas poco específicos como dolor persistente, tumefacción localizada, limitación funcional progresiva y, en algunos casos, formación de abscesos con trayectos fistulosos [4]. Esta evolución subaguda, junto con la ausencia de signos sistémicos en muchos pacientes, contribuye al retraso diagnóstico y al inicio tardío del tratamiento. En contextos de alta endemicidad, como el paraguayo, la coexistencia con tuberculosis pulmonar activa o latente puede alcanzar hasta el 40% de los casos osteoarticulares, lo que refuerza la necesidad de una evaluación integral [5].

El diagnóstico requiere una combinación de estudios de imagen, pruebas inmunológicas, técnicas moleculares y análisis histopatológicos. La resonancia magnética permite detectar sinovitis hipertrófica, erosión ósea y colecciones subcutáneas, mientras que la biopsia sinovial y el cultivo en medios específicos continúan siendo el estándar de oro para la confirmación etiológica [6,7]. El tratamiento se basa en esquemas antibacilares prolongados, complementados con abordaje quirúrgico en casos con necrosis, abscesos o compromiso funcional severo [8].

En este trabajo se presentan dos casos clínicos de tuberculosis monoarticular de muñeca, con evolución subaguda, diagnóstico microbiológico confirmado y resolución quirúrgica complementada con tratamiento antibacilar. Ambos casos ilustran la importancia de considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial de lesiones articulares crónicas, especialmente en pacientes con factores de riesgo o antecedentes de tuberculosis, y destacan el valor del abordaje multidisciplinario para evitar secuelas funcionales.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Caso 1

Una mujer de 61 años, con antecedentes de artrosis de muñeca y cirugía previa por quiste sinovial cubitocarpal, consultó por la aparición progresiva de una masa dolorosa en la muñeca izquierda, de seis meses de evolución. La paciente refería tumefacción persistente, limitación funcional progresiva y episodios de secreción purulenta espontánea a través de un trayecto fistuloso dorsal. No presentaba fiebre ni síntomas constitucionales, aunque mencionaba tos seca intermitente en las últimas semanas.

En el examen físico se observó una tumoración de aproximadamente 5 cm en la región dorsal de la muñeca, fluctuante, con bordes mal definidos y drenaje purulento activo (figura 1). La movilidad articular estaba limitada en todos los planos, con dolor a la palpación profunda y signos de sinovitis. No se evidenciaban linfadenopatías periféricas ni signos de compromiso sistémico.



Figura 1. Tumoración dorsal de muñeca de bordes mal definidos, fluctuante, con drenaje purulento activo.

Los estudios de laboratorio mostraron leucocitosis moderada (9.200/mm³), linfocitosis relativa (41%), velocidad de sedimentación globular de 72 mm/h y proteína C reactiva de 48 mg/L. El tamizaje para VIH resultó no reactivo y la radiografía de tórax no presentó hallazgos patológicos. En cuanto a las pruebas de imagen localizadas, la radiografía simple reveló osteopenia difusa, erosión cortical en el radio distal y signos de destrucción ósea en el escafoides. Por su parte, la resonancia magnética evidenció sinovitis hipertrófica, una colección subcutánea dorsal con extensión hacia planos profundos y erosión ósea en el carpo y radio distal, hallazgos compatibles con un proceso infeccioso crónico.

Ante la sospecha de tuberculosis osteoarticular, se solicitó tomografía computarizada de tórax, que mostró infiltrado pulmonar micronodulillar difuso en lóbulos superiores, sin cavitaciones. La prueba de tuberculina (PPD) fue positiva con induración de 20 mm, y el ensayo de liberación de interferón gamma (Quantiferón-TB Gold) confirmó infección latente. Se realizó abordaje dorsal con resección de tejido sinovial necrótico y evacuación de colección caseosa de aproximadamente 15 ml, con compromiso parcial del radio distal y carpo. El procedimiento se efectuó previo al inicio del esquema antibacilar.

El análisis anatomopatológico reveló inflamación crónica granulomatosa con necrosis caseosa central y células gigantes multinucleadas tipo Langhans. El cultivo en medio de Löwenstein-Jensen mostró crecimiento de *Mycobacterium tuberculosis* a los 28 días, sensible a los fármacos de primera línea. Se inició tratamiento antibacilar con esquema HRZE (isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol) durante dos meses, seguido de fase de continuación con HR por siete meses.

La evolución fue favorable. A las siete semanas, la paciente presentó cierre completo del trayecto fistuloso, disminución del dolor y recuperación progresiva de la movilidad. Los marcadores inflamatorios se normalizaron al tercer mes, y la imagen de control mostró signos de consolidación ósea sin nuevas lesiones. Al finalizar el tratamiento, la paciente se encontraba asintomática, con función articular conservada y sin evidencia de recaída.

La evolución funcional se evaluó clínicamente mediante recuperación de la movilidad y resolución del dolor, sin aplicación de escalas validadas como DASH *(Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand questionnaire)* o PRWE *(Patient-Rated Wrist Evaluation).*

Caso 2

Un varón de 28 años, con antecedentes de tuberculosis pulmonar diagnosticada dos años antes y abandono del tratamiento, consultó por la aparición de una masa dolorosa en la muñeca izquierda, de tres meses de evolución. El cuadro se acompañaba de impotencia funcional progresiva, episodios febriles vespertinos, sudoración nocturna y pérdida de peso no cuantificada. El paciente había estado recientemente en situación de reclusión, en condiciones de hacinamiento y sin acceso regular a controles médicos.

Al examen físico se observó una tumoración de aproximadamente 5 cm en la región dorsal de la muñeca izquierda, de consistencia fluctuante, con eritema, calor local y dolor a la movilización pasiva (figura 2). La flexión y extensión estaban severamente limitadas, y se evidenciaba atrofia muscular en el antebrazo. No se identificaron adenopatías periféricas ni signos de compromiso respiratorio agudo.



Figura 2. Tumoración dorsal de muñeca con eritema, atrofia muscular y signos inflamatorios.

Los estudios de laboratorio mostraron leucocitosis leve (10.400/mm³), linfocitosis relativa (44%), velocidad de sedimentación globular de 78 mm/h y proteína C reactiva de 62 mg/L. El tamizaje para VIH resultó no reactivo y la radiografía de tórax se reportó dentro de los límites normales. En cuanto a los estudios locales, la radiografía simple reveló osteólisis metafisaria en el radio distal, con destrucción parcial del semilunar y signos de erosión en el trapecio (figura 3). Complementariamente, la resonancia magnética evidenció tenosinovitis flexora con colección subaponeurótica, sinovitis hipertrófica y compromiso óseo carpal, hallazgos compatibles con un proceso infeccioso crónico.



Figura 3. Radiografía simple de antebrazo y mano que muestra osteólisis metafisaria en el radio distal, con destrucción parcial del hueso semilunar y erosión del trapecio.

Se efectuó abordaje dorsal con desbridamiento amplio de sinovitis hipertrófica y evacuación de secreción purulenta caseosa de 10 ml aproximadamente, con compromiso óseo del semilunar y trapecio. Se colocó drenaje pasivo durante una semana.

Ante la sospecha de tuberculosis osteoarticular, se solicitó estudio molecular en secreción purulenta. El GeneXpert resultó positivo para *Mycobacterium tuberculosis*, sin mutaciones asociadas a resistencia a rifampicina. La baciloscopía fue 2+ en dos muestras consecutivas. Se realizó desbridamiento quirúrgico con toma de muestra sinovial para cultivo, lavado articular y colocación de drenaje pasivo.

El análisis histopatológico confirmó inflamación granulomatosa con necrosis caseosa, y el cultivo en medio de Löwenstein-Jensen mostró crecimiento de *M. tuberculosis* a los 25 días. Se inició tratamiento antibacilar con esquema HRZE ajustado por peso, con buena tolerancia clínica.

La evolución funcional se evaluó clínicamente mediante recuperación de la movilidad y resolución del dolor, sin aplicación de escalas validadas como DASH o PRWE. A los veinte días de iniciado el tratamiento, el paciente presentó resolución de la fiebre y disminución progresiva de la tumefacción. El drenaje se retiró a las tres semanas, y se inició rehabilitación funcional supervisada. A los tres meses, los marcadores inflamatorios se habían normalizado, y la movilidad articular mejoró significativamente. Al completar los nueve meses de tratamiento, el paciente se encontraba asintomático, con función articular conservada y sin signos de recaída clínica ni radiológica.

DISCUSIÓN

La tuberculosis osteoarticular representa una forma poco frecuente pero clínicamente relevante de tuberculosis extrapulmonar [9]. En Paraguay, según el Informe Epidemiológico del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, se notificaron más de 4.000 casos en 2023, de los cuales aproximadamente el 15% correspondieron a formas extrapulmonares [1]. La afectación osteoarticular se estima en torno al 1–3% de estos casos, siendo la columna vertebral la localización predominante. La tuberculosis de muñeca, como la observada en los casos presentados, es excepcional y escasamente reportada en la literatura nacional y regional [10].

A nivel latinoamericano, la incidencia de tuberculosis extrapulmonar varía según el acceso al diagnóstico, la prevalencia de VIH y las condiciones socioeconómicas. En poblaciones vulnerables como personas privadas de libertad, indígenas y pacientes inmunocomprometidos, la frecuencia de formas extrapulmonares puede superar el 30%, con presentaciones clínicas atípicas y evolución subaguda [11]. La literatura internacional coincide en que la tuberculosis osteoarticular suele deberse a reactivación de focos latentes por diseminación hematógena, afectando preferentemente articulaciones con vascularización rica como la cadera, rodilla y columna [8].

La etiología en ambos casos fue confirmada por cultivo de *Mycobacterium tuberculosis* y hallazgos histopatológicos compatibles con inflamación granulomatosa con necrosis caseosa [12]. En el primer caso, la paciente presentaba una forma localizada sin compromiso pulmonar activo, mientras que, en el segundo, el antecedente de tuberculosis pulmonar y el abandono terapéutico sugieren una reactivación con diseminación osteoarticular. La coexistencia de lesiones pulmonares subclínicas, como el infiltrado micronodulillar observado en la tomografía del primer caso, refuerza la necesidad de una evaluación sistémica en pacientes con sospecha de tuberculosis articular [6].

El curso clínico suele ser insidioso, con dolor persistente, tumefacción progresiva, limitación funcional y, en algunos casos, formación de abscesos fríos con trayectos fistulosos [8]. Estos signos pueden confundirse con artritis reumatoide, tenosinovitis crónica, osteomielitis bacteriana o incluso neoplasias, lo que retrasa el diagnóstico [13]. En ambos pacientes, la evolución subaguda y la falta de respuesta a tratamientos convencionales motivaron la realización de estudios de imagen y biopsia sinovial, fundamentales para la confirmación etiológica.

El diagnóstico se basa en una combinación de pruebas: radiografía simple, resonancia magnética, pruebas inmunológicas (PPD, Quantiferón), técnicas moleculares (GeneXpert) y cultivo [7,14]. La resonancia permite identificar sinovitis hipertrófica, erosión ósea y colecciones subcutáneas, mientras que el GeneXpert aporta rapidez y sensibilidad en la detección de *M. tuberculosis*, además de evaluar resistencia a rifampicina. El cultivo sigue siendo el estándar de oro, aunque su demora puede limitar decisiones terapéuticas iniciales [15].

El tratamiento incluye esquema antibacilar prolongado (HRZE por dos meses, seguido de HR por siete meses), ajustado según tolerancia y peso [1]. En ambos casos, se complementó con desbridamiento quirúrgico, indicado por la presencia de abscesos, necrosis y compromiso funcional. La evolución fue favorable, con resolución clínica, normalización de marcadores inflamatorios y recuperación funcional progresiva. La rehabilitación precoz fue clave para evitar secuelas articulares.

El pronóstico de la tuberculosis osteoarticular depende de la precocidad del

diagnóstico, la adherencia al tratamiento y el abordaje multidisciplinario. En ausencia de tratamiento, puede evolucionar hacia destrucción articular irreversible, anquilosis o diseminación sistémica [12]. En los casos presentados, el manejo oportuno permitió preservar la función articular y evitar complicaciones.

En conclusión, la tuberculosis de muñeca, aunque infrecuente, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de lesiones articulares crónicas, especialmente en pacientes con factores de riesgo o antecedentes de tuberculosis. El reconocimiento temprano, el uso de herramientas diagnósticas adecuadas y el tratamiento integral son fundamentales para mejorar el pronóstico y reducir la carga de enfermedad.

Conflictos de interés

Los autores no declaran conflictos de interés comercial.

Contribución de los autores

Todos los autores han contribuido para la recolección y análisis de datos, redacción y aprobación final del manuscrito.

Financiamiento

Autofinanciado

Disponibilidad de datos

Los datos utilizados en este estudio están disponibles previa solicitud al autor correspondiente: Dr. Miguel Angel Montiel Alfonso. Correo: mamontie@ips.gov.py

Revisión por pares

Este artículo fue evaluado mediante proceso de revisión por pares a doble ciego, acorde a las políticas de transparencia editorial de la revista. Los revisores autorizaron que sus nombres y dictámenes fueran publicados. Las observaciones y comentarios emitidos por los revisores fueron considerados por los autores, quienes aplicaron las modificaciones necesarias a la versión final publicada. El dictamen del revisor puede consultarse en el siguiente enlace: https://revistaspmi.org.py/dictamenes/2026/86_26_dictamen.pdf

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Informe epidemiológico de tuberculosis – Paraguay. [Internet]. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Vigilancia de la Salud, Dirección de Enfermedades Transmisibles, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis; 2023. [citado 18 Mar 2026]. Disponible en: https://dgvs.mspbs.gov.py/wp-content/uploads/2025/01/Informe-TB-2023.pdf

2. Rivas Kiese M, Casco M, Lird G, Cuevas A, Gómez C, González J, et al. Tuberculosis miliar con afectación pulmonar y articular. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int [Internet]. 2016 [citado 18 Mar 2026] ; 3(2):124-8. Disponible en: https://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932016000200012&lng=es.%20%20https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2016.03(02)124-128

3. Touzi M, Benchekaya N, Grassa R, Kammoun M. Estado actual de la tuberculosis ósea y articular de los miembros. EM-Consulte [Internet]. 2025 [citado 18 Mar 2026];58(1): E-14-205-A-10. Disponible en: https://www.studocu.com/bo/document/universidad-publica-de-el-alto/medicina-interna/tb-osea-y-articular-descripcion-de-tuberculosis-pulmonar/123872895

4. Zou L, Guo X, Xue H, Huang D, Lv H, Tan M. Wrist tuberculosis—experience from eighteen cases: a retrospective study. J Orthop Surg Res [Internet]. 2021 [cited 2026 Mar 18];16(1):37. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33422113/

5. Organización Mundial de la Salud. Definiciones y marco de trabajo para la notificación de tuberculosis. Revisión 2013 (actualizado en diciembre de 2014). [Internet]. Geneva: OMS; 2014. [citado 18 Mar 2026]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/111016/9789243505343_spa.pdf

6. Chen PY, Qiu LY, Wang YJ, Shi NCh, Xu J. Imaging diagnosis of synovial tuberculosis of sheath of wrist. Zhongguo Gu Shang [Internet]. 2010 [cited 2026 Mar 18];23(5):373–5. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20575296/ Subscription required

7. Hsu ChY, Lu HCh, Shih TTF. Tuberculous infection of the wrist: MRI features. AJR Am J Roentgenol [Internet]. 2004 [cited 2026 Mar 18];183(3):623–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15333346/

8. Lanau Campo C, Oliver García E, Aramburu Llorente J, Pujol Saumell M, Sánchez López N, Cañadillas Sánchez E, Juárez Mayor P, et al. Revisión de la tuberculosis osteoarticular, a propósito de un caso. Rev Electrón.PortalesMedicos.com [Internet]. 2024 [citado 18 Mar 2026];19(20):905. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/revision-de-la-tuberculosis-osteoarticular-a-proposito-de-un-caso/

9. Procopie I, Popescu EL, Huplea V, Pleșea RM, Ghelase ȘM, Stoica GA, et al. Osteoarticular tuberculosis: brief review of clinical, morphological and therapeutic profiles. Curr Health Sci J [Internet]. 2017 [cited 2026 Mar 18];43(3):171–90. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30595874/

10. Rodriguez-Takeuchi SY, Renjifo ME, Medina FJ. Extrapulmonary tuberculosis: pathophysiology and imaging findings. RadioGraphics [Internet]. 2019 [cited 2026 Mar 18];39(7):2023–37. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31697616/

11. Hernández-Solis A, Quintana-Martínez A, Quintanar-Ramírez MI, Álvarez-Maldonado P, Reding-Bernal A. Tuberculosis extrapulmonar: un problema de salud pública. Cir cir [Internet]. 2023 [citado 18 Mar 2026];91(1):131–8. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2023000100131&lng=es&nrm=iso&tlng=es

12. Jain AK. Tuberculosis of the skeletal system. [Book sreview]. Indian J Orthop [Internet]. 2016 [cited 2026 Mar 18];50(3):337. Available from: https://link.springer.com/article/10.4103/0019-5413.181778

13. Mazurek GH, Jereb J, Vernon A, LoBue P, Goldberg S, Castro K. Updated guidelines for using Interferon Gamma Release Assays to detect Mycobacterium tuberculosis infection --- United States, 2010. MMWR [Internet]. 2010 [cited 2026 Mar 18];59(RR05):1–25. Available from: https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5905a1.htm

14. Desdiani D, Rizal H, Basuki A, Fadilah F. Case report: delayed treatment of tuberculosis of the elbow joint. F1000Res [Internet]. 2021 [cited 2026 Mar 18];10:486. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35814630/

15. Yazici A, Kayan G, Yaylaci S, Demir MV, Karakece E, Tamer A, Karabay O. Tuberculous arthritis of the elbow joint: a case report. Eur J Rheumatol [Internet]. 2016 [cited 2026 Mar 18];3(3):142–3. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27733947/