

Tuberculosis cutánea verrugosa. Presentación de un caso

JUANA POLANCO

Médico residente 3er año dermatología, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

MARIEL ALMEIDA

Médico dermatólogo, IDCP-DHBD, Unidad Mao, Provincia Valverde, República Dominicana

RAFAEL ISA PIMENTEL

Médico general, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

NOEMÍ CASTILLO

Médico dermatólogo, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana

Correspondencia a: polanco5748@hotmail.com

Resumen. La tuberculosis cutánea es una enfermedad infecciosa crónica ocasionada por el *Mycobacterium tuberculosis*. La variedad verrugosa resulta de la inoculación exógena cutánea del bacilo en una persona sensibilizada al organismo por una infección pasada o presente. Se presenta el caso de un paciente masculino de 8 años de edad con tuberculosis verrugosa, quien cursó con buena respuesta al tratamiento antifímico. **Palabras claves:** *Tuberculosis cutánea verrugosa, Mycobacterium tuberculosis*.

Verrucous cutaneous tuberculosis. A case report

Abstract. Cutaneous tuberculosis is a chronic infectious disease caused by *Mycobacterium tuberculosis*. The variety is warty tuberculosis depend of exogenous inoculation of the bacillus in a sensitized host. We report an 8 old-year male patient with tuberculosis verrucous cutis, presenting with good response to multidrug therapy. **Key words:** *Tuberculosis, warty tuberculosis, Mycobacterium tuberculosis*.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa de distribución mundial. Históricamente constituye un problema sanitario, aún no solucionado en todo el mundo, cuya incidencia se está incrementando, sobre todo por la pandemia del SIDA, a partir de los años 80, tanto en sus formas pulmonares como extrapulmonares, incluyendo en este grupo las manifestaciones cutáneas.¹

De acuerdo a la clasificación inmunológica, la tuberculosis verrugosa pertenece a las formas fijas, también llamadas localizadas, típicas, habitadas o verdaderas.²

Dentro de este grupo la tuberculosis cutánea verrugosa representa aproximadamente el 8% de todas las formas cutáneas.³

La tuberculosis verrugosa fue descrita por Riehl y Paltauf en 1886 y se considera de reinfección exógena. Se observa en niños que juegan en la tierra contaminada con un esputo tuberculoso o bien personas que manipulan ganado vacuno.^{3,4} Las lesiones aparecen en zonas expuestas, especialmente en manos en casos accidentales.⁵ También se presenta en pies y en ocasiones en nalgas, sobre todo en asiático.^{4,5} En las regiones expuestas de los miembros superiores

afecta los dedos, dorso de manos y antebrazos y los inferiores en rodillas, piernas y pies. Por lo general es simétrica.² Desde el punto de vista morfológico inicia en el sitio de inoculación el llamado tubérculo anatómico,⁶ como un nódulo verrugoso de halo inflamatorio, que crece hasta formar una placa hiperqueratósica de color violáceo o grisáceo, la lesión crece lenta y excéntricamente para formar una placa de tamaño variable, en ocasiones de forma anular, que se aclara en el centro.

Su superficie es queratósicas, con surcos y fisuras profundas, drenando con frecuencia material purulento fétido, predominando en ocasiones las costras y la exudación, todo sobre una base infiltrada.^{2,5} Por lo general son placas únicas en ocasiones suelen haber dos o tres, y siempre cerca de la lesión principal. Se han descrito formas poco frecuentes: casos escleróticos y destructivos, pseudotumorales y con lesiones múltiples. También se han descrito otros cuadros como el tubérculo anatómico de Laennec y la tuberculosis verrugosa del borde de uña.²

La combinación de tuberculosis pulmonar y cutánea simultáneamente en el mismo paciente es poco habitual, aunque en ocasiones suele observarse.³ Es una forma muy crónica del padecimiento que

generalmente no produce ninguna sintomatología al paciente, a menos que se infecte secundariamente puede haber dolor moderado, o si hay linfaestasis o son muy extensas las lesiones impidiendo la realización de movimientos libres.^{2,6} No tiende a la curación espontánea aunque es muy sensible al tratamiento y cursa con recidivas.³

Este tipo de lesiones puede presentarse en micobacteriosis atípicas, blatomycosis, esporotricosis de placa fija, cromomicosis,⁷ sífilis terciaria, liquen plano hipertrófico, epitelomas, lupus vulgar hiperqueratósico, entre otros.⁵

Para el diagnóstico definitivo de la tuberculosis cutánea se requiere del aislamiento mediante el cultivo de *M. tuberculosis*, sin embargo no es fácil encontrar el bacilo en estos casos, además el resultado del cultivo puede tardar 6 a 8 semanas y posee una baja sensibilidad, por lo que han desarrollado nuevas técnicas en el diagnóstico de la tuberculosis cutánea, entre ellas la reacción en cadena de polimerasa (PCR).⁸ La tuberculino-reacción es positiva, normérgica por lo que carece de valor diagnóstico. Histológicamente se observa en epidermis hiperqueratosis y una hiperplasia pseudoepiteliomatosa. En la dermis media muestra en la mayor parte de los casos, granulomas tuberculosos con células multinucleadas tipo Langhans, células epitelioides y linfocitos, así como zonas de necrosis caseosa; en otros los infiltrados pueden ser tipo inflamatorio con escasa diferenciación tuberculosa.² Con lo anterior, nos encontramos que, en la práctica en muchas ocasiones el diagnóstico se basa en la correlación entre los hallazgos clínicos e histológicos y la respuesta al tratamiento antituberculoso.

En cuanto al pronóstico, es importante siempre descartar una tuberculosis subyacente presente en el 10% de los casos, ya que se han reportado casos de tuberculosis pulmonar y tuberculosis cutánea,⁷ por lo que es conveniente solicitar radiografías, principalmente torácicas, buscando un foco pulmonar activo; examen de secreciones en tinciones para bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) en esputo y orina; biometría hemática donde se observan datos inespecíficos de infección crónica como: anemia, leucocitosis con eosinofilia y linfopenia relativas, así como velocidad de sedimentación globular. Es importante buscar los antecedentes sugestivos, haciendo hincapié en conocer si hay contacto con otros enfermo.⁹

El tratamiento de las tuberculosis cutáneas se aceptan por analogía los regímenes aplicados para la tuberculosis pulmonar, como en el resto de las tuberculosis extrapulmonares, el cual se basa en la multiterapia, dividida en dos fases: una inicial en la que combinan 3 ó 4 fármacos. Entre ellos, rifampicina, isoniazida, pirazinamida, y etambutol, destinados

a eliminar la mayor cantidad posible de bacilos en fase de crecimiento y, una fase de mantenimiento, combinando rifampicina e isoniazida para esterilizar las lesiones. El tratamiento acortado debe ser por lo menos seis meses, aunque muchos dermatólogos lo recomiendan por lo menos durante un año.^{5,9} Es necesario realizar hemograma, determinación de pruebas de funcionamiento hepático y examen oftalmológico durante el tratamiento.

Sin lugar a dudas y lo más importante sigue siendo un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. Es útil la aplicación masiva de la vacuna BCG en países en vías de desarrollo para prevenir formas internas.⁹

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 8 años de edad, estudiante, mestizo procedente y residente en Santo Domingo el cual es traído por su madre a la consulta dermatológica IDCP -DHBD por dermatosis que afecta rodilla izquierda dolorosa con los movimientos articulares, acompañado de adenopatía inguinal ipsilateral, de cuatro meses de evolución post trauma .

Al examen físico se observa dermatosis constituida por placa única eritemato-violácea, de 3x2 cm de diámetros de borde y superficie irregular, con pequeña ulceración en borde con costra sero-hemática, consistencia dura, superficie rugosa y áspera. *Figura 1.*



Fig. 1. Lesión de tuberculosis verrugosa en rodilla.

En cuanto a sus antecedentes personales patológicos asma y amigdalitis crónica, con antecedentes heredo-familiares madre con asma y abuela paterna tuberculosis pulmonar no tratada. Por la historia y característica de la lesión se presume el diagnóstico de tuberculosis cutánea verrugosa vs cromoblastomycosis vs dermatofibrosarcoma. Se le realizan estudio complementarios biometría hemática con anemia

microcítica hipocrómica, ASO 817 UL, examen general de orina, pruebas hepáticas, BAAR en expectoración y orina, radiografía de tórax, los cuales se encontraron sin alteraciones se realizó cultivo de tejido negativo. El PPD 18 milímetro de induración. El estudio histológico reportó en epidermis hiperqueratosis, acantosis, elongación irregular de redes de cresta. La dermis superior y media denso infiltrado inflamatorio granulomatoso con células epitelioides rodeada por linfocitos. Figuras 2 y 3. Se le realiza tinción de Fite-Faraco negativo para bacilos ácido alcohol resistente se realiza PAS: negativo para elemento fúngicos.

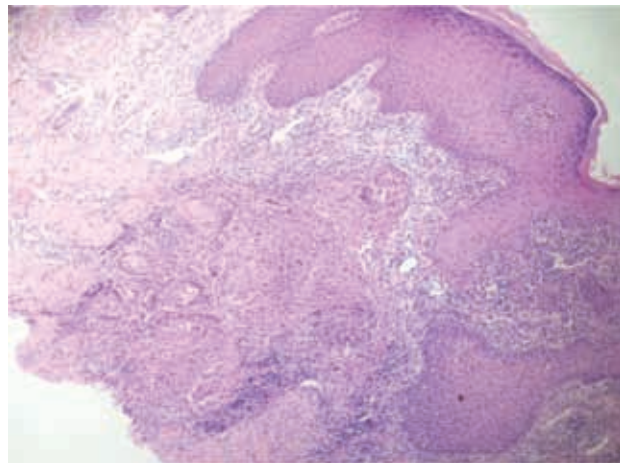


Fig. 2. Granulomas en dermis superficial y media (HE 20x).

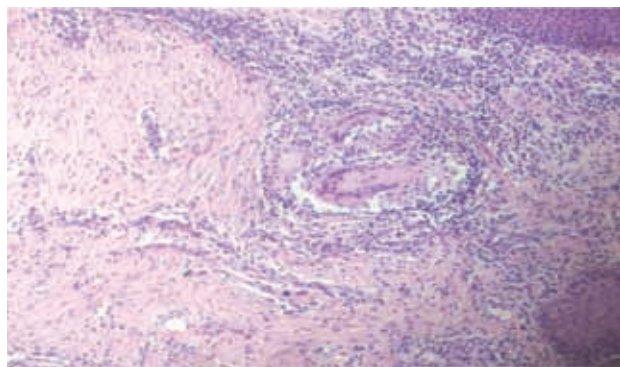


Fig. 3. Acercamiento del granuloma, células de Langhans (HE 40x).

Se inició tratamiento antifímico con isoniazida, rifampicina y etambutol por seis meses, presentando curación de la lesión luego de finalizar tratamiento. Figura 4.



Fig. 4. Después de tratamiento antifímico.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de la tuberculosis cutánea es a veces difícil debido a la alta incidencia de exposición a la micobacterias y la inmunización con BCG precoz de ahí la importancia de buscar foco activo y la exhaustiva investigación de los familiares. nuestro paciente tuvo una reacción al PPD de 16 mm, sin evidencia clínica radiológica de compromiso pulmonar. El estudio anatómo-patológico reveló hallazgos característicos. El diagnóstico histopatológico y la correlación clínica son importantes debido a que solo un pequeño porcentaje son positivos.

El tratamiento en nuestro medio sigue las normas de control de tuberculosis, la cual bajo un adecuado cumplimiento presenta buena respuesta al mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lasa MF, Sturno M, AlonsoR, Maldonado S, Forero O et al. Tuberculosis cutánea: revisión de 10 años. *Dermatol Arg* 2000; 5:375-385.
2. Rodríguez O. Tuberculosis cutánea. *Rev cent Dermatol pascua* 1993; 2:53-64.
3. Espinoza OMM, Coria LJJ, Castillo MMR, Caltenco SR, Gómez BD. Tuberculoma intracraneal y tuberculosis cutánea verrugosa. Informe de un caso y revisión de la literatura. *Dermatol Rev Méx.* 2000; 44:239-244.
4. Villa CB, Estrella IP, Franco CA, Ramos GA. Tuberculosis verrugosa .comunicación de tres casos. *Rev Cent Dermatol pascua* 1998;7:143-147.
5. Velasco PM, Vilata CJJ. Tuberculosis cutánea. *piel* 1999;14:397-410.
6. Sánchez FMA, Novales SJ, Beirana PA. Tuberculosis verrugosa. comunicación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 1995;4:178-180.
7. Wortman DP. Pulmonary and tuberculosis cutaneos. *J Am Acad Dermatol* 1992;27:459-460.
8. López ZLD, Beirana A. Diagnóstico de tuberculosis. Revisión del tema. *Rev Cent Dermatol Pascua* 1999;8:130-132.
9. Arenas R. Tratamiento de la tuberculosis cutánea. *Acta Terp Dermatol* 1998;21:38-39.