

Tuberculide nodular de la cara. Presentación de un caso clínico

Nodular Tuberculid of the Face. Presentation of a Clinical Case

Edith Jiménez Arandia
Médico dermatóloga, Medipiel

RESUMEN

La tuberculosis (TBC) cutánea es una enfermedad infecciosa crónica, causada por *Mycobacterium tuberculosis*, generalmente por reinfección ya sea endógena o exógena. La tuberculide nodular de la cara, también llamada tuberculide rosaceiforme de Levandowsky, es una variante de TBC cutánea caracterizada por la presencia de nódulos en la cara, en los pabellones auriculares, el cuello, el tórax y las extremidades. Es una patología poco frecuente (1% de todos los casos de TBC), se presenta en pacientes jóvenes, predomina en mujeres, la prueba de tuberculina es positiva y en la biopsia cutánea hay granulomas tuberculoideos perianexiales. Si bien en años pasados se tenía dudas acerca de su etiología, actualmente con la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) que da positivo en la piel se le puede considerar como una forma paucibacilar de tuberculosis cutánea.

Se presenta el caso de un varón con tuberculide nodular y se hace una breve revisión del tema.

PALABRAS CLAVE: tuberculide, paucibacilar, rosaceiforme.

ABSTRACT

The cutaneous tuberculosis (TBC) is a chronic infectious disorder. It is caused by the *Mycobacterium tuberculosis*, generally due reinfection either endogenous or exogenous. The nodular tuberculid of the face is also called Levandowsky rosaceiform tuberculid, it is also a type of a cutaneous tuberculosis, and it is characteristic shows nodules on the face, auricular pavilion, neck, thorax and extremities. This pathology is less frequent (only 1% of all TBC cases) this appears on young patients, mostly women, if the tuberculin test comes back positive, and if the cutaneous biopsy showed perianexial tuberculoid granulomas. Many years ago there was a doubt about etiology, nowadays with the polymerase chain reaction skin test of positive skin test; this can be considered a type of paucibacillary of cutaneous TBC.

We present a case of TBC in a male patient with tubercles nodular and we take a quick review of the topic.

KEYWORDS: tuberculid, paucibacillary, rosaceiform.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente masculino de 38 años de edad, originario y residente de La Paz, Bolivia, sin antecedentes de importancia. Inició con dermatosis de forma súbita aproximadamente dos años antes de acudir a la consulta, con la aparición de nódulos en la cara y los pabellones auriculares (figura 1). Constituida por nódulos de 2 a 4 mm, algunos aislados y otros que confluyen, del color de la piel, otros eritematosos con escoriaciones, y se asientan sobre un fondo eritematoso, bilateral y simétrica (figura 2). En la exploración física completa no se

encontraron otras alteraciones, durante el interrogatorio el paciente refirió que ya le hicieron biopsia y le prescribieron tratamiento para rosácea, sin obtener buen resultado.

Los exámenes auxiliares evidenciaron hematología y bioquímica normales, VIH no reactivo, baciloscopía de esputo negativo, la placa de tórax se informó como normal, no se hizo PCR. Tras mucha insistencia se realizó una nueva biopsia que reportó piel delgada con lesión granulomatosa sin necrosis caseosa, localizada en la dermis, formada por histiocitos ordenados en empalizadas, rodeadas por linfocitos (figura 3).

CORRESPONDENCIA

Edith Jiménez Arandia ■ medipieljimenez@yahoo.com
Medipiel



Figura 1. Nódulos diseminados en toda la cara, de 2 a 4 mm, de color rojizo y otros blanco-amarillentos. Algunos aislados, otros que confluyen y se asientan sobre fondo eritematoso formando placas con costras hemáticas y ligera descamación.



Figura 2. Acercamiento de las lesiones.

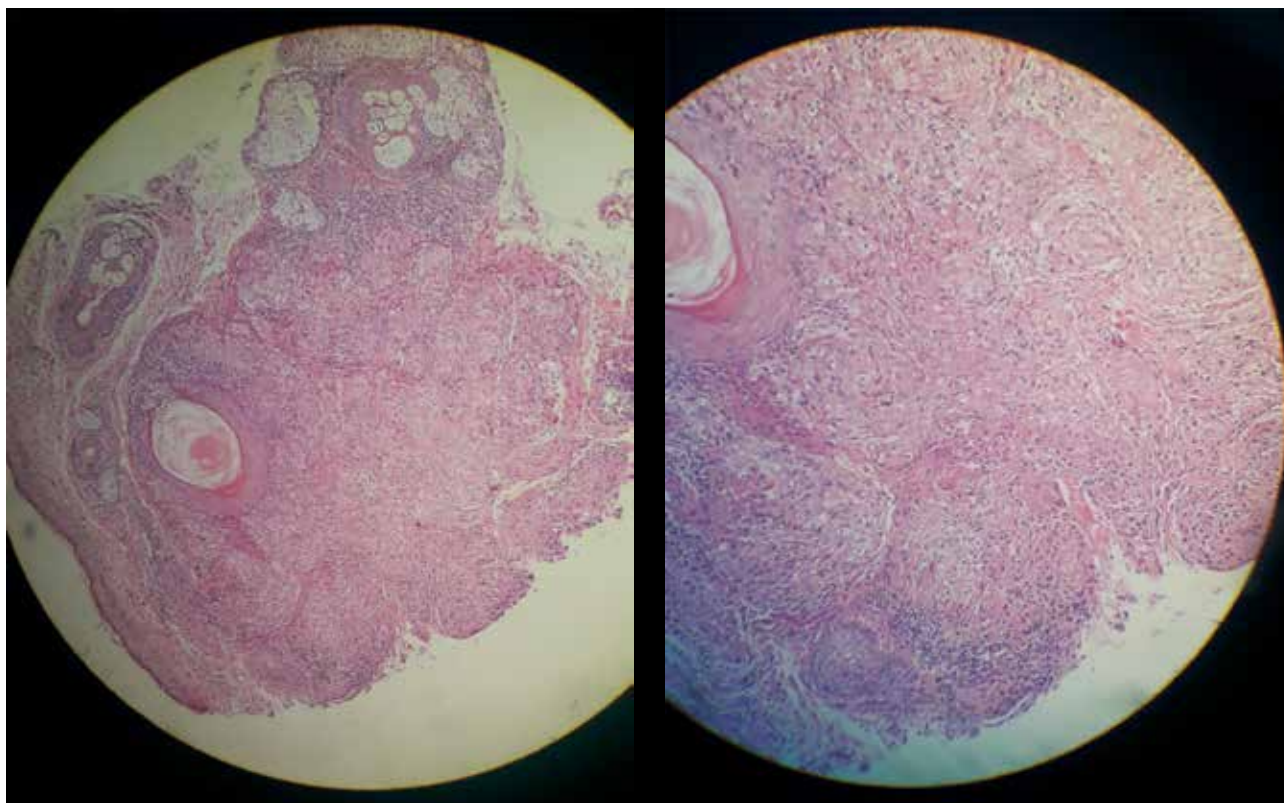


Figura 3. Histopatología donde se muestra epidermis delgada y lesión granulomatosa sin necrosis caseosa.

Con el diagnóstico de TBC nodular de la cara se envió al Servicio Departamental de Salud (Sedes) de Cochabamba (lugar donde consultó en la segunda oportunidad) para su respectivo tratamiento. Allí le hicieron derivado proteico purificado (PPD) que resultó reactivo de 0.5 cm. El paciente llevó tratamiento durante un año, mejoró desde los cuatro meses y hubo resolución completa de las lesiones a los 10 meses de tratamiento (figura 4).

Discusión y comentarios

El término tuberculide fue utilizado por primera vez por Darier en 1896, Levansdowsky en 1917 describió las llamadas tuberculides rosaceiformes, caracterizadas por erupción de pápulas y nódulos con tendencia a la involución, inducidas por las toxinas de *Mycobacterium tuberculosis* en pacientes PPD positivos, y que responden con el tratamiento antituberculoso.

La tuberculide nodular de la cara, descrita como una variedad de la TBC cutánea diseminada o hematógena, se caracteriza por la presencia de nódulos de 2 a 5 mm, de aparición súbita. Estos nódulos se localizan en la cara, pero también pueden aparecer en los pabellones auriculares, el cuello,¹⁻⁴ e incluso en las extremidades.⁴ Hay eritema intenso y telangiectasias en la cara.^{3,5} Predomina en mujeres y afecta a adolescentes y adultos jóvenes, es bilateral y simétrica.

Darier introdujo este término para designar a un grupo de dermatosis en individuos con historia previa de tuberculosis activa, histopatología similar a la TBC, y reacción intensa a la tuberculina; sin embargo esto no siempre se cumple, ya que no siempre se encuentran focos activos, la respuesta al PPD es variable y a veces no hay buena respuesta al tratamiento específico, por lo que el diagnóstico es por exclusión. Gracias a la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) se está encontrando material genético de *Mycobacterium tuberculosis*, por lo que se sugiere que correspondería a tuberculosis paucibacilar.⁴⁻⁶ Sin embargo es bueno mencionar que si bien la PCR ha demostrado ser muy útil, comparable con el examen microscópico directo o cultivo, en algunas patologías como en el lupus vulgar su sensibilidad se ve limitada en muestras paucibacilares (de 50 a 72%), por lo que un resultado negativo no descarta un diagnóstico clínico de tuberculide o tuberculosis paucibacilar.⁴

En cuanto a la morfología, ésta corresponde a nódulos que pueden ser de 1 a 3 mm, más de color rojo o rojo-amarillento, del color de la piel, o inclusive traslúcidos; hay eritema intenso en la cara y telangiectasias,^{2,3} inician de forma súbita y evolucionan por brotes hacia la cronicidad.^{1,5}



Figura 4. Foto de control al año de tratamiento.

En la histopatología encontramos granuloma tuberculoides con o sin necrosis caseosa. En la estadística del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, de la Ciudad de México, se hizo un estudio retrospectivo de 15 años de pacientes con TBC cutánea, se encontró necrosis caseosa sólo en 10% de los casos analizados; además este mismo estudio mostró que la tuberculide nodular de la cara ocupa el segundo lugar después de la TBC nodular profunda, con 116 casos de un total de 443 en 15 años (1985 a 2000).^{3,6,7}

Si bien la TBC cutánea corresponde al 1% del total de TBC, en Estados Unidos ha ido en aumento por el VIH.⁷

Se le debe diferenciar de la rosácea granulomatosa tanto desde el punto de vista de la clínica como de la histopatología,^{4,7-11} así como de la sarcoidosis cutánea y del lupus vulgar.⁴

El tratamiento es el mismo que para la tuberculosis sistémica, el cual se recomienda mantener durante 10 a 12 meses para evitar recidivas.^{8,9}

La estreptomicina es muy útil, 1 g diario con una dosis total de 60 g, se deben recordar sus efectos sobre el VIII

par; la isoniacida de 5 a 8 mg/kg de peso puede producir erupciones acneiformes y neuritis; el ethambutol se usa de 15 a 25 mg/kg de peso, pero puede disminuir la agudeza visual y la percepción de colores; y la rifampicina en dosis de 10 a 20 mg/kg de peso; se aconseja 600 mg en un adulto y la mitad de la dosis en un niño, se debe tomar en cuenta que puede ser hepatotóxica.

Un tratamiento ideal es 1 g de estreptomina cada tercer día hasta 50 g, isoniacida 600 mg; o bien estreptomina + ethambutol. Por su alto costo, la rifampicina se reserva para casos resistentes.

La tuberculosis colicualiva tarda de tres a seis meses en mejorar, y se recomienda continuar después con una pequeña cantidad de isoniacida para evitar recidivas, la luposa y verrugosa requieren menos tiempo. Las tuberculides no ceden fácilmente a los tratamientos antifímicos debido al intenso grado de hiperergia que existe hacia el bacilo, por lo que en tales casos se aconseja administrar una pequeña dosis de corticoides, como 20 mg de prednisolona junto con el tratamiento específico, y cuando desaparezcan las lesiones suspender el corticoide gradualmente.⁹

En la actualidad, para la TBC pulmonar se está usando con éxito un tratamiento triple: 1) con rifampicina, que interfiere con la formulación de ARN e impide la duplicación celular; 2) con isoniacida, que bloquea la formación de la membrana celular del bacilo; y 3) con pirazinamida, que interfiere en el transporte de oxígeno. La primera etapa es de 10 semanas y consiste en cuatro grageas diarias de lunes a sábado. La composición de cada gragea es 75 mg de isoniacida, 150 mg de rifampicina y 400 mg de pirazinamida. La segunda fase, que es de sostén, dura 15 semanas y consiste en cuatro cápsulas juntas dos veces por semana, cada cápsula contiene 200 mg de isoniasida y 150 mg de rifampicina. Sin embargo, éste no ha sido suficientemente probado en la tuberculosis extrapulmonar y menos en la cutánea.²

El paciente llevó un año de tratamiento con el siguiente esquema, que es el que se usa para tuberculosis en general. Consta de dos fases: la primera dos meses (52 dosis), supervisado cada día, con rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol. La segunda fase de cuatro meses de duración con isoniacida y rifampicina 104 dosis. Esta fase es la que se le prolongó al paciente para evitar recidivas.

Según registros del Programa de Tuberculosis Pulmonar del Sedes, en los últimos tres años en Cochabamba se

registraron 1150 pacientes, 264 casos fueron de tuberculosis extrapulmonar, de los cuales ocho corresponden a tuberculosis cutánea. En el año 2017 el total fue de 1442: cinco cutánea y 282 extrapulmonar. Y en 2018 el total fue de 1158: extrapulmonar 244, de los cuales siete correspondieron a tuberculosis cutánea. En los dos primeros años el diagnóstico por cultivo fue de sólo un paciente, y en 2018 fueron dos pacientes en los cuales el cultivo fue positivo. No hay datos de la forma de tuberculosis cutánea. Agradezco de forma muy especial a la licenciada Lourdes Choque, encargada del Programa de Tuberculosis del Sedes Cochabamba, por su colaboración con los datos epidemiológicos.

Se presenta este caso porque en principio se trató como rosácea granulomatosa, patología con la que comparte tanto clínica como histopatología; porque el paciente es del sexo masculino, y de este padecimiento se reporta una mayor incidencia en mujeres; y porque tuvo excelente respuesta al tratamiento, cuando la literatura informa poca o ninguna respuesta al tratamiento específico.

BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez O *et al*, Tuberculides de la cara: una expresión diferente de la tuberculosis, *Gac Méd Méx* 2003; 139(1):36-7.
- Saúl A, Tuberculosis cutánea. En *Lecciones de dermatología*, 16ª ed, McGraw-Hill, México, 2016, pp. 47-56.
- Guere P, Paredes A, Pacheco M *et al*, Tuberculide papular o tuberculosis cutánea paucibacilar: reporte de caso, *Folia Dermatol Perú* 2011; 22(2):81-4.
- Bobbio Fujishima L y Vivanco E, Tuberculide nodular de la cara: presentación de un caso, *Dermatol Perú* 2017; 27(1):35-7.
- Tan SH, Tan BH, Goh GL *et al*, Detection of *Mycobacterium tuberculosis* DNA using polymerase chain reaction in cutaneous tuberculosis and tuberculids, *Int J Dermatol* 1999; 38(2):122-7.
- Montenegro S, Delgado C, Pineda S *et al*, Diagnóstico diferencial de TBC en base a PCR en lesiones granulomatosas clasificadas histopatológicamente, *Rev Esp Patol* 2015; 48(3):145-53.
- Rodríguez M, Ramos GA y Márquez P, Caso para diagnóstico. Lesiones rosaceiformes, *Rev Centro Dermatol Pascua* 2007; 16(1):47-8.
- Malacara M *et al*, Tuberculosis colicualiva. Comunicación de dos casos, *Rev Centro Dermatol Pascua* 1994; 3(1):49-52.
- Novales J, *Tuberculosis de la piel. Programa de actualización continua en dermatología*, 1ª ed, Galderma, México, 2000, pp. 40-52.
- Aparicio Español G y García-Patos Briones V, Tuberculides, revisión, *Piel* 2017; 22(5):225.
- Kaminsky A, Rojas White M, Piquero Martín J, Herane MI y Diez de Medina JC, Informe del consenso Ibero-Latinoamericano 2016 sobre la clasificación clínica y terapéutica de la rosácea, *Arch GILEA* 2016. Disponible en: www.cilad.org.