

Tuberculosis verrucosa cutis. Reporte de un caso con localización atípica

Tuberculosis Verrucosa Cutis. Case Report with Atypical Location

Damarys Florat Gutiérrez,¹ Marlon Navarro Vásquez,² Yaneisis Marrero Chávez³ y Edith Camejo Rodríguez⁴

¹ Dermatóloga, Policlínico Benito Viñales, Esmeralda, Camagüey, Cuba.

² Dermatólogo, Hospital Solidaridad Magdalena del Mar, Lima, Perú.

³ Dermatóloga, Centro Médico Solidario de Comas, Lima, Perú.

⁴ Internista, Hospital José R. López Tabrane, Matanzas, Cuba.

RESUMEN

La tuberculosis cutánea es una forma poco común de las presentaciones extrapulmonares de la tuberculosis, producida por la infección del *Mycobacterium tuberculosis*. Entre sus variadas formas de presentación clínica se encuentra la tuberculosis verrucosa cutis. La observación clínica es en su mayoría muy típica con placas verrugosas bien definidas que se presentan principalmente en las manos, las rodillas, los tobillos y los glúteos; sin embargo, también se han descrito morfologías atípicas de las lesiones, así como de su ubicación. Se describe un caso de tuberculosis verrucosa cutis con localización atípica, en una paciente de 52 años con una lesión de nueve meses de evolución.

PALABRAS CLAVE: tuberculosis verrucosa cutis, *Mycobacterium tuberculosis*.

ABSTRACT

Cutaneous tuberculosis is a uncommon variety of extrapulmonary tuberculosis caused by *Mycobacterium tuberculosis*. Tuberculosis verrucosa cutis is a clinical form characterized by limited verrucose plaques affecting mainly hands, knees, ankles and buttocks. We describe a 52-year-old female with an atypical presentation with a nine month history.

KEYWORDS: tuberculosis verrucosa cutis, *Mycobacterium tuberculosis*.

Introducción

La tuberculosis cutánea (TC) es una enfermedad infecciosa crónica infrecuente, que representa entre 1.5 y 4% de los casos de tuberculosis extrapulmonar. El principal agente etiológico es *Mycobacterium tuberculosis*, pero en algunos casos se encuentra *Mycobacterium bovis*, y menos frecuentemente el bacilo de Calmette-Guérin (BCG).¹⁻³

En las últimas décadas se ha observado un incremento en el número de casos de TC, similar a otras formas de tuberculosis, que responde a la creciente infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), a la aparición de cepas multirresistentes de *M. tuberculosis*, y/o a la creciente inmunosupresión farmacológica.^{4,5}

En cuanto a su clasificación, se describen formas fijas o verdaderas provocadas por la invasión *in situ* del bacilo,

así como formas diseminadas o hematógenas provocadas por hipersensibilidad al germen. Otra forma de dividir las es de acuerdo con su forma de inoculación en exógena y endógena, o teniendo en cuenta la inmunidad del huésped, en formas de baja, intermedia o alta resistencia.^{6,7}

La tuberculosis cutánea verrucosa cutis corresponde a una de estas variantes clínicas (infección exógena por inoculación directa) y se caracteriza porque las lesiones son crónicas y evolucionan de manera centrífuga con curación central, y generalmente se ubican en las extremidades.⁸

La inoculación de micobacterias ocurre en la piel con heridas; es frecuente en profesionales de la salud en contacto con pacientes con TBC o material de autopsia, así

CORRESPONDENCIA

Damarys Florat Gutiérrez ■ damarysflorat321@gmail.com

Policlínico Docente Universitario Benito Viñales la Rosa, Calle B núm. 74, entre 6 y 7, Reparto Simoni, Camagüey, Cuba

como en veterinarios y empleados de mataderos, que están en contacto con animales infectados.⁹

Caso clínico

Se presenta el caso de una paciente, blanca, de 52 años de edad, trabajadora en un laboratorio, sin antecedentes de inmunosupresión, tuberculosis o uso de corticoides; quien acude a consulta por presentar una lesión en el cuello que comenzó nueve meses atrás, muy pequeña, que aumentó de tamaño progresivamente, no dolorosa, de bordes indurados y que fue tomando una configuración específica (serpiginosa) con aclaramiento en el centro.

En el examen dermatológico se apreció un cuadro cutáneo localizado constituido por una placa de aproximadamente 10 cm de diámetro, verrucosa, de bordes elevados, indurados, con fisuras en su superficie y salida de material purulento del centro de la misma. El resto del examen no mostró alteraciones (figura 1).

Se hizo el diagnóstico presuntivo de tuberculosis cutánea verrucosa cutis y se realizaron estudios con los siguientes resultados: hemograma, velocidad de sedimentación, serología para VIH, perfil bioquímico, función renal, análisis de orina, función hepática, radiografía de tórax y baciloscopia de esputo negativos; asimismo se hizo reacción de polimerasa en cadena (RPC), tinción de Ziehl-Neelsen y cultivo de tejido. Sin embargo, la biopsia de la lesión mostró hiperplasia epidérmica con formación de un absceso neutrofílico en la parte superior de la dermis, característico de un granuloma tuberculoide en la dermis media (figura 2).

Con base en la clínica y en el resultado histopatológico, se estableció el diagnóstico de tuberculosis cutánea verrucosa cutis y se inició tratamiento con esquema primario de cuatro fármacos: isoniácida, pirazinamida, rifampicina y etambutol. Durante dos meses de seguimiento la paciente continuó con el esquema de terapia antituberculosa de acuerdo con los protocolos establecidos, demostrando una mejoría notable de la lesión sin efectos secundarios reportados.

Discusión

La tuberculosis verrucosa cutis es la forma más común de tuberculosis cutánea exógena.¹⁰ Aparece en la piel de personas previamente expuestas con una inmunidad media o alta; por esta razón la vacunación no protege contra esta variante.¹¹

Es más frecuente su hallazgo en personal de la salud en contacto con pacientes tuberculosos o material de autopsia con tuberculosis.¹²



Figura 1. Placa verrucosa, de bordes elevados, indurados, con fisuras en su superficie y salida de material purulento del centro de la misma.

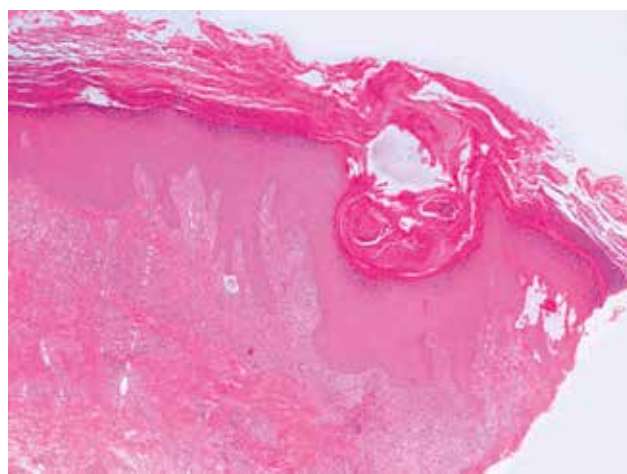


Figura 2. Hyperplasia epidérmica con formación de un absceso neutrofílico en la parte superior de la dermis característico de un granuloma tuberculoide en la dermis media (H & E, 100X).

Se caracteriza por la aparición de una pápula eritematosa solitaria, indolora, rodeada de un halo eritemato-violáceo, que evoluciona a una placa verrucosa con extensión centrífuga que genera atrofia central. También puede tener fisuras en la superficie a través de las cuales hay exudación de pus o eliminación de un material queratósico.¹ La localización más frecuente de las lesiones se da en las manos, los pies, los tobillos y los glúteos.¹⁰ Pueden aparecer adenopatías asociadas, sobre todo si hay sobreinfección bacteriana.¹¹

El diagnóstico se basa en la historia clínica, el examen físico, la histopatología y pruebas de laboratorio. Entre estas últimas se encuentran la tinción Ziehl-Neelsen y la RPC; sin embargo, el cultivo continúa siendo el método más confiable para el diagnóstico de micobacterias vivas y

la realización, en forma consecuente, del estudio de sensibilidad a antimicrobianos.¹³

Por otro lado, para el control de la enfermedad es crucial que este diagnóstico sea rápido, específico y sensible, ya que un retraso en el diagnóstico o falso negativo contribuye a la transmisión de *Mycobacterium tuberculosis* y, por lo tanto, al incremento de la morbilidad y la mortalidad.¹⁴

Entre los diagnósticos diferenciales encontramos la paracoccidiodomicosis, liquen plano hipertrófico leishmaniasis, esporotricosis, cromoblastomicosis, micobacteriosis atípica, carcinoma escamocelular, queratoacantoma centrífugo y pioderma vegetante.¹⁵

La tuberculosis cutánea verrucosa cutis corresponde a un tipo de TBC extrapulmonar, por lo que su tratamiento se basa en el clásico esquema diario durante dos meses (isoniacida, pirazinamida, rifampicina y etambutol) y bisemanal (isoniacida y rifampicina) por cuatro meses.

Para el tratamiento es necesario tener en consideración el tipo de daño cutáneo, la etapa de la enfermedad, el nivel de inmunidad y gravedad del paciente.^{16,17}

Los fármacos de segunda línea son necesarios para el tratamiento en caso de resistencia, entre éstos se encuentran kanamicina, amikacina, capreomicina, etionamida y cicloserina; también se pueden utilizar quinolonas como ofloxacina, levofloxacina, gatifloxacina y moxifloxacina.^{16,17}

Es posible que aparezcan complicaciones como infecciones bacterianas y elefantiasis en lesiones muy extensas que comprometan las extremidades.¹⁰

Debido a la localización atípica de la lesión y al bajo número de casos publicados, decidimos presentar este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bireso E, Luque G, Melillo K, Favier M, Zapata A y Cuello MS, Tuberculosis cutánea. Reporte de un caso, *Arch Argent Pediatr* 2014; 112(3):93-6.
2. Srinivas T, Girisha BS y Srinivas H, A ten year prospective clinicopathological study of cutaneous tuberculosis at a tertiary care hospital in coastal Karnataka, *UCED* 2017; 3(1):17-21.
3. Santos JB, Figueiredo AR, Ferraz CE, Oliveira MH, Silva PG y Medeiros VLS, Cutaneous tuberculosis: epidemiologic, etiopathogenic and clinical aspects. Part I, *An Bras Dermatol* 2014; 89(1):219-28.
4. Mederos LM, Acosta MA, Cálas V, Cárdenas A, Galarza M, León R et al, Caso inusual de tuberculosis cutánea por *Mycobacterium tuberculosis* en paciente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida, *Rev Soc Ven Microbiol* 2017; 37:3-33.
5. García L, Benites C y Huamán B, Barreras para el acceso a la atención integral de las personas afectadas por la coinfección por tuberculosis y virus de inmunodeficiencia humana en Perú, 2010-2015, *Rev Panam Salud Pública* 2017; 41:e23.
6. Aruna C, Senthil AL, Sridevi K, Swapna K y Ramamurthy B, A clinicoepidemiological study of cutaneous tuberculosis in a tertiary care teaching hospital in Andhra Pradesh, India, *International Journal of Research in Dermatology* 2017; 3(1):88-93.
7. Ramesh V, Sen MK y Sethuraman GD, Cutaneous tuberculosis due to multidrug-resistant tubercle bacilli and difficulties in clinical diagnosis, *Indian Journal of Dermatology* 2015; 8(4):380-4.
8. Pizzariello G, Fernández P, D'Atri G, Novac V y Uranga A, Espectro clínico de tuberculosis cutánea, *Rev Argent Dermatol* 2008; 89:177-87.
9. Hadj I, Meziane M, Mikou O, Inani K, Harmouch T y Mernissi FZ, Tuberculous gummas with sporotrichoid pattern in a 57-year-old female: a case report and review of the literature, *Int J Mycobacteriol* 2014; 3(1):66-70.
10. Frankel A, Penrose C y Emer J, Cutaneous tuberculosis: a practical case report and review for the dermatologist, *J Clin Aesthet Dermatol* 2009; 2(10):19-27.
11. Concha M, Fich F, Rabagliati R et al, TBC cutánea: reporte de dos casos y revisión de la literatura, *Rev Chil Infectol* 2011; 28(3):262-68.
12. Tamay de Dios L, Ibarra C y Velasquillo C, Fundamentos de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y de la PCR en tiempo real, *Investigación en Discapacidad* 2013; 2(2):70-8.
13. Pacheco C, Silva E, Miranda J y Duarte R, Cutaneous TBC as metastatic tuberculous abscess, *J Bras Pneumol* 2015; 41(2):200-2.
14. Dias MF, Bernardes FF, Quaresma MV, Nascimento LV, Nery JA y Azulay DR, Update on cutaneous tuberculosis, *An Bras Dermatol* 2014; 89(6):925-38.
15. Santos JB, Figueiredo AR, Ferraz CE, Oliveira MH, Silva PG y Medeiros VL, Cutaneous tuberculosis: diagnosis, histopathology and treatment. Part II, *An Bras Dermatol* 2014; 89(4):545-55.
16. Espinosa GA, Martínez SJ, Asong EL y Rodríguez ZM, Protocolo diagnóstico y terapéutico de las tuberculosis extrapulmonares, *Medicine* 2014; 11(52):3091-7.
17. Ministerio de Salud Pública de Cuba, *Tuberculosis. Normas técnicas para el control y tratamiento*, La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 2014.