



Localizador: 18013

## Queilitis angular como signo clínico inicial de una tuberculosis

Angular cheilitis as an initial clinical sign of tuberculosis

Enrique Jorquera Barquero,\* Sofía Pérez Gutiérrez,‡ María Carmen Suárez Marrero\*

**Palabras clave:**  
Queilitis angular,  
enfermedades orales,  
tuberculosis.

**Key words:**  
Angular cheilitis, oral  
diseases, tuberculosis.

### RESUMEN

La tuberculosis es una infección granulomatosa crónica cuya incidencia está en disminución, pero sigue siendo un problema de salud pública en numerosos países. La afectación extrapulmonar de la enfermedad se describe en 25% de los pacientes. Las lesiones orales se han observado en 0.05-5%; su presentación como queilitis angular es excepcional. La queilitis angular es un proceso clínico frecuente caracterizado por eritema y maceración en las comisuras de los labios que adoptan una imagen triangular, acompañadas de fisuración de la mucosa labial. Este proceso se asocia con multitud de factores tanto locales como sistémicos, incluyendo infecciones. Describimos un caso de queilitis angular como signo clínico inicial de una tuberculosis, con la intención de llamar la atención a los profesionales de la salud que atienden estos procesos tan frecuentes, que a veces pueden ser la llave para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades graves y potencialmente mortales.

### ABSTRACT

Tuberculosis is a chronic granulomatous infection with a declining incidence, but that still remains a public health concern in many countries. The extra pulmonary spread of the disease is described in 25% of cases. Oral lesions have been observed in 0.05-5%; their presentation as angular cheilitis is considered exceptional. Angular cheilitis is a very common condition characterized by erythema and moist maceration at mouth corners with a roughly triangular shape, including deep fissuration of the lip mucosa. The condition is linked with many different local and systemic factors, including infections. We describe a case of angular cheilitis as the initial clinical sign of a tuberculous infection in order to raise the awareness of health workers who deal with this frequent disorder, which could be the key for the diagnosis and treatment of a severe and potentially mortal disease.

### INTRODUCCIÓN

La queilitis angular se define como la maceración y fisuración de las comisuras de la boca. En su clínica florida se describe como una dermatitis eritemato-descamativa en forma de cuña que se extiende por la piel circundante, acompañada de una fisura más o menos profunda. Se trata de un proceso dermatológico muy frecuente; en su etiología se relacionan procesos multifactoriales tanto locales como sistémicos. En muchos casos, se encuentran infecciones mixtas con gérmenes variados entre los que destacan *Candida albicans*, *Staphylococcus aureus* y bacterias Gram negativas.

En relación con la infección tuberculosa, se trata de un proceso granulomatoso crónico causado por *Mycobacterium tuberculosis*; aunque su incidencia se describe en recesión, sigue siendo un problema sanitario de primer

orden tanto en países desarrollados como en aquéllos en vías de desarrollo.

### CASO CLÍNICO

Varón de 36 años que vive en el medio rural; fue remitido por su médico de atención primaria por presentar desde hacía tres meses una clínica de queilitis angular que no había curado pese al tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico (2 g/día durante 10 días), un ciclo con metronidazol (500 mg/8 horas por otros 10 días) y otro ciclo de itraconazol (200 mg/día durante siete días).

En la exploración se encontró una clínica clásica de queilitis angular en la comisura izquierda, con una fisuración profunda que se extendía en la piel adyacente como una dermatitis de color rojo parduzca cubierta de escamas (Figura 1); en la palpación, se detectó una leve infiltración sin supuración. Dada la

\* Servicio de Dermatología M-Q y V.

‡ Servicio de Anatomía Patológica.

Hospital «Juan Ramón Jiménez», Huelva, España.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Recibido:  
04/Marzo/2018.  
Aceptado:  
22/Octubre/2018.

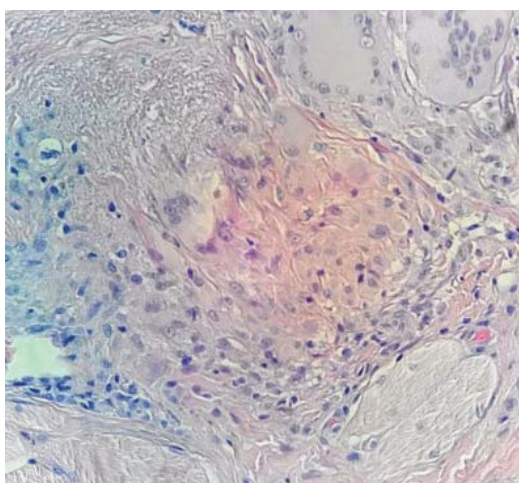


no respuesta a los tratamientos instaurados, se realizó una biopsia escisional del área.

El estudio histopatológico describió la existencia de una epidermis con hiperplasia pseudoepiteliomatosa y a nivel de la dermis, llegando hasta el músculo esquelético, la presencia de un infiltrado inflamatorio de tipo granulomatoso con formación de granulomas, con numerosas células gigantes que rodeaban un material eosinófilo



**Figura 1.** Lesiones mucocutáneas en el ángulo labial izquierdo, fisuradas y con descamación en la superficie (queilitis angular).



**Figura 2.** Infiltrado granulomatoso en la dermis, con células gigantes tipo Langhans y necrosis caseosa (HE x60).

que correspondía a una necrosis coagulativa (necrosis caseosa); también se encontraron clásicas células gigantes tipo Langhans (Figura 2). La tinción de Ziehl-Neelsen para demostrar la presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes fue negativa.

A la luz del resultado histopatológico, se realizaron varias pruebas complementarias. La serología frente al virus de la inmunodeficiencia humana fue negativa, la prueba de la tuberculina fue positiva > 10 mm a las 72 horas y la radiología de tórax mostraba en la proyección posteroanterior (PA) la presencia de un infiltrado nódulo-intersticial acompañado de una fibrosis de los tractos bronquiales con cavitaciones en los lóbulos superiores (Figura 3). Esta imagen radiológica era muy sugestiva de tuberculosis pulmonar.

Al interrogar al paciente, nos refirió la existencia de una tos herrumbrosa desde hacía seis meses. En el estudio del esputo se hallaron baciloscopias positivas (4-5 bacilos por campo) y en el cultivo del mismo en medio Löwenstein, se encontró *Mycobacterium tuberculosis* sensible a isoniacida, rifampicina y etambutol.

Se realizó un tratamiento con isoniacida (300 mg/día), rifampicina (600 mg/día) y etambutol (400 mg/8 horas) durante dos meses, y otros seis meses con isoniacida y rifampicina, con la remisión de la clínica pulmonar y oral.

## DISCUSIÓN

La tuberculosis es una infección causada por *Mycobacterium tuberculosis*, o con menos frecuencia, por *Myco-*



**Figura 3.** Radiografía posteroanterior del tórax con infiltrado nódulo-intersticial y cavitaciones.

*bacterium bovis* u otras micobacterias atípicas; aunque se describe una incidencia cada vez menor, sigue siendo un problema de salud pública en numerosos países.

La afectación extrapulmonar de la infección se describe en 25% de los casos; de ellos, sólo 10-35% se localizan en la cabeza y cuello.<sup>1</sup> Las lesiones orales se describen en el 0.05-5% de los pacientes con tuberculosis; esta afectación puede ser tanto primaria como secundaria. Las formas primarias suelen ser infrecuentes y aparecer en pacientes más jóvenes, asociadas con afectación de los ganglios linfáticos adyacentes.<sup>2</sup>

La tuberculosis secundaria en la región orofacial puede verse en cualquier edad, aunque los más afectados son los adultos y los ancianos. Las lesiones pueden aparecer como úlceras, nódulos, fisuras, y suelen derivar de una infección pulmonar subyacente; pueden ser únicas o múltiples, dolorosas o indoloras. Las úlceras de origen tuberculoso se suelen caracterizar por tener bordes socavados con una mínima induración que afectan sobre todo la lengua y el paladar duro.

En su localización anatómica, la lengua es uno de los puntos más descritos, seguida por el suelo de la boca, el paladar blando, encías, labios<sup>3</sup> y paladar duro. En la tuberculosis orofacial, la afectación del labio es muy infrecuente;<sup>4</sup> como queilitis angular, de forma excepcional se ha descrito asociada con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.<sup>5</sup>

La patogénesis de la enfermedad está ligada a la autoinoculación con el esputo infectado, pero también se ha descrito la diseminación hematogena. La inoculación directa ocurre rara vez, ya que se piensa que el epitelio intacto es resistente a la penetración y que la saliva tiene efecto inhibitor sobre los bacilos.<sup>6</sup> Quizás un macerado continuado con irritación crónica y una cepa más virulenta sean capaces de favorecer esta implantación. Otros factores predisponentes incluyen la mala higiene bucal, la leucoplasia o la extracción reciente de piezas.<sup>7</sup>

## CONCLUSIÓN

Como conclusiones, quisimos aportar un caso de tuberculosis orofacial con clínica de queilitis angular, muy frecuente en la práctica clínica diaria. Tanto médicos de atención primaria como infectólogos y dermatólogos debemos conocerla para incluir la tuberculosis entre las causas de este frecuente proceso.

### Correspondencia:

**Dr. Enrique Jorquera Barquero**

Servicio Dermatología M-Q y V

Hospital «Juan Ramón Jiménez»,

Ronda Norte s/n, 21005, Huelva, España.

**E-mail:** jorroc@aedv.es

## BIBLIOGRAFÍA

1. Santiago RA, Gueiros LA, Porter SR, Gomes VB, Ferrer I, Leão JC. Prevalence of oral lesions in Brazilian patients with tuberculosis. *Indian J Dent Res.* 2013; 24 (2): 245-248.
2. Dimitrakopoulos I, Zouloumis L, Lazaridis N, Karakasis D, Trigonidis G, Sichletidis L. Primary tuberculosis of the oral cavity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1991; 72 (6): 712-715.
3. Ilyas SE, Chen FF, Hodgson TA, Speight PM, Lacey CJ, Porter SR. Labial tuberculosis: a unique cause of lip swelling complicating HIV infection. *HIV Med.* 2002; 3 (4): 283-286.
4. Kiliç A, Gül U, Gönül M, Soylu S, Cakmak SK, Demiriz M. Orificial tuberculosis of the lip: a case report and review of the literature. *Int J Dermatol.* 2009; 48 (2): 178-180.
5. Sharma G, Pai KM, Suhas S, Ramapuram JT, Doshi D, Anup N. Oral manifestations in HIV/AIDS infected patients from India. *Oral Dis.* 2006; 12 (6): 537-542.
6. Turkmen M, Turk BG, Kandiloglu G, Dereli T. Tuberculosis cutis orificialis in an immunocompetent patient. *Cutis.* 2015; 95 (2): E4-E6.
7. Vilar FC, de Souza A, Moya MJ, Albino da Silva EC, Woida FM, Shaletich C et al. Atypical oral lesion in a patient with pulmonary tuberculosis. *Int J Dermatol.* 2009; 48 (8): 910-912.

www.medigraphic.org.mx