

Revista del
Centro Dermatológico Pascua

Volumen
Volume

12

Número
Number

2

Mayo-Agosto
May-August

2003

Artículo:

Tuberculosis cutánea verrugosa.
Presentación de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de
este sitio:**

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Tuberculosis cutánea verrugosa. Presentación de un caso

Dra. Myrna Rodríguez Acar,* Dra Verónica Aguilera Martínez**

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 tuberculoso en una persona sensibilizada al organismo por una infección pasada o presente. Se presenta el caso de un paciente del sexo femenino de 40 años de edad con tuberculosis cutánea verrugosa, quien cursó con buena respuesta al tratamiento antifímico.

Palabras clave: *Tuberculosis cutánea verrugosa, Mycobacterium tuberculosis*.

ABSTRACT

Cutaneous tuberculosis is an infectious disease caused by Mycobacterium tuberculosis. Tuberculosis verrucosa cutis is a form of cutaneous disease by inoculation of tubercle bacilli in a person previously sensitized to it by past or present infection. We report the case of a 40 years old female with the diagnostic of cutaneous tuberculosis verrucosa with good response the antifimic treatment.

Key words: *Cutaneous tuberculosis verrucosa, Mycobacterium tuberculosis*.

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 En México los cuadros dermatológicos de origen fílmico han sido relativamente frecuentes, con una incidencia que va desde 0.46% hasta 2.87% en diversos estudios realizados.² Dentro de este grupo la tuberculosis cutánea verrugosa representa aproximadamente el 8% de todas las tuberculosis cutáneas.³ De acuerdo a la clasificación inmunológica, la tuberculosis verrugosa pertenece a las formas fijas, también llamadas localizadas, típicas, habitadas o verdaderas.²

La tuberculosis verrugosa fue descrita por Riehl y Paltauf en 1886 y se considera de reinfección exógena, ya sea por autoinoculación en paciente bacilífero, por esputo, secreciones nasales y vaginales, orina, pus o bien por inoculación externa, ya sea por una infección exó-

gena, 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 las manos (en los casos accidentales),⁵ en pies y en ocasiones en nalgas en los asiáticos.^{4,5} En las regiones expuestas de los miembros superiores afecta los dedos, dorso de manos y antebrazos y en los inferiores en rodillas, piernas y pies. Por lo general es localizada y asimétrica.² Desde el punto de vista morfológico inicia en el sitio de inoculación el llamado tubérculo anatómico⁶ como un nódulo verrugoso de halo inflamatorio, que crece hasta formar una placa hiperqueratósica, de color violáceo, eritematoso 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 queratósica, con surcos y fisuras profundas, drenando con frecuencia material purulento de olor fétido, predominando en ocasiones las costras y la exudación, todo esto sobre una base infiltrada.^{2,5} Por lo general son placas únicas, en ocasiones suele haber dos o tres, nunca más y siempre cerca de la lesión principal. Se han descrito formas poco frecuentes: casos escleróticos y destructivos, seudotumorales y con lesiones múltiples.⁵ También se han descrito otros cuadros como el tubérculo anatómico de Laennec y la tu-

* Dermatóloga Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Residente cuarto año Dermatología CDP.

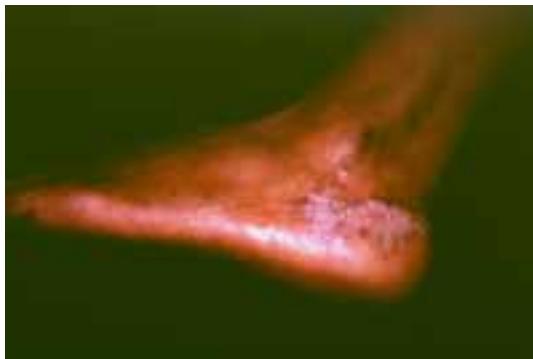


Figura 1. Eritema, escama y nódulos que confluyen formando una placa de aspecto verrugoso.



Figura 2. Acercamiento de la placa verrugosa.

berculosis verrugosa del borde de la uña.² La combinación de tuberculosis cutánea y tuberculoma 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 no cursa con recidivas.³

Este tipo de lesiones puede presentarse en micobacteriosis atípicas, blastomicosis, 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

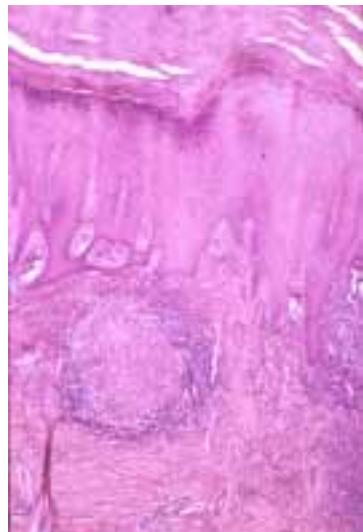


Figura 3. (H-E 4x). Imagen histológica. En epidermis se observa hiperqueratosis, y áreas de hiperplasia pseudoepiteliomatosa.

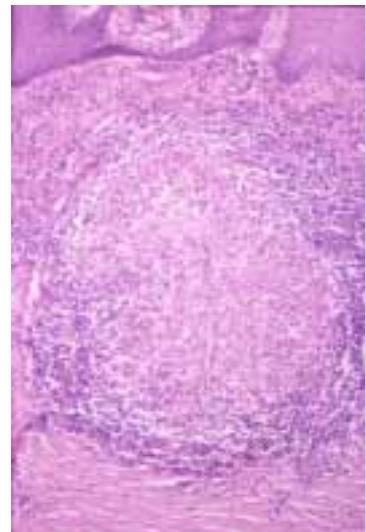


Figura 4. (H-E 10x). En dermis papilar y media se observan focos de células epitelioides rodeadas por linfocitos y células tipo Langhans.



Figura 5. Posterior a tratamiento se observa atrofia y manchas residuales.

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 tuberculoína-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, francos granulomas tuberculosos con células gigantes multinucleadas tipo Langhans, células epitelioides y linfocitos, así como zonas de necrosis caseosa; en otros los infiltrados pueden ser de 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 tuberculoso.

En cuanto al pronóstico, es importante siempre descartar una tuberculosis subyacente en los pacientes con tuberculosis verrugosa, 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 estudiar por completo al paciente, solicitar radiografías, principalmente torácicas, buscando un foco pulmonar activo; examen de secreciones en tinciones para bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) en esputo y orina principalmente; 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 enfermos (Combe).⁹

En 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 femenino de 40 años de edad, soltera, dedicada a labores de limpieza, originaria de La Galarza, Puebla y residente del Distrito Federal, México. Acude a este Centro Dermatológico en abril del 2002 por presentar una dermatosis localizada a extremidad inferior derecha, de la que afecta pie en área inferior del maléolo externo, borde del pie y parte del talón. Es unilateral y asimétrica. La dermatosis es de aspecto monomorfo constituida por eritema, infiltración y escama fina, que

confluyen formando una placa lineal, de 10 x 5 cm, de aspecto verrugoso, de bordes bien definidos, elevados, con nódulos eritematosos y otros parduscos. Es de evolución crónica y asintomática (*Figuras 1 y 2*). El resto de piel y anexos sin datos patológicos. Al interrogatorio refiere haber iniciado 20 años antes con un "granito" al decir de la paciente en el talón derecho posterior a un traumatismo con una espina, sin especificar de qué tipo. Con el tiempo aparecieron otras lesiones similares por lo que acude a su clínica del IMSS sin obtener mejoría con los tratamientos indicados, por lo que decide acudir a este Centro para su estudio y tratamiento. Los tratamientos previos que utilizó fueron remedios caseros como aplicación de sosa, cloro y medicamentos no especificados. En cuanto a sus antecedentes personales patológicos y heredo-familiares no se encontraron datos de importancia para el padecimiento actual. Combe negativo.

Con lo anterior se hizo un diagnóstico presuntivo de tuberculosis cutánea verrugosa, a descartar cromomicosis y esporotricosis. El protocolo de estudio incluyó biometría hemática, examen general de orina, pruebas de funcionamiento hepático, telerradiografía de tórax, BAAR en expectoración y orina, los cuales se encontraron sin alteraciones. Se realizaron exámenes y cultivos micológicos para descartar esporotricosis y cromomicosis, los cuales resultaron negativos. El PPD resultó normérgico. El estudio histológico reportó hiperqueratosis compacta, con zonas de parakeratosis, acantosis moderada a expensas de los procesos interpilares, áreas de hiperplasia pseudoepitelomatosa, en dermis con papilomatosis, y un infiltrado que ocupa dermis papilar y subpapilar. La dermis papilar, subpapilar y parte de la media están ocupadas por un denso infiltrado que en algunas zonas es fundamentalmente linfohistiocitario, en otras áreas hay formación de granulomas con focos de células epitelioides rodeados por linfocitos y presencia de alguna célula gigante multinucleada de tipo Langhans (*Figuras 3 y 4*). Lo anterior se reportó compatible con tuberculosis verrugosa.

Se inició tratamiento antifímico con pirazinamida, rifampicina, isoniazida y etambutol a las dosis convencionales durante 2 meses según esquema actual, seguido por rifampicina e isoniazida hasta completar 9 meses de tratamiento. Durante el tratamiento la paciente sólo presentó gastritis medicamentosa, la cual se controló con antiácidos. A los 2 meses de tratamiento presentó mejoría importante y al término del tratamiento sólo se observaba atrofia e hiperpigmentación residual (*Figura 5*).

COMENTARIO

Se presenta el caso clínico por lo poco frecuente de esta dermatosis, aunque actualmente se le considera que ocupa el primer lugar dentro de la tuberculosis cutánea. Además el cuadro clínico, el tiempo de evolución es típico de esta forma de tuberculosis, la cual bajo un adecuado cumplimiento del tratamiento presenta buena respuesta al mismo. Una vez más señalamos la importancia de la correlación clínico-patológica en el diagnóstico de esta entidad, el cual se basa también en la respuesta al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lasa MF, Sturno M, Alonso R, 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 intracranegal y tuberculosis cutánea verrugosa. Informe de un caso y revisión de la literatura. *Dermatol Rev Mex* 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 cutaneous. *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. *Act Terap Dermatol* 1998; 21: 38-39.