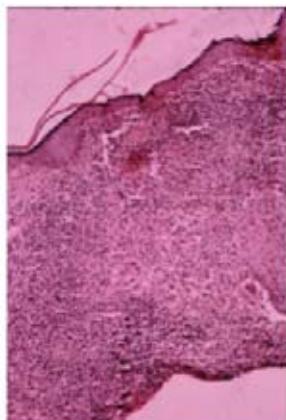


Caso para diagnóstico Lesiones rosaceiformes

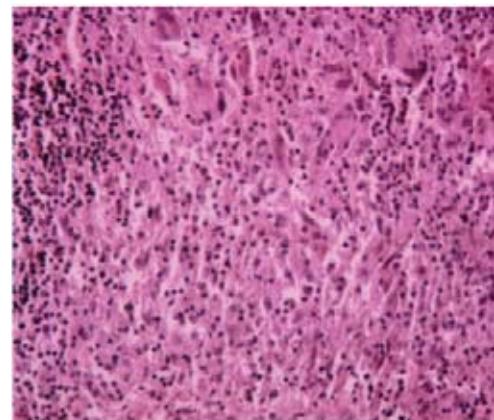
Dra. Myrna Rodríguez,* Dr. Alberto Ramos Garibay,** Dra. Clara Emilia Márquez Palencia***



Figura 1. Aspecto clínico de las lesiones.



Figuras 2 y 3. Aspecto histológico.



Paciente del sexo femenino de 48 años de edad, con dermatosis localizada a cabeza, de la que afecta frente, párpados superiores, región malar y mejillas.

Es una dermatosis constituida por numerosos micronódulos, de 0.5 cm de diámetro, bordes bien definidos, eritematovioláceos, superficie lisa, consistencia firme (*Figura 1*).

Evolución crónica y asintomática.

El resto de piel y anexos sin alteraciones.

Al interrogatorio refiere haber iniciado desde la juventud con unos "granitos" en la cara y que en ciertas ocasiones le aparecen más.

Niega antecedentes personales patológicos y heredofamiliares.

HISTOLOGÍA

Los cortes muestran una lesión ligeramente exofítica cuya epidermis presenta escasa capa córnea, atrofia e hiperpigmentación de la capa basal.

En dermis superficial y media se observan focos de células epitelioides rodeados por un infiltrado linfocitario moderadamente denso, así como caída de pigmento melánico y vasos dilatados (*Figuras 2 y 3*).

Con los datos anteriores, ¿Cuál sería su diagnóstico?

* Jefe de la Consulta Externa CDP.

** Dermatopatólogo CDP.

*** Residente de Dermatología de 2º año CDP.

TUBERCULOSIS MICRONODULAR

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica, causada por *Mycobacterium tuberculosis*, que puede generar formas fijas (habitadas) y hematógenas (hiperérgicas); dentro de esta última se encuentran las tuberculides de la cara. La localización depende de la forma clínica y las lesiones dermatológicas son muy variadas: nódulos, gomas y úlceras así como placas verrugosas y vegetantes.

La incidencia de la tuberculosis ha disminuido progresivamente en países desarrollados a lo largo del presente siglo debido a las mejoras en la higiene, el nivel de vida y al desarrollo de tuberculostáticos. Sin embargo, en EUA la incidencia va en aumento debido a la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

El término tuberculides fue introducido por Darier en 1896. Existen diferentes clasificaciones de esta dermatosis, las más frecuentes son:

1. Tuberculides Papulonecróticas.
2. Tuberculides micronodular o liquen escrofulosorum.
3. Eritema indurado (Enfermedad de Bazin).

Para algunos autores sólo las tuberculides micronodular y nodulonecrótica son tuberculides verdaderas y el diagnóstico se basa en la respuesta positiva al PPD.

La etiología de las tuberculides es desconocida. En 1913 Bandelier y Roepke sugirieron que puede originarse por las toxinas bacterianas, reacción inmunológica, bacilos muertos, bacilos debilitados o por la presencia de gran cantidad de anticuerpos.

Las tuberculides de la cara se presentan con mayor frecuencia en adultos, como nódulos eritematosos firmes y pequeños que evolucionan por brotes y se localizan en la parte central de la cara o en la región peribucal.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con rosácea y corticodermia.

El tratamiento según la Norma Oficial Mexicana, se basa en dos principios: 1) se deben administrar por lo menos dos fármacos a los que sea sensible el germen para contrarrestar la resistencia a uno solo; 2) se requiere tratamiento prolongado debido a la lenta multiplicación de las micobacterias.

Según la Organización Mundial de la Salud el tratamiento debe ser supervisado durante seis meses y es el siguiente: rifampicina 150 mg, isoniazida 75 mg, pirazinamida 400 mg con una fase intensiva de dos meses y una de sostén de cuatro meses. En la fase intensiva se toman cuatro grageas juntas durante diez semanas de lunes a sábado, y en la de sostén cuatro cápsulas juntas dos veces por semana durante quince semanas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marcoval J. Tuberculosis Cutánea. *Piel* 1991; 6: 330-338.
2. Kakakhel KU, Fritsch P. Cutaneous Tuberculosis. *Int J Dermatol* 1982; 21: 497-503.
3. Grange JM. Mycobacteria and the skin. *Int J Dermatol* 1982; 21: 497-503.
4. Rodríguez O. Tuberculosis Cutánea. *Rev Centro Dermatológico Pascua* 1993; 2: 53-63.
5. Armes V, Misra R, Jain K. Secondary Tuberculosis of the skin. *Int J Dermatol* 1987; 26: 578-581.
6. Sehgal V, Srivastava G, Khurana V. An appraisal of epidemiologic, clinical, bacteriologic, histopathologic and immunologic parameters in cutaneous tuberculosis. *Int J Dermatol* 1987; 26: 521-526.
7. Novales J. *Tuberculosis cutáneas*. pp 213-221. En: Torres Lozada V, Camacho FM, Mihm MC, Sober A, Sánchez Carpiñero I. Dermatología práctica Ibero-Latinoamericana. Vicente Torres Lozada-Nieto editores.