

Caso para el diagnóstico. Infiltración en pabellón auricular

Dra. Larissa Dorina López Cepeda,* Dr. Alberto Ramos Garibay,** Dra. Rossana Janina Llergo Valdez***



Figura 1. Pabellón auricular que muestra una placa eritemato-violácea escamosa, infiltrada, con algunos nódulos puntiformes, eritematosos.

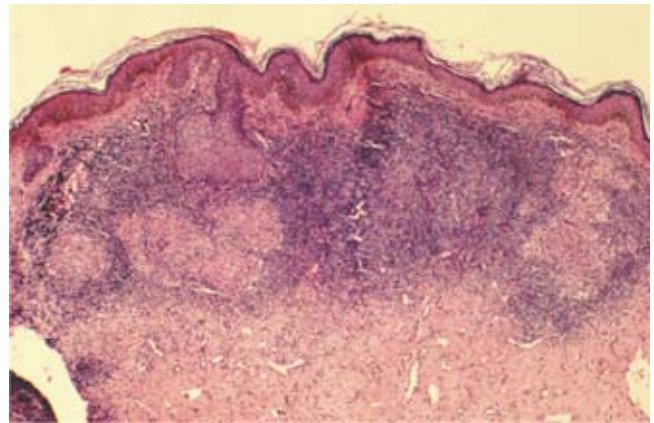


Figura 2. Epidermis atrófica. Dermis superficial forma una banda normal de colágena y por debajo un denso infiltrado linfohistiocitario (H/E4X).

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino, de 44 años de edad, dedicada al hogar, escolaridad primaria, originaria y residente de Michoacán, México. Presenta una dermatosis localizada a la cabeza, de la que afecta cara y de ésta pabellón auricular derecho. Constituida por una placa eritemato-violácea escamosa, infiltrada, con algunos nódulos puntiformes, eritematosos. Evolución crónica y asintomática (Figura 1).

Refiere haber iniciado su padecimiento 8 años previos a la consulta, con “un granito en la oreja, posteriormente enrojecimiento e hinchazón”, por considerarlo infectado, acudió a este Centro.

El resto de piel y anexos, en el momento de la consulta, se encontraban sin alteraciones. En el examen médico general no se encontraron datos patológicos.

La biopsia incisional mostró una epidermis atrófica por aplanamiento de los procesos interpapilares e hiperpigmentación de la capa basal. Dermis superficial, media y parte de la profunda tiene un denso infiltrado granulomatoso constituido por células epitelioides, algunas células gigantes multinucleadas de tipo Langerhans rodeadas por numerosos linfocitos (Figura 2). Con los datos clínicos e histológicos ¿Cuál sería su diagnóstico?

* Dermatólogo Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Dermatopatólogo del CDP.

*** Residente 3er Año Dermatología, CDP.

TUBERCULOSIS LUPOSA

La tuberculosis luposa (Lupus vulgar, lupus de Willan, lupus tuberculoso) es una forma de tuberculosis cutánea, crónica y progresiva, que se presenta en pacientes previamente sensibilizados, por diseminación del *M. tuberculosis* por vía hematógena, linfática, por contigüidad, y muy raramente, por inoculación o vacunación por BCG, caracterizado clínicamente por placas asintomáticas eritemato-parduzcas, localización más frecuente en la cara, y que deja considerable desfiguración.^{1,2}

Esta forma de tuberculosis cutánea era muy frecuente en el siglo pasado y en las primeras décadas de éste. En la actualidad su incidencia ha disminuido, de 10-15% de las tuberculosis cutáneas. El LV afecta a todas las edades, con predominio en las mujeres en una relación de 2:1 a 3:1. Se presenta sobre todo en poblaciones frías, húmedas y poco soleadas.³

En el LV no existe un mecanismo patogénico evidente para la aparición de las lesiones. Aparecen en piel normal como resultado de la extensión directa de un foco tuberculoso subyacente, diseminación hematógena o linfática de un foco activo de tuberculosis, después de la inoculación primaria, vacunación BCG, en la cicatriz de escrofulodermia. El *M. tuberculosis* puede permanecer latente por muchos años en la lesión de una infección previa, un trauma local o cambio inflamatorio inespecífico puede estimular al *Mycobacterium* y entrar en actividad, desarrollándose las lesiones de LV.⁴

Las características clínicas del LV varían de acuerdo a las variedades clínicas de presentación. La lesión inicial del LV es una pápula o placa eritematosa parduzca, blanda, de consistencia gelatinosa, en "jalea de manzana", asintomática, que crece lentamente por extensión periférica y atrofia central, circulares, bien delimitadas, con tendencia a la ulceración. Se presenta por lo general en la cara y de ésta en mejillas y nariz (85%), en labio superior, mentón y pabellones auriculares (13%) y con menos frecuencia (2%) en tronco y miembros, inclusive puede afectar la mucosa bucal y conjuntival por extensión.⁵ Las lesiones de LV suelen ser únicas. Se han descrito también lesiones múltiples. En la región nasal puede afectar el cartílago nasal y destruirlo, con producción de lesiones extensas y profundas, que pueden producir deformaciones. Varias formas clínicas de LV se han descrito.⁶

a. Lupus vulgar en placa: Las lesiones son planas, poco elevadas, con poca infiltración y cicatriz. El signo clínico característico es el eritema. La descamación da la apariencia psoriásica, en especial en las piernas.

Los bordes de las lesiones suelen ser algo elevadas e hiperqueratósicas.⁶

b. Lupus vulgar ulcerativo y mutilante: En esta forma clínica predomina la cicatrización y ulceración con áreas extensas de necrosis cubiertas de costras. Esta forma clínica puede invadir tejidos profundos y el cartílago nasal, ocasionando contracturas y deformidades con el progreso de la enfermedad.⁶

c. Lupus vulgar vegetante: Se caracteriza por su crecimiento exófitico y tendencia a la ulceración y necrosis, sin cicatrización. Esta forma de presentación se observa en la mucosa nasal, donde destruye el cartílago subyacente y causa deformidad. Responde bien al tratamiento.⁶

d. Lupus vulgar pseudotumoral o hipertrófico: Las lesiones del LV hipertrófico son nódulos y placas blandas, de color eritematoso amarillentas, que aparecen sobre lesiones profundas e infiltradas, sin descamación ni cicatrización. Se localizan preferentemente en los pabellones auriculares, los cuales aparecen engrosados y elongados. El linfedema y la dilatación vascular son algunas veces marcados. La respuesta al tratamiento es pobre.⁶

e. Lupus vulgar post-exantema: En esta forma clínica aparecen lesiones múltiples en forma simultánea, como consecuencia de la reactivación de focos silenciosos de tuberculosis, en el curso de una inmunosupresión transitoria, como el caso de niños. Infiltración en pabellón auricular post-sarampión. Las lesiones afectan mucosas, en especial la mucosa nasal, pero también pueden afectar la mucosa oral y conjuntival.⁶

f. Lupus vulgar de las membranas mucosas: Forma rara y especial de LV que se origina en las membranas mucosas por extensión de un lupus vulgar cutáneo a la mucosa nasal, oral y conjuntival. Esta forma clínica es altamente destructiva y desfigurante.⁶

Este caso corresponde a una tuberculosis luposa. A pesar de la baja incidencia, consideramos a nuestra paciente muy representativa de este padecimiento por la forma clínica y evolución. No obstante, están pendientes intradermorreacción, baciloscopias y estudios serológicos complementarios (ELISA, PCR) para complementar el diagnóstico e iniciar el tratamiento. Otros diagnósticos diferenciales a considerar son: sarcoidosis, lupus eritematoso discoide, infecciones fúngicas dimorfas, leishmaniasis, sífilis terciaria, carcinoma de células escamosas. El pronóstico de la tuberculosis cutánea es bueno y depende del diagnóstico temprano, forma clínica, edad del paciente, estado inmunológico y del com-

promiso visceral asociado. El lupus vulgar puede recidivar no obstante al tratamiento.⁵⁻⁶

BIBLIOGRAFÍA

1. Tincopa-Wong OW. Tuberculosis cutánea. *Dermatología Peruana* 2003; 13: 195-214.
2. Sehgal VN. Cutaneous tuberculosis. *Dermatol Clin* 1994; 12: 645-653.
3. Sierra V. Historia de la tuberculosis cutánea. *Piel* 1995; 10: 118-126.
4. Tappeiner G, Wolff K. Tuberculosis and other mycobacterial infections, in Fitzpatrick TB, Eizen A, Wolff K, Fredberg MI, Austen KF. *Dermatology in General Medicine*. 4th edition. New York: McGraw-Hill, 1993: 2370-2395.
5. Rodríguez O. Tuberculosis cutánea. *Revista de la Facultad de Medicina* 2003; 46: 157-161.
6. Marcoval J, Servitje O, Moreno A et al. Lupus vulgaris: clinical, histopathologic and bacteriologic study of 10 cases. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26: 404-407.