

Escleritis necrotizante anterior asociada con *tuberculides hiperérgica*. Reporte de un caso

Dr. Sergio E. Hernández Da Mota*, Dra. Vanessa Paredes Solís**, Dr. Miguel Benavides Huerto***

RESUMEN

Introducción: Las manifestaciones de la tuberculosis a nivel ocular pueden ser muy variadas e incluyen múltiples entidades clínicas ya bien descritas. Sin embargo, la reacción denominada *tuberculides hiperérgica* con escleritis constituye una manifestación poco usual.

Reporte de caso: paciente femenino con esta asociación, en quien resultó negativa la búsqueda de bacilos en la lesión dérmica, así como en esputo y orina, y quien fue PPD positiva. En la prueba terapéutica con rifampicina-isoniacida-pirazinamida hubo una mejoría clínica notable tanto de la lesión ocular como dérmica, por lo que se continuó con el tratamiento antifímico recomendado, produciéndose resolución total de las lesiones.

Palabras clave: *tuberculides*, escleritis, tuberculosis.

SUMMARY

Introduction: Clinical picture of tuberculosis in the eye may represent a challenge in diagnosis and many well studied clinical entities have been described. Dermis reaction called *hiperérgica tuberculides* associated with anterior scleritis represents an unusual variant of the disease.

Case report: A female patient with this association in whom search for tuberculosis bacilli in sputum and urine was negative, positive PPD, a rifampin-isoniazid-pyrazinamide therapeutic test was tried with a notorious improvement in both dermis and eye lesions. Antiphymic therapy was then completed with a total resolution of the lesions.

Key words: *tuberculides*, scleritis, tuberculosis.

INTRODUCCION

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa transmitida habitualmente por vía aérea y causada por bacterias pertenecientes al complejo *Mycobacterium tuberculosis*.

Se clasifica en primaria y postprimaria (secundaria). La forma pulmonar primaria es frecuentemente vista en niños a nivel de las zonas medias y bajas pulmonares y cursa con linfadenopatía parahiliar. Esta forma, si no hay algún tipo de inmunocompromiso, generalmente tiende hacia la curación espontánea.

La forma postprimaria o secundaria puede ser pulmonar o extrapulmonar. Dentro de las formas extrapulmonares, se encuentran: linfadenitis tuberculosa, pleuresía, tuberculosis de las vías aéreas superiores, genitourinaria, gastrointestinal y meníngea. Formas menos comunes incluyen a las ma-

nifestaciones oculares (coriorretinitis, panuveítis, conjuntivitis flictenular y escleritis) y las cutáneas (úlceras crónicas, escrofuloderma, lupus vulgar, eritema nodoso, etc.) (1).

En este apartado, constituye una asociación aún menos común la presencia de escleritis y manifestaciones cutáneas.

REPORTE DE CASO

Paciente femenino de 34 años de edad, ocupación médico, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual, con una evolución de 15 días del padecimiento, caracterizado por la presencia de enrojecimiento del OD, con dolor intenso y lagrimeo.

A la exploración de la paciente se encontró lesión a nivel de cuero cabelludo, con bordes eritematosos, indurados, ul-

*Médico oftalmólogo-retinólogo. Clínica David. Unidad Oftalmológica, Morelia, Michoacán.

**Médico dermatólogo. Hospital General Dr. Miguel Silva, Morelia, Michoacán.

***Médico anatomopatólogo, Morelia, Michoacán.

Correspondencia: Dr. Sergio E. Hernández Da Mota. Clínica David. Unidad oftalmológica. Blvd. García de León 598, Nueva Chapultepec, Morelia, Michoacán, México. CP 58280. Teléfonos: 01 (443)3144362 y 01(443)3154516. e-mail: tolodamota@yahoo.com.mx



Fig. 1. Lesión a nivel de cuero cabelludo en región parietal derecha.

cerada en el centro, de aproximadamente 5 cm de diámetro mayor (Figura 1). En la exploración ocular, se encontró capacidad visual de 20/20 en ambos ojos. En OD, se apreció a nivel de esclera nasal, la presencia de área perilímbica avascular de conjuntiva y esclera, de aspecto ulcerado, con presencia de congestión alrededor de vasos esclerales y conjuntivales. También se apreció ulceración con infiltrados inflamatorios estromales en córnea periférica (Figuras 2a y 2b).

El aspecto clínico correspondió a una escleritis necrotizante anterior con inflamación.

Se realizaron estudios paraclínicos de biometría hemática y examen general de orina que se encontraron dentro de límites

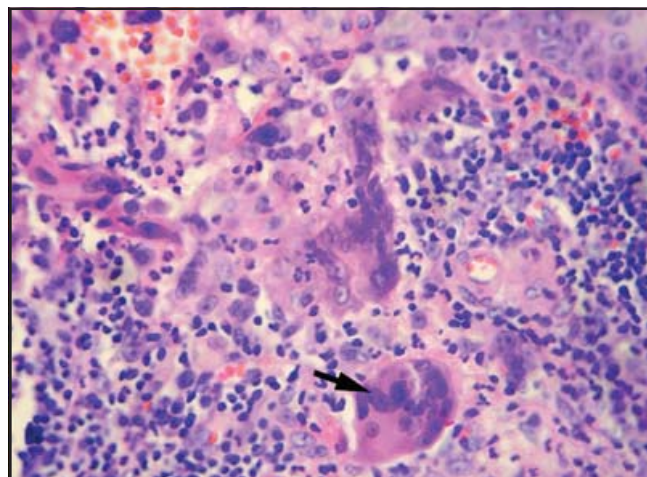


Fig. 3. Imagen histopatológica donde se puede apreciar la presencia de células gigantes multinucleadas y reacción granulomatosa con necrosis caseosa, característica de tuberculosis.

normales, sólo la velocidad de sedimentación globular resultó elevada (30mm/h). El factor reumatoide, VDRL, FTABs, anticuerpos anti-HIV, panel de anticuerpos antinucleares, p-AN-

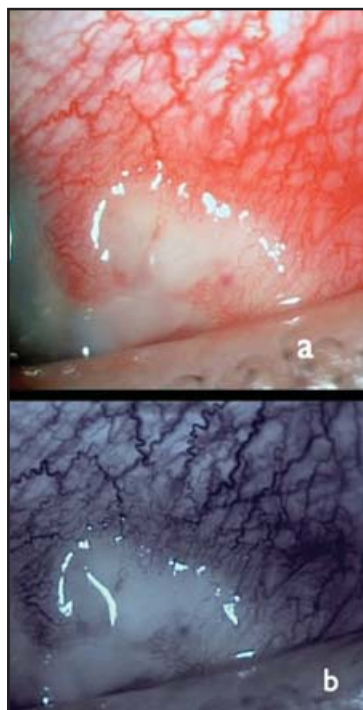


Fig. 2. a: Lesión necrótica escleral con ingurgitación de vasos episclerales superficiales y profundos que se aprecia mejor en b: foto con luz verde aneritra.

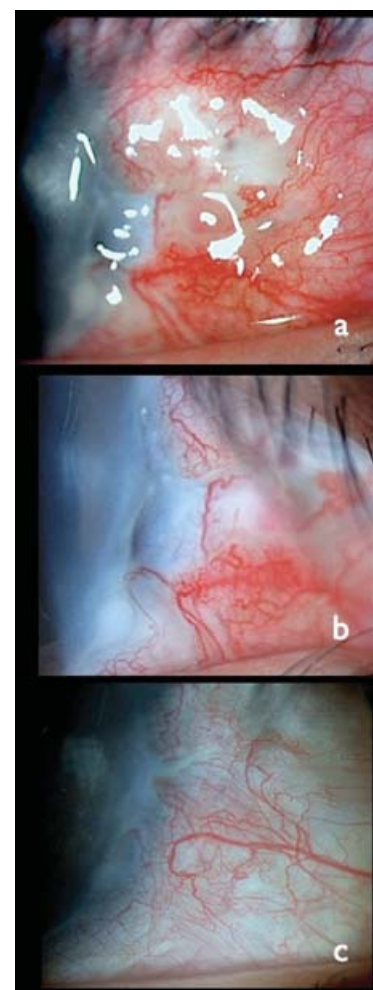


Fig. 4. Respuesta del tratamiento combinado antifímico a la semana (a), 2 semanas (b) y 3 semanas (c) donde se puede ver la resolución completa de la lesión con la desaparición del adelgazamiento corneoescleral.



Fig. 5. Resolución casi completa de la lesión dérmica a los 3 meses de haberse instaurado el tratamiento.

CAS y c-ANCAS resultaron negativos. El PPD resultó positivo de 20 mm en la lectura de 48 h y en la placa tele de tórax se encontraron solamente calcificaciones parahiliares. La búsqueda de BAAR en esputo y orina también resultó negativa.

Se realizó biopsia de lesión cutánea, reportándose la presencia de células gigantes multinucleadas características de granulomas de tipo caseoso (Figura 3).

Con base en lo anterior, se decidió iniciar prueba terapéutica con rifampicina vía oral a razón de 300mg, isoniácida 150 mg, pirazinamida 800 mg diariamente BID p.o., combinados con prednisona 50 mg diariamente. La respuesta de la paciente en cuanto a la lesión ocular y dérmica fue muy favorable, apreciándose una resolución completa de la escleritis a las tres semanas de iniciado el tratamiento (Figuras 4a, 4b y 4c). También se apreció resolución de la lesión cutánea (Figura 5) a los 2 meses de iniciado el tratamiento antifímico.

Se decidió mantener la terapia antifímica, como lo marcan las recomendaciones vigentes para el tratamiento de la tuberculosis, por seis meses (los últimos 4 a base del doble esquema de rifampicina-isoniácida), disminuyendo en forma gradual la prednisona en un tiempo de tres meses hasta quedar con 5 mg diariamente p.o., dosis que se mantuvo hasta la terminación del tratamiento inicial antifímico (6 meses) sin evidencia de reacciones adversas durante el seguimiento.

DISCUSIÓN

La tuberculosis secundaria extrapulmonar o postprimaria puede llegar a afectar tejidos como ojo y piel. Dentro de las manifestaciones oculares hay una miríada de presentaciones lo cual hace aparecer a esta forma de tuberculosis, junto con la lúes, como “la gran imitadora” (1). Se puede presentar en forma de granulomas a nivel de conjuntiva y coroides, panuveítis, uveítis granulomatosa, no granulomatosa, etc. (2, 3). Una de las formas de presentación la constituye la escleritis que puede ser anterior o posterior y en sus formas necrotizante con o sin inflamación (4, 5).

Es importante que ante un cuadro de uveítis atípico, sobre todo si el paciente presenta antecedentes de tuberculosis, ha estado en áreas endémicas o presente algún tipo de inmunosupresión, se considere siempre a esta entidad como diagnóstico diferencial.

Esto reviste especial importancia sobre todo con fines terapéuticos.

Por otro lado, las formas cutáneas de la tuberculosis se pueden dividir en formas crónicas que son persistentes, fijas, habitadas o normérgicas y las formas hematógenas, no habitadas, hiperérgicas al PPD o tuberculides. Estas últimas representan una reacción inmune exagerada contra los bacilos de la tuberculosis y, en muchos de estos casos, no es posible muchas veces el poder aislarlos. Hay diferentes tipos de acuerdo con su aspecto clínico a saber:

1. Nodular profunda (eritema indurado de Bazin, eritema indurado de Hutchinson)
2. Nódulo-necrótica
3. Micronodular
4. Tuberculides ulcerosa
5. Tuberculides de la cara (6, 7).

La forma de diagnóstico de cualquier tipo de tuberculosis, ya sea pulmonar o extrapulmonar, conlleva en primer lugar un alto índice de sospecha clínica. No es difícil sospecharla en pacientes con factores de riesgo (alcohólicos crónicos, inmunosupresión), no así en pacientes con bajo riesgo (pacientes jóvenes por lo demás sin antecedentes de relevancia).

Los exámenes paraclínicos, sobre todo la tele de tórax para ver compromiso pulmonar (en donde prácticamente puede haber la presencia de cualquier hallazgo radiológico anormal, como cavitaciones lobares, sin ser ninguno patognomónico) o estigmas de afección previa, como lo es la presencia de calcificaciones parahiliares, así como la búsqueda de bacilos en esputo y orina deben formar parte del estudio integral del paciente.

El PPD no se considera diagnóstico *per se*, pero el ser negativo nos descarta la posibilidad de tuberculosis; en algunos casos, la longitud de la reacción se ha asociado con mayor riesgo de tener la infección sobre todo en cuanto a grupos etáreos o de riesgo se refiere. Ante la fuerte sospecha clínica y sugestiva del estudio histopatológico, como fue en el caso de la paciente, es válido realizar la llamada prueba terapéutica con antifímicos.

Al haber respuesta positiva en cuanto a mejoría clínica de las lesiones, dicha repuesta nos ayuda a confirmar el diagnóstico.

En el caso de nuestra paciente, la respuesta al tratamiento fue dramática por lo que se decidió continuar el tratamiento de acuerdo con las recomendaciones de tratamiento contra TB que incluyen el triple esquema de rifampicina 600 mg, isoniácida 150 mg y pirazinamida 800 mg diariamente por dos meses. Este esquema se debe mantener por espacio de cuatro meses más a base de isoniácida y rifampicina (1). En ocasiones se deberá manejar una dosis de sostén por tiempo indefinido para evitar las recurrencias (6).

CONCLUSIONES

Esta asociación representa una de las múltiples caras que puede adoptar la tuberculosis. En la literatura reciente sólo está reportada la asociación de eritema indurado de Bazin con epiescleritis (8) que pudiera representar una variante al caso actualmente reportado. Nunca será redundante el presentar asociaciones como éstas que, aunque poco comunes, constituyen un ejemplo de que ante la presencia de casos de cualquier tipo de enfermedad inflamatoria ocular, la evaluación sistémica del paciente siempre puede aportar datos para llegar a un diagnóstico de certeza, sobre todo al tratarse de enfermedades infecciosas de gran impacto epidemiológico como la tuberculosis.

REFERENCIAS

1. Raviglione MC, O'Bryan RC. Tuberculosis. En: Eugene Braunwald. Harrison's Principles of Internal Medicine. 15ª ed. New York. McGrawHill; 2001. p.1024-1034.
2. Tabbara KF. Tuberculosis. Curr Opin Ophthalmol 2007; 18(6): 493-501.
3. Helm CJ, Holland GN. Ocular tuberculosis 1993; Surv Ophthalmol 38:229.
4. Dubé P, Scwam BL, Raizman MB. Scleritis. En: Krachmer JH, Mannis MJ, Holland EJ. Cornea. 2ª ed. Philadelphia, Elsevier-Mosby; 2005. p 1343-1355.
5. Kurup SK, Chan CC. Mycobacterium-related ocular inflammatory disease: diagnosis and management. Ann Acad Med Singapore 2006; 35(3):203-9.
6. Arenas R. Tuberculosis cutánea. En: Dermatología Atlas. 2ª edición. México, DF: McGrawHill Interamericana; 1996. p. 293-296.
7. Sehgal V, Bhattacharya SN, Jain S, Logan K. Cutaneous tuberculosis: The evolving scenario. Int J Dermatol 1994; 33(2):97-104.
8. Leahy TR, Downey P, Ramsay B, Philip RK. Erythema induratum of Bazin and episcleritis in a 6 year old girl. Arch Dis Child. 2005; 90(11):1132.