

Tuberculosis cutánea periorificial, ¿en quién sospecharla?: reporte de caso y revisión de tema

Cutaneous periorificial tuberculosis, when to suspect it? Case report and review of the literature

Ana María Muñoz¹, Verónica María Molina², Ana Cristina Ruiz³

1. Médica, residente de Dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana; M.Sc. en Epidemiología Clínica, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
2. Médica dermatóloga, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia.
3. Médica dermatopatóloga, Universidad CES, Medellín, Colombia.

RESUMEN

La tuberculosis cutánea periorificial corresponde a un subtipo infrecuente de la enfermedad. Normalmente, se presenta con úlceras persistentes y dolorosas de bordes bien definidos, en la mucosa oral, la genital o la anal. Sin tratamiento, puede llevar a la diseminación de la infección y a la muerte del paciente. En la mayoría de los casos, se asocia con tuberculosis pulmonar o del sistema gastrointestinal.

Se presenta el caso clínico de un hombre de 67 años de edad que desarrolló tuberculosis cutánea periorificial en la región anal, asociada a tuberculosis gastrointestinal y pulmonar. Hubo una adecuada mejoría con el tratamiento.

PALABRAS CLAVE: tuberculosis, tuberculosis cutánea, tuberculosis cutánea periorificial, inmunosupresión.

SUMMARY

Cutaneous periorificial tuberculosis corresponds to a rare subtype of the disease. It usually occurs with ulcers of well-defined edges, painful, persistent in oral, anal or genital mucosa. Without treatment they can lead to spread of the infection and the death of the patient. It is associated in most cases with pulmonary or gastrointestinal tuberculosis.

We present the case of 67 years old male patient that developed cutaneous periorificial tuberculosis in the anal region associated with gastrointestinal and pulmonary tuberculosis and that responded properly to treatment.

KEYWORDS: Tuberculosis, cutaneous, immunosuppression

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un hombre de 67 años de edad con síntomas constitucionales consistentes en astenia, adinamia, fiebre intermitente y pérdida de 16 kg de peso; además, dolor en la región perianal y lesiones en el ano con drenaje de secreción fétida, purulenta y fecaloide. En la revisión por sistemas, refirió disnea y tos con expectoración de color amarillo de un mes de evolución.

Correspondencia:

Ana María Muñoz

Email:

anamumo22@hotmail.com

Recibido: 1 de septiembre de 2015

Aceptado: 1 de junio de 2016

No se reportan conflictos de interés.



FIGURA 1. Úlceras perianales con fístula hacia el canal anal.



FIGURA 2. Colonoscopia: lesión ulcerada umbilicada con centro cubierto de fibrina.

El paciente había sido evaluado inicialmente en otras instituciones, donde se le trató con ciprofloxacina más metronidazol, con la impresión diagnóstica de abscesos perianales. Por falta de mejoría clínica, se le practicó una tomografía computadorizada (TC) abdominal y pélvica, en la cual se identificó un absceso perianal de 8 por 9 mm, asociado con adenopatías inguinales bilaterales, más prominentes en el lado derecho, con un diámetro promedio de 9,5 mm. Con este hallazgo se inició tratamiento intrahospitalario con piperacilina-tazobactam, clindamicina y vancomicina. Se remitió al Hospital Pablo Tobón Uribe después de seis meses de iniciados los síntomas, para el tratamiento conjunto con el Servicio de Coloproctología.

El paciente tenía un antecedente no claro de asma desde la infancia, por lo cual había consumido una dosis diaria de 50 mg de esteroides orales durante 10 años. Como efecto secundario de los esteroides desarrolló diabetes mellitus de tipo II, para lo cual recibía tratamiento con 850 mg de metformina cada ocho horas.

En el examen físico de ingreso se encontró un paciente en malas condiciones generales, con signos de reacción inflamatoria sistémica, palidez mucocutánea, estertores en ambos campos pulmonares y, en el cuadrante posterior derecho de la región perianal, dos úlceras con fístula hacia el canal anal (**FIGURA 1**). En el tacto rectal se palpó una úlcera con fístula en la pared posterior izquierda y secreción purulenta escasa.

Con estos hallazgos y los obtenidos en una TC previa de alta resolución tomada en otra institución, se iniciaron los estudios para tuberculosis. La prueba para

el virus de inmunodeficiencia humana (HIV) fue negativa. En la colonoscopia se observaron múltiples lesiones ulceradas, nodulares y umbilicadas, con su centro cubierto de fibrina (**FIGURA 2**).

Se practicó una biopsia de piel con cultivo de tejido. Se reportó ulceración de la epidermis y la dermis, abundante infiltrado inflamatorio linfocitario con formación de abundantes granulomas, algunos de tipo sarcoide y otros necrosantes y, ocasionalmente, supurativos, acompañados de células gigantes multinucleadas; con la tinción de Ziehl-Neelsen se identificaron bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) (**FIGURA 3**).

También se practicó una biopsia de recto en la que se encontró mucosa revestida por epitelio escamoso estratificado con importante ulceración y reemplazo por polimorfonucleares neutrófilos; en el estroma se observaron abundantes granulomas de tipo epitelioides con microabscesos centrales; con la tinción de Ziehl-Neelsen se demostraron nuevamente BAAR.

Los cultivos de piel, del tubo digestivo y el lavado broncoalveolar fueron todos positivos para BAAR. En el líquido cefalorraquídeo el cultivo fue negativo.

Se hizo diagnóstico de tuberculosis gastrointestinal, pulmonar y cutánea periorificial. Se inició tratamiento antituberculoso, pero, por desarrollo de hepatotoxicidad, se cambió la rifampicina por moxifloxacina. Después de un mes de tratamiento, el paciente presentó mejoría significativa de las lesiones (**FIGURA 4**). Sin embargo, continuó hospitalizado por complicaciones como hemorragia gastrointestinal,

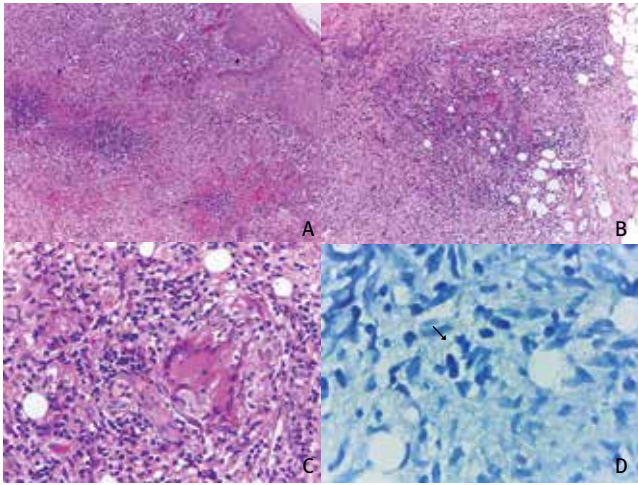


FIGURA 3. A. Abundante infiltrado inflamatorio linfohistiocitario acompañado de células gigantes multinucleadas. Hematoxilina y eosina, 4X. B, C. Formación de abundantes granulomas sarcoideos, necrosantes y supurativos. Hematoxilina y eosina, 10X y 40X. D. La flecha señala un bacilo ácido-alcohol resistente. Ziehl-Neelsen, 40X.



FIGURA 4. Mejoría significativa de las lesiones después de un mes de tratamiento

insuficiencia suprarrenal e infecciones concomitantes por *Candida albicans*.

DISCUSIÓN

La tuberculosis cutánea representa menos del 1 % de los casos de tuberculosis¹. Puede clasificarse como lupus vulgar, escrofuloderma, tuberculosis verrucosa cutis y tuberculosis periorifical. De estos subtipos, los más frecuentes son el lupus vulgar y la escrofuloderma². Las manifestaciones de la infección por *Mycobacterium tuberculosis* en piel pueden ser por infección exógena con compromiso directo de la piel, o endógena, por diseminación linfática, hematógica o por contigüidad; dichas infecciones pueden ser multibacilares o paucibacilares³. El chancro tuberculoso, la escrofuloderma, la tuberculosis periorifical, la tuber-

culosis miliar y la goma tuberculosa son formas multibacilares; por el contrario, la tuberculosis verrucosa cutis y el lupus vulgar pueden ser difíciles de diagnosticar porque se presentan pocos bacilos en los tejidos afectados³.

La forma periorifical es rara, corresponde al 2 % de las tuberculosis cutáneas y al 0,01 % de todas las tuberculosis, aunque se considera que su incidencia puede estar subestimada por la presencia de lesiones similares a las de la tuberculosis periorifical con mucha frecuencia en las autopsias⁴. Se presenta en pacientes adultos de edad media, con predominio en el sexo masculino⁵. Afecta la mucosa oral, la genital o la anal, y se define como primaria cuando la mucosa es el sitio inicial de infección y secundaria cuando se presenta por autoinoculación del bacilo procedente del tubo digestivo, del aparato genitourinario o de los pulmones. El segundo caso es mucho más frecuente⁵.

Este tipo de compromiso en piel y mucosas tiene cinco características que lo identifican y están presentes en la mayoría de los casos reportados en la literatura científica hasta el momento:

1. Grandes úlceras únicas o múltiples, dolorosas y persistentes.
2. Úlceras con bordes bien definidos y cubiertas por material pseudomembranoso.
3. Localización en la mucosa oral, la anal o la genital.
4. Pacientes con compromiso del estado general y tuberculosis del sistema gastrointestinal, el genitourinario o pulmonar.
5. Lesiones que mejoran de forma adecuada con el tratamiento estándar para tuberculosis⁶⁻⁸.

Las lesiones pueden iniciarse como pápulas, placas o nódulos de color rojo pardo, que rápidamente se ulceran. En ocasiones, se puede ver alrededor de la lesión principal nódulos satélites de color amarillo que, en caso de presentarse, se consideran característicos de esta infección⁵. Los pacientes también pueden presentar fístulas, abscesos o lesiones verrugosas, lupoides o miliare⁴. En general, el compromiso de la mucosa oral es más frecuente, principalmente en la lengua, por deglución de bacilos tuberculosos originados en la tuberculosis pulmonar. Al momento del diagnóstico, los pacientes presentan fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso y linfadenopatías. El compromiso pulmonar es concomitante en 81 % de los casos, incluso, cuando las lesiones son perianales o genitales⁷.

En algunos estudios, se reportan como factores de riesgo para esta infección la mala higiene, el tabaquismo y el trauma local y, en la boca, la presencia de quistes o abscesos dentales⁵. La inmunosupresión, como factor de riesgo, no es constante^{9,10}. La infección por HIV y el uso crónico de esteroides se han reportado solo en algunos casos⁴.

Se debe hacer el diagnóstico diferencial con la enfermedad intestinal inflamatoria, el cáncer colorrectal, el pioderma gangrenoso y otras causas infecciosas y no infecciosas de úlceras genitales⁷.

El diagnóstico se puede hacer por medio de la biopsia de piel o de los tejidos afectados, el cultivo de tejidos y de las secreciones, o por reacción en cadena de la polimerasa (PCR). La prueba de tuberculina puede ser útil en algunos casos. En la histopatología se observa necrosis caseosa extensa con granulomas formados por células epitelioides y células gigantes multinucleadas en la dermis. Con la tinción de Ziehl-Neelsen se pueden observar los BAAR⁷.

A todos los pacientes con sospecha de tuberculosis

periorificial se les debe tomar una radiografía de tórax por el frecuente compromiso pulmonar concomitante. Otras ayudas diagnósticas, como la colonoscopia o la TC, pueden ayudar en el diagnóstico⁸.

La tuberculosis periorificial tiene mal pronóstico porque generalmente se presenta en un paciente con enfermedad diseminada, las lesiones en mucosas no sanan espontáneamente y, en caso de no recibir un tratamiento oportuno, puede haber diseminación miliar y producirse la muerte. Incluso con tratamiento adecuado, algunos pacientes pueden tener un mal pronóstico⁵.

Con respecto al uso crónico de esteroides, por medio de sus efectos genómicos, estos medicamentos pueden modular la reacción inmunitaria innata y adaptativa, con supresión de la reacción celular de tipo Th1 y aumento de la reacción de tipo Th2, lo cual predispone a los pacientes a infecciones oportunistas y se acompaña de otros efectos adversos, como la diabetes mellitus de tipo 2 que se desarrolló en este caso¹¹.

REFERENCIAS

1. Dias MF, Bernardes Filho F, Quaresma MV, Nascimento LV, Nery JA, Azulay DR. Update on cutaneous tuberculosis. *An Bras Dermatol*. 2014;89:925-38.
2. Puri N. A clinical and histopathological profile of patients with cutaneous tuberculosis. *Indian J Dermatol*. 2011;56:550-2.
3. Palacios CP, Gaviria M, Restrepo R, Tamayo LM. Tuberculosis cutánea: reto diagnóstico. *Rev Asoc Colomb Dermatol*. 2011;19:249-51.
4. León-Mateos A, Sánchez-Aguilar D, Lado F, Toribio J. Perianal ulceration: a case of tuberculosis cutis orificialis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2005;19:364-6.
5. Turkmen M, Turk BG, Kandiloglu G, Dereli T. Tuberculosis cutis orificialis in an immunocompetent patient. *Cutis*. 2015;95:E4-6.
6. Ghosh SK, Bandyopadhyay D, Ghosh A, Mandal RK, Bhat-tacharyya K, Chatterjee S. Non-healing perianal ulcer: A rare presentation of cutaneous tuberculosis. *Dermatol Online J*. 2009;15:9.
7. Choi SR, Kim JK, Kim DH, Yoon MS. A case of tuberculosis cutis orificialis with perianal involvement. *Ann Dermatol*. 2009;21:443-6.
8. Ichihashi K, Katoh N, Takenaka H, Kishimoto S. Orificial tuberculosis: Presenting as a refractory perianal ulcer. *Acta Derm Venereol*. 2004;84:331-2.
9. Chen YJ, Shieh PP, Shen JL. Orificial tuberculosis and Kaposi's sarcoma in an HIV-negative individual. *Clin Exp Dermatol*. 2000;25:393-7.
10. Ezzedine K, Belin E, Pistone T, Milpied B, Jouary T, Taieb A, et al. Orificial tuberculosis in an immunocompetent care-worker. *Acta Derm Venereol*. 2010;90:552-3.
11. Franchimont D. Overview of the actions of glucocorticoids on the immune response: A good model to characterize new pathways of immunosuppression for new treatment strategies. *Ann N Y Acad Sci*. 2004;1024:124-37.