

Tuberculosis cutánea: reto diagnóstico

Cutaneous tuberculosis, a diagnostic challenge

Claudia Patricia Palacios¹, Mónica Gaviria², Rodrigo Restrepo³, Liliana María Tamayo⁴

1. Médica, residente de Dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia
2. Médica dermatóloga, Clínica Universitaria Bolivariana; docente, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia
3. Médico dermatopatólogo, docente, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia
4. Médica dermatóloga, alergóloga, Clínica Universitaria Bolivariana; docente, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia

Resumen

La tuberculosis cutánea se caracteriza por un amplio espectro de signos clínicos, razón por la cual es necesario mantener un alto índice de sospecha ante lesiones cutáneas crónicas de evolución tórpida.

Presentamos el caso de una paciente con tuberculosis cutánea agresiva, su aproximación diagnóstica y el entorno sociocultural, que afectaron su evolución.

PALABRAS CLAVE: *Mycobacterium tuberculosis*, úlcera cutánea, tuberculosis cutánea.

Correspondencia:

Claudia Patricia Palacios

Email: claupala@yahoo.com

Recibido: 18 de enero de 2011.

Aceptado: 23 de abril de 2011.

No se reportan conflictos de intereses.

Summary

Cutaneous tuberculosis is characterized by a broad spectrum of clinical signs, and that is why it is necessary to maintain a high index of suspicion for chronic skin lesions with a torpid evolution.

We report the case of a patient with aggressive cutaneous tuberculosis, the diagnostic approach and socio-cultural environment that affected its evolution.

KEY WORD: *Mycobacterium tuberculosis*, skin ulcer, cutaneous tuberculosis.

Introducción

La tuberculosis cutánea es una forma de tuberculosis extrapulmonar; su clasificación se basa en el modo de infección y en el estado inmunitario del huésped. Puede presentarse como resultado de una diseminación hematológica o por extensión directa de un foco latente o de infección activa. Sin embargo, la inoculación primaria ocurre por siembra directa de la micobacteria en la piel o en las mucosas, por un traumatismo o lesión.

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana ha llevado a un resurgimiento de la tuberculosis, ya que su incidencia en los pacientes con sida es 500 veces mayor que en la población general; la diabetes mellitus, el uso de drogas por vía intravenosa, la inmunosupresión, la enfermedad renal, los procesos malignos y las edades extremas, también son factores de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad.

El manejo de la tuberculosis cutánea se hace siguiendo las mismas guías que el de la tuberculosis de otros ór-

ganos. La quimioterapia continúa siendo el tratamiento de elección.

Presentamos el caso de una paciente con una tuberculosis cutánea agresiva, su aproximación diagnóstica y evolución clínica.

Caso clínico

Se trata de una paciente de 56 años, de sexo femenino, residente en la zona rural, casada, con tres hijos, sin antecedentes personales de importancia, quien consultó por primera vez tres años antes por presentar una úlcera en el cuello de 15,0 x 10,0 cm.

Se practicó examen directo para *Leishmania*, el cual fue negativo. Al mismo tiempo, se tomó biopsia de piel y no se identificaron granulomas. Las coloraciones de PAS, Ziehl-Neelsen y plata metenamina fueron negativas y el cultivo en ese momento también fue negativo para micobacterias.

La paciente refirió que no volvió a asistir a consulta por

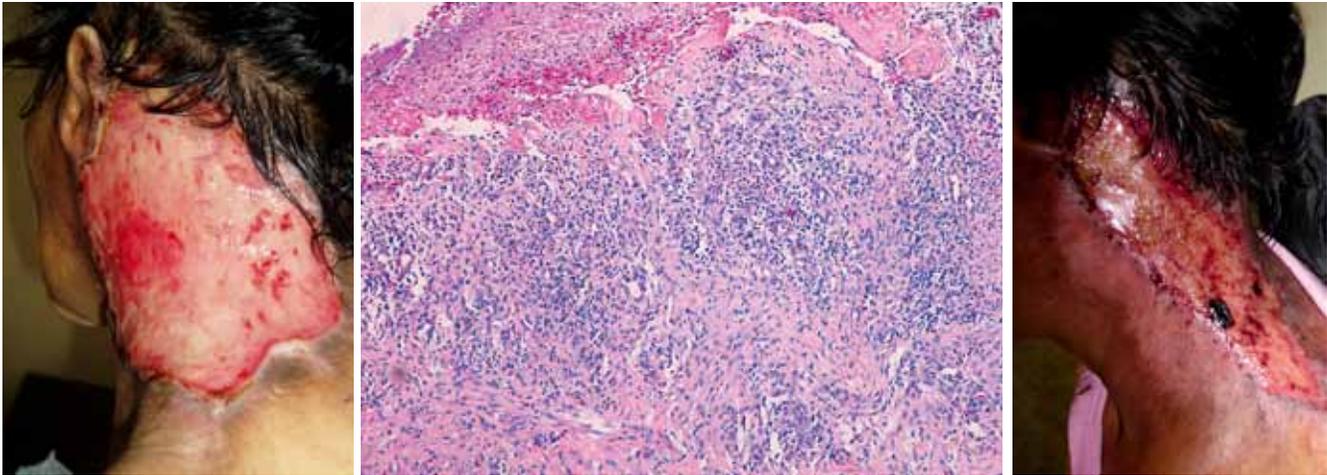


FIGURA 1. Úlcera en el cuello con compromiso de pabellón auricular. **FIGURA 2.** Biopsia de piel: úlcera superficial inespecífica. **FIGURA 3.** Respuesta clínica al tratamiento.

dificultades económicas. Hubo progresión de la lesión y no se hizo ningún manejo. Ahora, asistió nuevamente a consulta por la misma úlcera en el cuello (**FIGURA 1**) y se tomó una nueva biopsia en la cual se encontró, en los múltiples cortes realizados, la presencia únicamente de una úlcera superficial, inespecífica, recubierta por fibrina, con un fondo ocupado por tejido de granulación. No se observaron colecciones de células epitelioides, granulomas ni células gigantes (**FIGURA 2**). Se hizo nuevamente cultivo para hongos y micobacterias.

Teniendo en cuenta el cuadro clínico, con sospecha de pioderma gangrenoso y sin reporte del cultivo en ese momento, se decidió infiltrar los bordes de la lesión con triamcinolona al 10% y se inició tratamiento esteroide a una dosis diaria de 1 mg/kg, con nueva cita de control, a la cual la paciente no asistió por imposibilidad de desplazarse al centro médico.

Se le hizo seguimiento al caso clínico y hubo aislamiento de *M. tuberculosis* en el cultivo; por lo tanto, se localizó a la paciente por medio de la vigilancia epidemiológica y se le inició manejo con quimioterapia anti-tuberculosa. En este momento, ya lleva cuatro meses de tratamiento, con adecuada tolerancia y mejoría clínica (**FIGURA 3**).

Discusión

En comparación con otros órganos, la piel es un sitio poco común de presentación de la tuberculosis, representa menos del 1, %^{1,2}. Sin embargo, en la era de la infección por el VIH, el aumento del consumo de drogas por vía intravenosa y el uso de tratamientos inmunosupresores, la tuberculosis, en todas sus formas, incluida la tuberculosis cutánea, ha tomado auge nuevamente².

Mycobacterium tuberculosis no es muy virulento, sólo de 5 a 10% de las infecciones desarrollan la enfermedad clínica.

La clasificación de la tuberculosis cutánea se basa en el modo de infección y en el estado inmunitario del huésped; para efectos prácticos, se puede dividir en exógena o endógena. La exógena es causada por el complejo primario *M. tuberculosis* o *Mycobacterium bovis*, se produce por inoculación primaria o exógena y se manifiesta como chancro tuberculoso, tuberculosis verrucosa cutis y algunos casos de lupus vulgar³.

Las otras entidades son secundarias, resultantes de la diseminación directa a la piel de una estructura contigua subyacente o infección endógena; en la mayoría de los casos se propaga de los ganglios linfáticos y hueso, conocida como escrofuloderma, o de un foco activo de un tejido profundo, como el pulmón, generando la tuberculosis oral, la intestinal o la del sistema genitourinario^{3,4}.

La infección primaria, o exógena, de la piel debido al complejo *M. tuberculosis*, generalmente, se adquiere por inoculación directa del bacilo debido a la abrasión de la piel^{1,4}. Las lesiones suelen localizarse en la cara, las manos o los pies, las áreas de piel expuesta, el cuello, la

Clasificación tuberculosis cutánea	
EXÓGENA	Chancro tuberculoso, tuberculosis verrucosa cutis, lupus vulgar
ENDÓGENA	
POR CONTIGÜIDAD	Escrofuloderma, tuberculosis de los orificios
HEMATÓGENA	Tuberculosis miliar, goma tuberculosa, lupus vulgar
LINFÁTICA	Lupus vulgar

TABLA 1. Clasificación tuberculosis cutánea

Clasificación según carga bacteriana
MULTIBACILAR Chancro tuberculoso, escrofuloderma, tuberculosis orofacial, tuberculosis miliar, goma tuberculosa
PAUCIBACILAR Tuberculosis verrucosa cutis, lupus vulgar

TABLA 2. Clasificación según carga bacteriana

Diagnósticos diferenciales
CHANCRO TUBERCULOSO Blastomicosis, histoplasmosis, coccidioidomicosis, tularemia, pioderma gangrenoso, sarcoidosis, lupus discoide, carcinoma escamocelular
ESCROFULODERMA Esporotricosis, actinomicosis, hidradenitis supurativa, acné conglobata
GOMA TUBERCULOSA Goma Sifilítico, Leishmaniasis, Infección Micótica Profunda
TUBERCULOSIS VERRUCOSA CUTIS Leishmaniasis verrucosa, blastomicosis, esporotricosis, sífilis terciaria verrucosa, liquen plano hipertrófico
LUPUS VULGAR Sarcoidosis, lupus discoide, leishmaniasis lupoide, pioderma gangrenoso

TABLA 3. Diagnósticos diferenciales

región supraclavicular, las axilas y la región inguinal⁵. Se ha descrito tras circuncisión, tatuaje o inyecciones y como en nuestro caso, sin antecedentes documentados de lesiones en la piel⁴.

También existe la clasificación basada en la carga bacteriana, como multibacilar y paucibacilar, según la cantidad de bacilos identificados en el examen histológico^{4,5} (TABLAS 1 Y 2).

En la tuberculosis cutánea, una vez que los bacilos se inoculan en la piel, se forma la úlcera; ésta puede ser muy pequeña o puede llegar a medir varios centímetros de diámetro; generalmente, la base es granular y de color rojo oscuro con tendencia al sangrado, con bordes irregulares e indurados. La presencia de la úlcera en algún momento de la progresión de la enfermedad es característica^{1,4,6}.

En los cortes de histología se observa una reacción granulomatosa crónica con un infiltrado mononuclear predominante, acumulación de histiocitos epitelioides y células de Langhans, con necrosis caseosa en su centro. Sin embargo, la presencia de granulomas en el estudio de

histopatología no concluye una infección tuberculosa, ya que se pueden producir resultados similares por micosis profundas, lepra y sífilis. El diagnóstico definitivo requiere el aislamiento del microorganismo por cultivo, ya que los hallazgos histológicos pueden ser inespecíficos⁷.

Clínicamente debe tenerse un alto índice de sospecha en los casos de tuberculosis cutánea; a menudo existe retraso en el diagnóstico por la gran variedad de diagnósticos diferenciales, entre los cuales es tenida en cuenta⁵ (TABLA 3).

El esquema de tratamiento de la tuberculosis cutánea es similar al de la tuberculosis pulmonar. El tratamiento estándar consiste en seis meses de isoniacida y rifampicina, complementado con pirazinamida y etambutol durante los primeros dos meses^{1,7}.

Conclusión

La tuberculosis cutánea se debe sospechar tanto en pacientes inmunocompetentes como inmunodeprimidos que presenten lesiones crónicas en la piel, sin mejoría con el tratamiento convencional; se hace necesario el estudio de estos pacientes, especialmente si presentan lesiones nodulares, ulceradas o asociadas a adenitis regional.

En nuestro caso, se evidencia la importancia del seguimiento clínico y, como la tuberculosis cutánea es rara en la población inmunocompetente, se debe tener en cuenta como diagnóstico diferencial, con gran impacto para el paciente si no se hace el diagnóstico y se suministra el tratamiento en forma oportuna.

Referencias

1. Bravo F, Gotuzzo E. Cutaneous tuberculosis. Clin Dermatol J. 2007;25:173-80.
2. Semaan R. Primary *Mycobacterium tuberculosis* complex cutaneous infection: Report of two cases and literature review. Int J Infect Dis. 2008;12:472-7.
3. Handog B. Management of cutaneous tuberculosis. Dermatol Ther. 2008;21:154-61.
4. Hay R. Cutaneous infection with *Mycobacterium tuberculosis*: How has this altered with the changing epidemiology of tuberculosis? Curr Opin Infect Dis. 2005;18:93-5.
5. Frankel A, Penrose C, Emer J. Cutaneous tuberculosis. A practical case report and review for the dermatologist. J Clin Aesthetic Dermatol. 2009;2:19-27.
6. Sahin N. Longstanding skin ulcers due to *Mycobacterium tuberculosis* in a healthy man. Trop Biomed. 2010;27:120-4.
7. Barbagallo J, Tager P, Ingleton R, Hirsch R, Weinberg J. Cutaneous tuberculosis: Diagnosis and treatment. Am J Clin Dermatol. 2002;38:319-28.