

Tuberculosis cutánea (Escrofuloderma)

Tuberculosis cutánea (Escrofuloderma)

Martín Camilo Cárdenas Hernández
Juan Carlos Wolff Idárraga
Luis Alfonso Correa Londoño

RESUMEN

Se presenta un caso de escrofuloderma en un hombre de 65 años de edad, con nódulos infiltrados, úlceras y fístulas en región inguinal y perineal. Los hallazgos clínicos e histopatológicos fueron confirmados aislando el *Mycobacterium tuberculosis* en cultivo. Se revisa la literatura.

Palabras clave: tuberculosis cutánea, escrofuloderma, *Mycobacterium tuberculosis*.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de sexo masculino, indígena, 65 años de edad, con lesiones nodulares eritematosas, infiltradas, de centro necrótico, y algunas de ellas con secreción purulenta, dolorosas, de 2 años de evolución y localizadas en región inguinal y periné, acompañadas de fístulas (Figura 1). No presentaba síntomas sistémicos.

Exámenes paraclínicos: Hb: 9.9 mg/dl, Hto: 30.3 mg/dl, leucocitos: 8400 cel/ml, N: 65%, L: 25%, E: 5%, sed: 100, plaquetas: 380.000 /mm³, glicemia: 92 mg/dl, creatinina: 1.1 mg/dl, BUN: 14 mg/dl, VDRL: reactivo 2 diles, ALT: 35 U/l, AST: 22 U/l, citoquímico de orina y coprológico no patológicos.

RX de tórax normal, BK negativas, biopsia de piel muestra reacción granulomatosa crónica con necrosis de caseificación, tipo tuberculoide (Figura 2). ZN y ZN modificado positivos para BAAR (Figura 3). Cultivo: *Mycobacterium tuberculosis*. Prueba de niacina positiva.

Se diagnosticó tuberculosis cutánea, tipo escrofuloderma, actualmente en tratamiento tetraconjugado con isoniazida, pirazinamida, estreptomina y rifampicina.

DISCUSIÓN

La tuberculosis cutánea es una enfermedad rara con distribución mundial, causada principalmente por el *Mycobacterium tuberculosis*, con menor frecuencia por el *Mycobacterium bovis*, y, bajo ciertas condiciones, por el bacilo de Calmette-Guerin (BCG), una clase atenuada de *M. bovis*.^{1,2}

Los humanos son los únicos reservorios de *M. tuberculosis*, un bacilo aeróbico no formador de esporas, no móvil, con una pared celular gruesa que contiene lípidos de alto peso molecular, de crecimiento lento y ácido resistente.³

Actualmente la tuberculosis cutánea se clasifica en tres categorías mayores, de acuerdo con el origen y/o su modo de acción:

- I. Tuberculosis cutánea de fuente exógena.
- II. Tuberculosis cutánea de fuente endógena.
 - A. Diseminación por continuidad.
 - B. Autoinoculación.

Martín Camilo Cárdenas Hernández, RI Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín.
Juan Carlos Wolff Idárraga, Dermatólogo, Docente Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín.

Luis Alfonso Correa Londoño, Patólogo, Docente Dermatopatología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín.

Correspondencia: Martín Camilo Cárdenas, Dermatología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, fax: 263 7947, Medellín, Colombia.

Tuberculosis cutánea (Escrofuloderma)



Figura 1. Lesiones nodulares infiltradas acompañadas de úlceras y fistulas en la región inguinal.



Figura 2. Reacción granulomatosa crónica con necrosis de caseificación tipo tuberculoide.

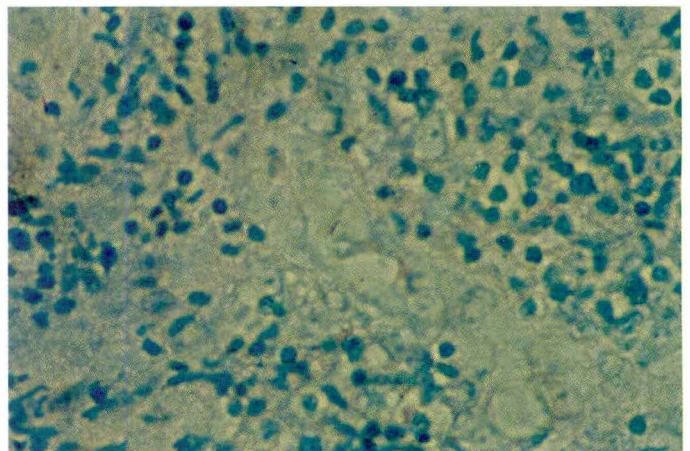


Figura 3. Ziehl-Neelsen positivo para BAAR.

Tuberculosis cutánea (Escrofuloderma)

- III. Tuberculosis cutánea de diseminación hematogéna
- A. Lupus *vulgaris*.
 - B. Diseminación hematogéna aguda.
 - C. Nódulos – Abscesos.

A la tuberculosis cutánea de fuente endógena con diseminación por continuidad se le denomina escrofuloderma o tuberculosis *coliquative cutis*.^{1,2}

Esta forma de tuberculosis de la piel resulta de la diseminación de las micobacterias desde sitios contiguos con un proceso tuberculoso, más comúnmente, linfadenitis tuberculosa, tuberculosis de hueso y articulaciones, y epididimitis tuberculosa¹; la piel está comprometida secundariamente. Los nódulos linfáticos cervicales son los más infectados; le siguen en orden de frecuencia los axilares e inguinales, y después otras localizaciones.⁴

La lesión inicial de escrofuloderma es un nódulo subcutáneo que luego se adhiere firmemente a la piel y tejidos blandos, se perfora y supura produciendo una ulceración con formación de fistulas.⁴ Hay sensibilidad pronunciada al PPD.

Los hallazgos histopatológicos usualmente son inespecíficos, con inflamación crónica y formación de abscesos, con o sin ulceración. Si presenta cambios tuberculoides, éstos ocurren en la dermis profunda, usualmente en asociación con necrosis de caseificación prominente. El bacilo está presente y se visualiza fácilmente con tinción especial para BAAR.¹

El examen directo con coloración de Ziehl–Neelsen, o coloración fluorescente (auramina O), es la manera más rápida y económica de hacer un diagnóstico presuntivo, pero no es específica, puesto que muchas micobacterias sp. pueden causar enfermedad.

El diagnóstico definitivo de TBC debe ser probado idealmente por aislamiento en cultivo e identificación, lo cual facilita, además, la realización de pruebas de susceptibilidad a drogas, en pacientes en quienes se sospecha multirresistencia y en lugares donde la TBC es un problema común.⁵

El *Mycobacterium tuberculosis* puede ser diferenciado de otras micobacterias con pocas pruebas simples, puesto que crece lentamente, produce niacina, reduce nitratos, produce catalasa sensible al calor (inactivada por calor a 68°C y pH de 7.0) y es usualmente sensible a isoniazida. Las clases resistentes a isoniazida no producen catalasa. El *M. bovis* es usualmente niacina negativo y no reduce nitratos. Las otras micobacterias son generalmente niacina negativas, no reducen nitratos, producen catalasa estable al calor en grandes cantidades, y son altamente resistentes a isoniazida.²

La técnica de amplificación de ácidos nucleicos, como la reacción de polimerasa en cadena (PCR), puede ayudar a confirmar o excluir rápidamente el diagnóstico de tuberculosis y a tomar decisiones terapéuticas, pero no debe reemplazar los métodos tradicionales de identificación.¹

Las complicaciones por la vacunación con el bacilo de Calmette-Guerin son muy raras. La linfadenopatía regional pronunciada es una secuela frecuente y usualmente ocurre en niños. Una reacción como escrofuloderma puede ocurrir y durar hasta un año.²

Entre los diagnósticos diferenciales de la escrofuloderma están: gomas sífilíticas, infecciones por hongos profundos, particularmente esporotricosis, actinomicosis, formas severas de acné conglobata, hidradenitis supurativa, e infección por micobacterias atípicas. El tratamiento es similar a la tuberculosis de otros órganos.

CONCLUSIÓN

Se presenta un caso de tuberculosis cutánea de fuente endógena debido a diseminación por continuidad, escrofuloderma de localización inguinal y perineal, causada por *Mycobacterium tuberculosis*, aislada e identificada por cultivo. Actualmente se encuentra en tratamiento tetraconjugado con isoniazida, pirazinamida, estreptomina y rifampicina, con buena respuesta.

Tuberculosis cutánea (Escrofuloderma)

SUMMARY

A case of scrofuloderma in a 65 year-old man, with nodular infiltration, ulcers and sinuses in the inguinal area and perineum, is presented. Clinical and histological findings

were confirmed by isolation of *Mycobacterium tuberculosis* in culture. A review of literature is made.

Key words: cutaneous tuberculosis, scrofuloderma, *Mycobacterium tuberculosis*.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tappeiner G, Wolff K. Tuberculosis and other Mycobacterium Infections. En: Fitzpatrick's. Dermatology in General Medicine. New York, McGraw-Hill 1999; 2274-2292.
2. Tomecki K, Hall G, Aberg J. Tuberculosis of the Skin. En: Demis. J Clinical Dermatology. Lippincott-Raven, Philadelphia 1998:16-26.
3. Haas DW. Mycobacterium tuberculosis. En: Mandell, Douglas, Bennett. Principles and Practice of Infectious Diseases. New York, Churchill Livingstone 2000; 2576-2604.
4. Fabrina M, Gegundez MI, Pique E, et al. Cutaneous tuberculosis: A clinical, histopatologic, and bacteriologic study. J Am Acad Dermatol 1995; 33:433-440.
5. Guarín N. Optimización del diagnóstico de tuberculosis en nuestro medio mediante el uso de laboratorio. Memorias V Curso Internacional de Enfermedades Infecciosas - VI Seminario Integral del SIDA 2000; 63-66.