

Significado etiopatogénico de una tuberculosis hiperqueratósica cutánea

Pathogenic significance of hyperkeratotic cutaneous tuberculosis

Sr. Director:

La incidencia de la tuberculosis cutánea ha descendido paralelamente a la de la afectación sistémica¹, que en España se cifra en 35 casos nuevos anuales por 100.000 habitantes². En los países desarrollados predomina en sujetos inmunodeprimidos o con infección por el VIH. En países en vías de desarrollo afecta mayoritariamente a la población sana¹. Es un diagnóstico para considerar, por tanto, en la población inmigrante³.

Presentamos el caso de un varón de 56 años, ganadero, con antecedentes personales de enolismo, que consultó por dolor lumbar de 2 meses de evolución. Por este motivo se realizó un estudio mediante radiología simple y resonancia magnética nuclear que puso de manifiesto una espondilodiscitis D12-L1. El análisis de sangre mostró una anemia de trastornos crónicos y las serologías para VIH y brucela fueron negativas. La prueba de Mantoux fue de 10mm. La radiografía de tórax mostraba tractos fibrocicatriciales de predominio en el lóbulo superior izquierdo y una lesión nodular compatible con un granuloma no calcificado en el lóbulo superior derecho (fig. 1).

Se intervino quirúrgicamente al paciente y se practicó una laminectomía lumbar y artrodesis de las vertebra afectadas. Se envió el material para estudio histológico y microbiológico donde se observaron estructuras granulomatosas con centros necrosados. El cultivo en medio Lowenstein fue positivo para *M. tuberculosis complex*.

Se realizó una interconsulta al Servicio de Dermatología por la presencia de una placa verrugosa unilateral en el codo izquierdo, de crecimiento lento y progresivo, de un año de evolución (fig. 2). La lesión no supuraba y no tenía adenopatías asociadas. El paciente no refería traumatismo previo en la zona.

Se hizo una biopsia cutánea para estudio histológico (fig. 3), que puso de manifiesto una epidermis hiperplásica con hiperqueratosis, hipergranulosis focal, acantosis y papilomatosis. En la dermis se observaba un infiltrado inflamatorio crónico con granulomas sin necrosis caseosa, formados por células gigantes multinucleadas tipo Langhans y una corona de linfocitos. La tinción con PAS fue negativa para hongos y con la técnica de Ziehl-Nielsen no se vieron bacilos resistentes al ácido y al alcohol. Con luz polarizada no se visualizó material birrefringente.

Con estos datos, se diagnosticó de tuberculosis cutánea asociada a enfermedad de Pott.

El paciente siguió tratamiento tuberculostático durante 12 meses y la lesión cutánea remitió completamente.

El diagnóstico de tuberculosis cutánea se establece ante lesiones clínicamente compatibles, en las que en la histología se observa un infiltrado granulomatoso con grado variable de necrosis y vasculitis, y en las que es posible demostrar *M. tuberculosis* mediante cultivo, tinción de

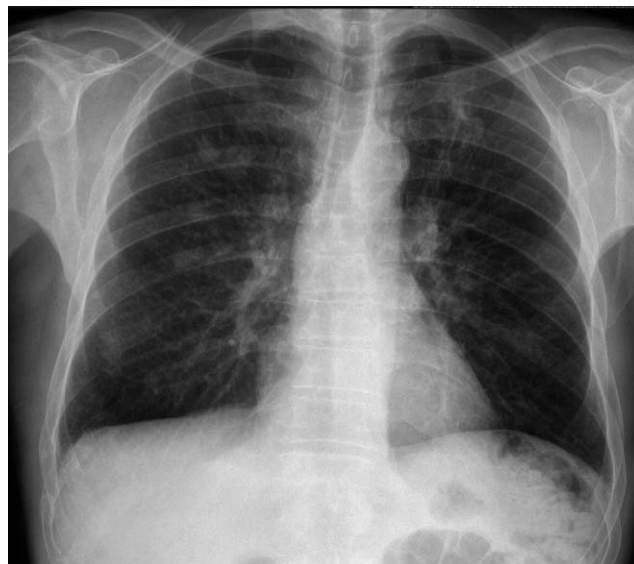


Figura 1 Radiografía de tórax donde se observan tractos fibrocicatriciales en el lóbulo superior izquierdo y granuloma no calcificado en el lóbulo superior derecho, que denotan infección pasada por *M. tuberculosis*.



Figura 2 Lesión anular hiperqueratósica de crecimiento excéntrico con curación central, unilateral, situada en el codo izquierdo.

Ziehl-Nielsen o PCR¹. Se considera que la respuesta al tratamiento tiene un gran valor diagnóstico^{4,5}, sobre todo ante las dificultades para visualizar o aislar el microorganismo en las formas paucibacilares en sujetos con buena inmunidad.

La tuberculosis cutánea se puede clasificar en varias formas clínicas, determinadas por la inmunidad del paciente y la vía de adquisición. El presente caso sirve para contraponer 2 entidades que en la práctica podrían ser difícilmente distinguibles.

La TVC se da en personas que tienen inmunidad frente al bacilo (prueba de PPD fuertemente positiva), por contacto previo o vacunación¹. Clínicamente, se manifiesta por una placa verrugosa de crecimiento centrífugo.

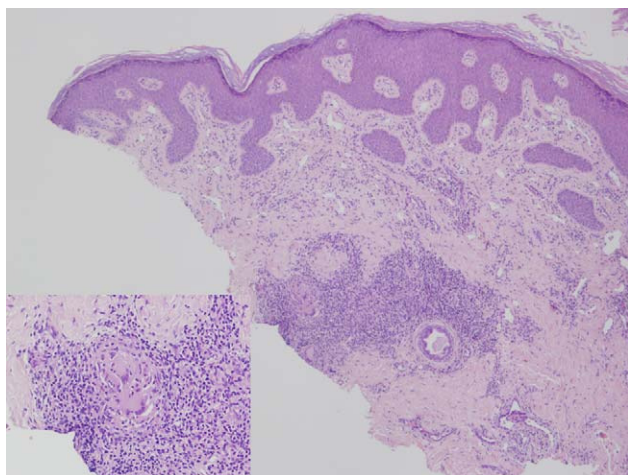


Figura 3 Hiperplasia epidérmica y estructuras granulomatosas en la dermis (hematoxilina-eosina [H-E] x4). Detalle a 20 × : granulomas formados por células epitelioides, linfocitos y células gigantes sin observarse necrosis caseosa.

Pueden existir adenopatías asociadas, generalmente por sobreinfección, aunque también se han descrito casos con cultivo positivo de *M. tuberculosis* en el ganglio⁴. En la histología se observa hiperplasia pseudoepiteliomatosa y granulomas dérmicos y los BAAR no se observan habitualmente, ya que son formas asociadas a una adecuada respuesta inmunitaria. Por la misma razón, el cultivo suele ser negativo^{1,6,7}.

En el lupus vulgar, la prueba de PPD es menos positiva que en la TVC¹. Es la forma de tuberculosis cutánea que más se asocia con afectación en otros órganos⁷ y la forma clínica más frecuente en Europa¹. Comienza por una maculopápula que sufre crecimiento excéntrico durante años hasta conformar grandes placas, que pueden adquirir un aspecto atrófico, ulcerativo, hipertrófico o verrugoso¹. Su evolución puede llegar a provocar deformidades y carcinomas epidermoides⁶.

La histología puede mostrar una epidermis atrófica o hiperplásica. En la dermis se observan granulomas tuberculoides con escasa caseificación. La frecuencia de observación de BAAR con Ziehl es menor que en la TVC¹.

En nuestro caso, el paciente presentaba los antecedentes de alcoholismo y malnutrición leve que contribuyen a una respuesta inmunitaria subóptima, la que podría facilitar una reactivación tuberculosa y la llegada de *M. tuberculosis* a la piel y a la vértebra por vía hematógena desde un foco pulmonar asintomático, y llegando así al diagnóstico de lupus vulgar hiperqueratósico.

Otra posibilidad sería la existencia de una inoculación cutánea exógena con diseminación hematógena hacia la vértebra en un paciente con tuberculosis pulmonar previa, con lo que el diagnóstico sería de TVC. Otros casos de TVC asociada con afectación de órganos internos se han descrito en la bibliografía^{3,8,9}, aunque se trataba de cuadros de años de evolución y que no tenían afectación pulmonar radiológica. La correlación temporal haría posible también esta posibilidad, ya que la lesión apareció un año antes de la clínica osteoarticular.

Bibliografía

1. Barbagallo J, Tager P, Ingleton R, Hirsch RJ, Weinberg J. Cutaneous tuberculosis. *Am J Clin Dermatol.* 2002;3: 319–28.
2. Monteagudo B, García-Rodríguez JF, De las Heras C, Labandeira J, Ginarte M, Durana C, et al. Escrofulodermia con tuberculosis osteoarticular en el área sanitaria de Ferrol. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:470–5.
3. Pramatarov K, Balabanova M, Miteva L, Gantcheva M. Tuberculosis verrucosa cutis associated with lupus vulgaris. *Int J Dermatol.* 1993;32:815–7.
4. Burnier M, Gomes M, Pereira F. Tuberculosis verrucosa cutis associated with tuberculosis lymphadenitis. *Int J Dermatol.* 2000;39:846–58.
5. Sehgal VN, Sehgal R, Bajaj P, Sriyastava G, Bhattacharya S. Tuberculosis verrucosa cutis. *JEADV.* 2000;14:313–33.
6. Tappeiner G, Wolff K. Tuberculosis y otras infecciones por micobacterias. En: Freedber, Eisen, Wolf, Austen, Goldsmith, Katz, editores. *Fitzpatrick Dermatología en Medicina General.* 6 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. p. 2187–206.
7. Pandhi D, Reddy BSN, Chovdhary S, Khurana N. Cutaneous tuberculosis in Indian children: The importance of screening for involvement of internal organs. *JEADV.* 2004;18:546–51.
8. Marquet A, Moya L, Aldanondo I, Muñoz-Zato E, Carrillo R, Jaen P. Coexistencia de tuberculosis verrucosa y articular en el mismo paciente. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:56–8.
9. Bordalo O, Garcia L. Tuberculosis verrucosa cutis with liver involvement. *Clin Exp Dermatol.* 1987;12:283–5.

J.M. Barja^{a,*}, J. García-Silva^a, T. Yebra-Pimentel^b y E. Fonseca^a

^aServicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, A Coruña, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, A Coruña, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juanmabarja@yahoo.es (J.M. Barja).