

Tuberculosis cutánea: lupus vulgar

María Sara Gómez Sierra¹, Gimena Bolomo², María José Ibañez³, Eugenia Miraglia⁴, Virginia Campoy⁵, Juan Francisco Palazzolo⁵, Mariana V. Teberosky⁶ y Ana María Chiavassa⁷

RESUMEN

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa producida por el *Mycobacterium tuberculosis*. De distribución mundial, es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, especialmente en países del tercer mundo. El lupus vulgar es una forma de TBC cutánea infrecuente en nuestro país. Presentamos a continuación el caso de una paciente de 34 años quien presentó, además de las lesiones en piel, compromiso ocular, con una excelente respuesta al tratamiento.

Palabras clave: tuberculosis, tuberculosis cutánea, lupus vulgar

ABSTRACT

Cutaneous tuberculosis: lupus vulgaris

Tuberculosis (TB) is an infectious disease caused by *Mycobacterium tuberculosis*. It is considered a major cause of morbidity and mortality all over the world, especially in third world countries. Lupus vulgaris is a form of cutaneous TB, not common in our country. A case of a 34-year-old female patient who presented skin and ocular involvement, with an excellent response to treatment, is reported.

Key words: tuberculosis, cutaneous tuberculosis, lupus vulgaris

► INTRODUCCIÓN

La **tuberculosis** es una de las enfermedades infecciosas con mayor morbilidad en el mundo y causa un gran número de muertes en países pobres, en los que el número de casos es elevado. Argentina se encuentra dentro de los que presentan una tasa de incidencia mediana, con 15.231 casos reportados en 2006, y no fue ajena al resurgimiento de la enfermedad producto de la aparición del VIH en la década de los 80^{1,2}.

Esta patología es causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, *bovis* o su forma atenuada (Bacilo de Calmette Guerin), ya sea de manera directa o a través de sus com-

ponentes antigénicos. Las formas de presentación clínica dependen además no sólo de la patogenicidad del agente etiológico, sino también de la respuesta inmunológica del huésped y de la vía de inoculación.

En general, se acepta que el tegumento es un órgano poco receptivo para el bacilo de Koch y que éste sufre, al afectarlo, una atenuación de su virulencia: las manifestaciones son menos frecuentes que las que se observan en otros sitios, de carácter más crónico y con menos bacilos².

La forma de presentación cutánea representa del 1% al 4% de los casos de tuberculosis extra pulmonar^{2,3}. En cuanto a su clasificación, se describen formas fijas o verdaderas, provocadas por la invasión *in situ* del bacilo, y

¹ Médica residente de 3° año

² Médica Jefa de residentes

³ Médica residente de 4° año

⁴ Médica residente de 1° año

⁵ Médico asistente

⁶ Médica de planta

⁷ Médica Jefa de Servicio

Servicio de Dermatología Hospital Interzonal General de Agudos "General San Martín". La Plata, Buenos Aires, Argentina

Conflictos de interés: no declarados

Correo electrónico: sarags85@hotmail.com

formas diseminadas o hematógenas, provocadas por hipersensibilidad al germen. Otra forma de dividir las es, según su forma de inoculación, en exógena y endógena, o teniendo en cuenta la inmunidad del huésped, en formas de baja, intermedia o alta resistencia^{2, 4}.

El **lupus vulgar** es la forma de tuberculosis cutánea más frecuente en Europa, no así en nuestro país, donde el escrofuloderma representa el mayor porcentaje. A su vez representa una forma muy frecuente en países de Medio Oriente, desde donde se han reportado varios casos con formas clínicas atípicas, altamente destructivas, que asientan sobre regiones anatómicas no convencionales.

Es una forma de resistencia moderada, de curso crónico y tórpido y, en algunos casos, destructiva. Se produce generalmente por vía endógena y menos frecuentemente por vía exógena^{2,4,5} (Tabla 1).

► CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, de 34 años de edad, oriunda de Bolivia, que manifestaba como único antecedente patológico enfermedad de Chagas. Consultó al Servicio de Dermatología por lesiones en pabellones auriculares de 15 años de evolución, sin respuesta a tratamientos realizados en su lugar de origen.

Al **examen físico** presentaba, a nivel del lóbulo y hélix del pabellón auricular izquierdo, tubérculos, algunos confluentes conformando placas eritemato-parduzcas, infiltradas y asintomáticas. En pabellón auricular derecho se objetivaban las mismas lesiones pero en menor número (Fig.1). Como dato adicional presentaba síndrome de ojo rojo crónico. Con los diagnósticos presuntivos de sarcoidosis, tuberculosis cutánea, eritema pernio e hiperplasia angioliñoide con hipereosinofilia, se realizó una biopsia de

Tabla 1. Formas de TBC cutánea (modificado de Pizzariello et al)².

		Formas Verdaderas		
	Forma cutánea	Clínica	Inoculación	Inmunidad
	Complejo primario	Ulceración y linfadenopatías posteriores	Exógeno	Competente
	TBC Verrugosa	Pápula o placa verrugosa	Exógena	Competente
	Lupus Vulgar	Pápulas (lupomas) o placas blandas pardas rojizas. Diascopia en "jalea de manzanas"	Exógena / Endógena	Intermedia
TBC Colicuativa	Escrofuloderma	Nódulos que se ulceran y fistulas con cicatrices queloides y comedones	Endógena	Inmunodeprimido
	TBC Gomosa	Gomas que drenan material caseoso	Endógena	Inmunodeprimido
	Pseudomicetoma	Símil micetoma	Endógena	Inmunodeprimido
	TBC Orificial	Ulceras periorificiales	Endógena	Inmunodeprimido
	Miliar Aguda	Polimorfismo lesional	Endógena	Inmunodeprimido
Tuberculides				
Verdaderos	Tuberculides pápulo necróticos	Erupción simétrica de pápulas necróticas		
	Liquen escrofuloso	Erupción liquenoide (en niños)		
Facultativos	Vasculitis nodular / Eritema indurado de Bazin	Paniculitis ulcerada		
	Eritema nodoso	Paniculitis contusiforame		



Fig. 1: Pápulas y placas eritemato-parduzcas infiltradas en pabellón auricular derecho (A) e izquierdo (B).

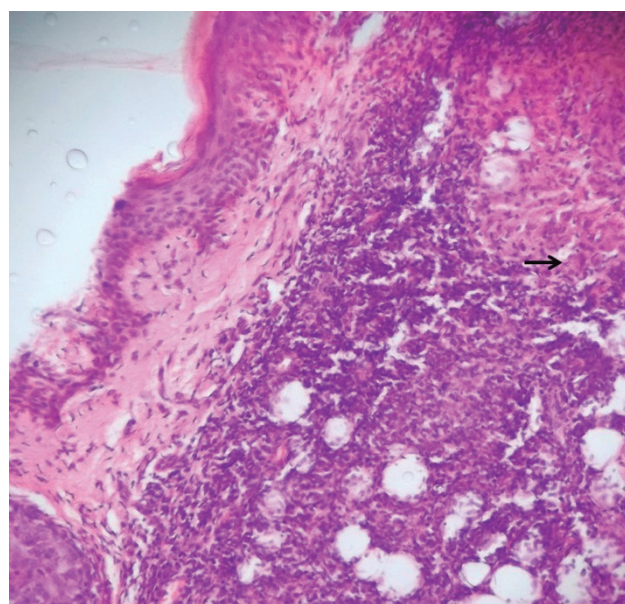


Fig. 2: Imagen histopatológica con H/E 40x, en la que se señala un granuloma no caseificante, se observan además células gigantes tipo Langhans.

las lesiones para estudio histopatológico, enviándose además para cultivo de micobacterias. Asimismo se solicitó PPD, radiografía (RX) de tórax y se derivó a la paciente para evaluación oftalmológica. Tanto el laboratorio de rutina como las serologías para HIV, VHC, VHB y VDRL estaban dentro de parámetros normales.

En la **histología** se evidenció inflamación crónica granulomatosa, con presencia de granulomas no caseificantes y células gigantes tipo Langhans (Fig. 2). La técnica de ZN fue negativa para BAAR (protocolo 1884/14) y el

Arch. Argent. Dermatol. 2016; 66 (3): 82-85

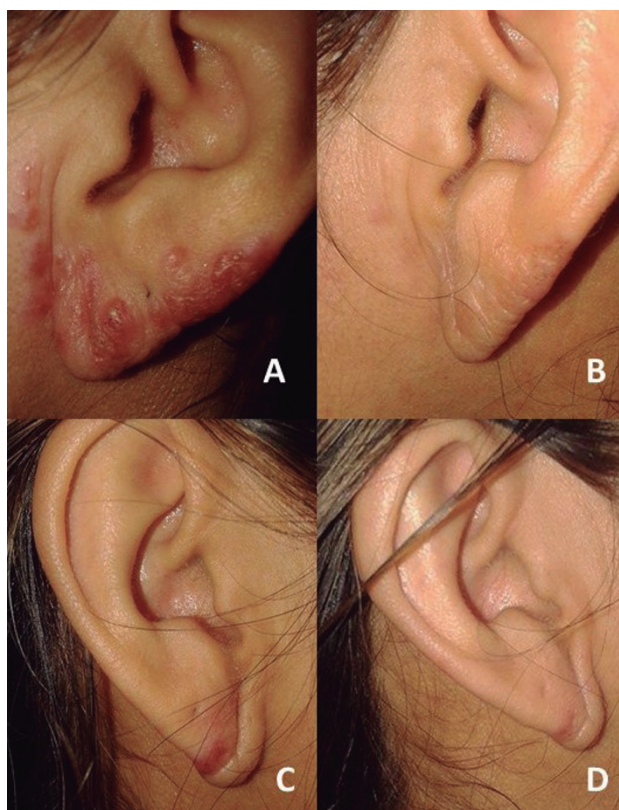


Fig. 3: Evolución de las lesiones luego del tratamiento. Pabellón auricular izquierdo (A y B) y derecho (C y D).

cultivo resultó positivo para *Mycobacterium tuberculosis* (protocolo 1578/15). La PPD fue positiva (26mm) y la Rx de tórax, normal.

Con el diagnóstico de TBC cutánea, más precisamente lupus vulgar, la paciente inició **tratamiento** tuberculostático. Destacamos además que presentaba un cuadro de uveítis granulomatosa que fue atribuida por el Servicio de Oftalmología a su enfermedad de base. Ambas lesiones evolucionaron favorablemente (Fig. 3)

► DISCUSIÓN

Dada su cronicidad, el **lupus vulgar** puede observarse en cualquier etapa de la vida, teniendo mayor prevalencia en el sexo femenino. Las lesiones asientan frecuentemente en cabeza y cuello y, en menor proporción, en extremidades y tronco. Puede afectar mucosas desde su inicio o luego por contigüidad.

Generalmente son lesiones únicas, compuestas por tubérculos o “lupomas” que en ocasiones confluyen entre sí formando placas, de crecimiento lento y centrífugo, que muestran el clásico aspecto en jalea de manzana a la vitropresión. Las placas evolucionan desfavorablemente, dejando áreas cicatrizales sobre las que aparecen nuevas lesiones, signo característico de esta forma clínica. En el

caso de nuestra paciente, la clínica se correspondía con esta clásica descripción.

El **diagnóstico** del lupus vulgar algunas veces es una tarea no tan sencilla. La escarificación, punción aspiración o biopsia para identificar al bacilo en forma directa (baciloscopia o PCR) o por cultivo (Lowenstein - Jensen) suelen ser negativas, aunque esto no descarta el diagnóstico. La PPD generalmente es positiva y suele observarse compromiso de otros órganos, principalmente pulmonar. Nuestra paciente presentó compromiso a nivel ocular.

Los **hallazgos histopatológicos** dependen de la zona biopsiada y del tiempo de evolución, evidenciando granulomas tuberculosos en sus distintas etapas de formación, con o sin bacilos. En las fases más avanzadas se hace evidente la necrosis central con aspecto caseoso^{6,7}.

Dentro de los **diagnósticos diferenciales** deben considerarse: lepra lepromatosa, por presentar tubérculos, sarcoidosis, acné conglobata, hidrosadenitis supurativa, micosis profundas y gomas sifilíticas^{4,8}.

El **tratamiento** de elección consiste en un esquema terapéutico múltiple, el cual permite una alta tasa de curación y evita la aparición de cepas resistentes y las recurrencias. Por ser producto generalmente de una diseminación endógena, el lupus vulgar debe tratarse como una TBC sistémica. La fase inicial intensiva o bactericida consiste en la administración de 4 drogas y dura 2 meses, su objetivo es la destrucción de los bacilos y la resolución de los síntomas. Excepcionalmente, en casos paucibacilares, podrían utilizarse solo 3 fármacos. En la fase de mantenimiento o esterilización, se utilizan 2 drogas por 4 meses.

Se consideran esquemas de primera línea a la isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. Los de segunda línea se utilizan en el tratamiento de los pacientes resistentes e incluyen: estreptomina, amikacina, capreomicina, etionamida, cicloserina y ofloxacina, entre otros. Estos fármacos tienen menor eficacia y un mayor grado de intolerancia y toxicidad.

La duración total del tratamiento es de 6 meses o hasta 2-3 meses luego de la negativización del cultivo o de la involución de las lesiones clínicas. En los pacientes VIH+, el tratamiento se continúa por 9 meses, mientras que si existe compromiso óseo o del sistema nervioso central (SNC), se prolonga a 12 meses.

Tanto en formas localizadas de lupus vulgar como así también de escrofuloderma, TBC verrugosa y pseudomictoma tuberculoso, puede complementarse el tratamiento sistémico con cirugía, criocirugía, electrocoagulación o radioterapia^{1,3,9,10}.

► BIBLIOGRAFÍA

1. Lombardi, V.; Rossi, M.M., Minvielle, A.I.: Tuberculosis cutánea. **Arch Argent Dermatol** 2014; 64: 172-180.
2. Pizzariello, G.; Fernández, P.; D'Átri, G.; Novac, V.; Uranga, A.: Espectro clínico de tuberculosis cutánea. **Rev Argent Dermatol** 2008; 89: 177-187.
3. Nuñez Naranjo, M.M.: Tuberculosis primaria gingival. Reporte de un caso. **Dermatología** 2014; 20: 20-23.
4. Tincopa Wong, O.W.; Sánchez Saldaña, L.: Tuberculosis cutánea. **Dermatol Perú** 2003; 13: 195-214.
5. Aliğaoğlu, C.; Atasoy, M.; Güleç, A.I.: Lupus vulgaris: 30 years of experience from eastern Turkey. **Clin Exp Dermatol** 2009; 34: e289.
6. Saritha, M.; Parveen, B.A.; Anandan, V.; Priyavathani, M.R.; Tharini, K.G.: Atypical forms of lupus vulgaris – a case series. **Int J Dermatol** 2009; 48: 150-153.
7. Varas, C.; Eguino, P.; Gardeazabal, J.; Díaz Pérez, J.L.: Tuberculosis cutánea en cicatriz quirúrgica. **Actas Dermosifiliogr** 2003; 94: 88-89.
8. Concha R., M.; Fich S., F.; Rabagliati B.; R.; Pinto S., C.; Rubio L., R.; Navea D., O.; González B., S.: Tuberculosis cutánea: reporte de dos casos y revisión de la literatura. **Rev Chil Infectol** 2011; 28: 262-268.
9. Serra-Guillén, C.; Requena, C.; Alfaro, A.; Hueso, L.; Nagore, E.; Botella-Estrada, R.; Sanmartín, O.; Guillén, C.: Lupus vulgar de 50 años de evolución. **Actas Dermosifiliogr** 2005; 96: 62-64.
10. Pérez, B.; Pifarre, R.; de Vera, CV.; García, JM.; Baradad, M.; Vilá, M.; Egido, R.: Tuberculosis cutánea por *Mycobacterium tuberculosis*, una patología muy poco frecuente. **An Med Interna (Madrid)** 2006; 23: 560-561.