

Tuberculosis verrugosa: Reporte de un caso

Warty tuberculosis: Case report

Claudio Ramos-Zheleny,¹ Kochubei Hurtado-Andrei,² Mirtha Pacheco-Tejeda³

RESUMEN

La tuberculosis verrugosa es una enfermedad infecciosa crónica producida por Mycobacterium tuberculosis. Actualmente se ve un incremento de la tuberculosis por la resistencia del bacilo a los fármacos y por el virus de la inmunodeficiencia adquirida. Presenta una gran variedad clínica y es un reto diagnóstico. Se presenta un caso con buena evolución con el tratamiento antituberculoso.

PALABRAS CLAVE. *Tuberculosis verrugosa, Mycobacterium tuberculosis.*

SUMMARY

The warty tuberculosis is a chronic infectious disease caused by Mycobacterium tuberculosis. Is now increased by the tuberculosis bacillus resistance to drugs and for the acquired immunodeficiency virus. Presents a clinical variety and is a diagnostic challenge. A case is presented with its good performance with tuberculosis treatment.

KEY WORDS: *Warty tuberculosis, Mycobacterium tuberculosis.*

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa de distribución mundial; que históricamente ha constituido un problema de salud pública y hasta la actualidad no solucionado en todo el mundo. Su incidencia se está incrementando, sobre todo por la pandemia del sida, a partir de los años 80, tanto en sus formas pulmonares como extrapulmonares, incluyendo en este grupo las manifestaciones cutáneas.^{1,2} La afectación cutánea por *M. tuberculosis* supone 1% de todas las formas extrapulmonares. La fuente de infección es generalmente endógena, y en pocas ocasiones la puerta de entrada es la piel o mucosas.³

En Perú se diagnosticaron 31 000 casos nuevos en 2010, para una tasa de incidencia de 106 casos por 100 000 habitantes. Esos casos, sin embargo, no se distribuyen homogéneamente, ya que son producto de la combinación de factores demográficos (como las migraciones y el hacinamiento), económicos (como el desempleo y los bajos ingresos familiares) y biológicos (la resistencia del microorganismo al tratamiento, la desnutrición y la infección por el VIH). Las mayores tasas de prevalencia e incidencia se observan en la periferia de las ciudades capitales de la costa (donde se asienta 52% de la población peruana) y afectan particularmente a los adolescentes y los adultos mayores, que constituyen la tercera parte del total de los casos notificados.⁴

La tuberculosis verrugosa fue descrita por Riehl y Paltauf en 1886 y pertenece a las formas fijas, también llamadas localizadas o verdaderas. Es considerada una reinfección exógena, ya sea por autoinoculación en paciente bacilífero, a través de secreciones corporales o bien por inoculación externa, ya sea por una infección exógena con esputo contaminado, o bien personas que manipulan ganado vacuno.^{1,5} Las lesiones aparecen en zonas expuestas, especialmente las manos, antebrazos, pies y rodillas. En general es localizada y asimétrica e inicia en el sitio de inoculación, el llamado tubérculo anatómico como un

1. Médico Residente de 3 Año de Dermatología HNERM
2. Médico Residente de 2 Año de Dermatología HNERM
3. Médico Asistente del Servicio de Dermatología HNERM-



Figura 1. Lesión verrugosa en rodilla derecha.



Figura 2. Lesión verrugosa ampliada de rodilla derecha.

nódulo verrugoso de halo inflamatorio, que crece lenta y excéntricamente hasta formar una placa hiperqueratósica, de color violáceo, eritematoso o grisáceo.¹

En la 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. El diagnóstico definitivo requiere el aislamiento del microorganismo por cultivo o secuenciación por PCR, porque los hallazgos histológicos pueden ser inespecíficos. El esquema de tratamiento de la tuberculosis cutánea es similar al de la tuberculosis pulmonar; donde se administra el tratamiento estándar que consiste en seis meses de isoniazida y rifampicina, complementado con pirazinamida y etambutol durante los primeros dos meses.⁷⁻¹¹

En cuanto al pronóstico, es importante siempre descartar una tuberculosis pulmonar subyacente en los pacientes con tuberculosis verrugosa, presente en 10% de los casos, y con el tratamiento estándar contra la tuberculosis el pronóstico es bueno.¹

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 35 años de edad, natural de Junín y procedente de Lima de profesión ingeniero. No registra antecedentes de importancia. Manifiesta que hace siete años mientras jugaba fútbol, recibe golpe en rodilla derecha que le causó una herida que no cicatrizaba y aumentaba de tamaño, sin molestia aparente. Acude a hospital donde se le practica una primera biopsia que se informa como proceso granulomatoso por lo que se inicia tratamiento con

itraconazol, 2 tabletas, cada 12 horas, durante un mes, y luego discontinúa su uso por falta de respuesta. Luego de seis meses regresa a hospital, donde se decide hospitalizar para su estudio respectivo. Al examen preferencial presenta una placa en rodilla derecha de forma redondeada, de aproximadamente 10 cm de diámetro, bordes definidos con superficie irregular halo eritematoso, con algunas lesiones satélites ocasionalmente sangrante. Resto de examen físico no fue contributivo (Figuras 1 y 2).

El estudio histopatológico demostró la presencia de marcado proceso inflamatorio granulomatoso (Figura 3). La coloración PAS, Ziehl-Neelsen y BK en esputo, orina y jugo gástrico fueron negativas. PPD 30 mm (48 horas). Resto de exámenes realizados no aportaron datos relevantes al estudio. Entonces, con base en el cuadro clínico, la histología sugestiva y el PPD positivo se concluye en el diagnóstico de tuberculosis verrugosa y se instaura tratamiento específico esquema I de cuatro drogas (isoniacina, rifampicina, etambutol y pirazinamida). Hubo buena respuesta al tratamiento con involución de la lesión después de seis meses (Figura 4).

DISCUSIÓN

La manifestación de la tuberculosis en la piel representa menos de 1%; sin embargo, debido al aumento de la incidencia de tuberculosis, la resistencia del bacilo a los fármacos y la era del VIH; la tuberculosis verrugosa toma auge.

La tuberculosis cutánea se clasifica según el modo de infección en exógena o endógena. La exógena es causada por el complejo primario *M. tuberculosis* o *M. bovis*,

se produce por inoculación primaria o trauma directo y se manifiesta como chancro tuberculoso, tuberculosis verrugosa cutis y algunos casos de lupus vulgar.⁷

La infección endógena es siempre secundaria, ya sea por diseminación directa a la piel de una estructura contigua o a distancia; en la mayoría de los casos se propaga de los ganglios linfáticos y hueso, conocida como escrofuloderma, o de un foco activo como el pulmón, generando la tuberculosis oral, la intestinal o la del sistema genitourinario.⁷

En el caso de nuestro paciente se produjo una laceración de la piel creando una solución de continuidad, facilitando una puerta de entrada para el bacilo siendo una zona de asentamiento de la enfermedad descrita en la literatura (rodilla) como otras: cara, cuello, manos y pies. La evolución de la lesión encaja con lo descrito en la revisión; ese tono rojo oscuro y bordes irregulares mostrado en la fotografía; finalmente la histología evidenció el proceso inflamatorio crónico. A pesar que no se pudo aislar el agente etiológico la suma de factores clínico, histológico y PPD más la buena respuesta al tratamiento nos permite concluir que estamos frente a una tuberculosis verrugosa.

Finalmente, siempre hay que tener en cuenta los otros diagnósticos diferenciales como micosis profundas, lepra, lupus vulgar hipertrófico, infecciones por micobacterias atípicas como *M. marinum*¹¹ y sífilis; por lo tanto dentro de los estudios en úlceras crónicas incluir pruebas laboratoriales o de cultivos para descartar estas patologías.⁹⁻¹¹

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez M, Aguilera V. Tuberculosis cutánea verrugosa. Presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2003;12(2): 71-74.
2. Lasa MF, Sturno M, Alonso R, Maldonado S, Forero O, et al. Tuberculosis cutánea: revisión de 10 años. *Dermatol Arg*. 2000;5:375-385.
3. Varas C, Eguino P, Gardeazabal J, Díaz-Pérez J. Tuberculosis cutánea en cicatriz quirúrgica. *Actas Dermosifiliogr*. 2003;94(6):412-3
4. Yagui M, Jave HO, Curisínche M, Gutiérrez C, Román F. Agenda Nacional de Investigación en Tuberculosis en Perú, 2011-2014. *Rev Panam Salud Pública*. 2013;33(1):151-8.
5. Villa CB, Estrella IP, Franco CA, Ramos GA. Tuberculosis verrugosa. Comunicación de tres casos. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 1998;7:143-147.
6. Velasco PM, Vilata CJ. Tuberculosis cutánea. *Piel*. 1999;14:397-410
7. Palacios C, Gaviria M, Restrepo R, Tamayo L. Tuberculosis cutánea: reto diagnóstico. *Rev Asoc Colomb Dermatol*. 2011; 19: 249-251.
8. Barbagallo J, Tager P, Ingleton R, Hirsch R, Weinberg J. Cutaneous tuberculosis: Diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2002; 38:319-28.
9. Tincopa O, Sánchez L. Tuberculosis cutánea. *Dermatol Peru*. 2003;13 (3).
10. Sánchez E. Tuberculosis cutánea. *Folia Dermatol Per*. 2007;8(3).
11. Calderón M, Rufasto M, Cáceres H. Tuberculosis cutánea verrucosa simulando cromomicosis en un niño. *Dermatol Ped Latinoam*. 2003;1(1):552-55.

Recibido: 15-04-13

Aceptado: 18-04-13