

ERITEMA MULTIFORME CON MANIFESTACION DE TUBERCULOSIS

Dres.: LUIS GOMEZ CARRASQUERO*
MIRTHA de MEDINA**

INTRODUCCION

La tuberculosis ocupa por su importancia un lugar excepcional en la historia de la medicina humana.

En todas las épocas y en todos los climas ha sido una de las principales causas de enfermedad y muerte. Fue una de las primeras enfermedades que desarrolló esfuerzos sanitarios organizados, y los progresos que se han conseguido en la lucha contra la tuberculosis demuestran el valor del diagnóstico precoz de la enfermedad.

La forma de tuberculosis más frecuente en el hombre es una infección crónica de los pulmones, pero prácticamente puede asumir un número de expresiones cutáneas diversas.

La importancia de este caso y su rareza nos ha motivado a realizar la presente publicación.

REPORTE DE UN CASO

Paciente femenino, de 31 años de edad natural y procedente de Valle de La Pascua (Edo. Guárico) de oficios del hogar; inició su enfermedad actual tres (3) meses antes del ingreso, con erupción eritemato-violácea localizada en miembros: Concomitantemente fiebre, calofrío, astenia, hiporexia y pérdida de 16 Kgs. de peso.

ANTECEDENTES PERSONALES

Eruptivas de la infancia.

IV gesta, III para, una cesárea.

Síndrome febril prolongado (6 meses de duración) y abscesos en tórax en 1965. Estuvo hospitalizada en el Servicio de Dermatología H.U.C. en 1973 por S.A.R.S. (erupción palmo plantar con V.D.R.L.: 32 dils) tratada con P.A.M. 10,8 millones de unidades.

** Curso Postgrado en Dermatología.

Antecedentes familiares: Sin importancia.

Examen funcional: Pérdida de 16 Kg en tres meses.

Hiporexia y náuseas con enfermedad actual. Disnea a medianos esfuerzos.

Ex físico a su ingreso: Piel: Morena clara, erupción pápulo-nodular eritematoviolácea en superficie extensora de extremidades, palma, plantas y cuello. Cicatriz precordial hipertrófica y otra en cuadrante súperoexterno de mama izquierda.

Orofaringe: Congestiva.

Ganglios: Adenomegalias cervicales y axilares móviles no dolorosas.

Abdomen: Blando, deprimible. Hígado: se palpa a 2 cms debajo del borde costal derecho.

Resto de examen: D.L.N.

Ingresó al Serv. de Dermatología del H.U.C. el 23-2-77, con I.D.:

a) Eritema Multiforme (por neoplasia oculta);

b) T.B.C.

Exámenes practicados: Hb: 9,8 grs% Ht: 32,2.

Leucocitos: 11.300 con Miel.: 3; Metam.: 2; Segm.: 73; Linf.: 13;

Mon.: 9. Anisocitosis.

Electroforesis de proteínas:

Proteínas totales:	7grs
Albúmina:	37%
Alfa ₁ globulina:	5 %
Alfa ₂ globulina:	12%
Beta globulina:	21 %
Gamma globulina:	25%

V. D. R.L. No Reactivo.

Título de Antiestreptomicina: 320 Unid. Todd.

Exudado faríngeo: D.L.N.

Células LE: Las primeras determinaciones resultaron negativas, pero luego 2 informes reportaron células LE escasas.

Látex: Reactivo.

A. A. N: Negativos.

Complemento Hemolítico: 500 und.

Inmunofluorescencia dermoepidérmica: negativo.

Hierro Sérico: 40 Mcgr%.

Capacidad: 220 Mcgr.

Índice: 18.1%.

Bilirrubina: 1.7 mgrs.

SGOT: 24 Und.

SGPT: 17 Unid.

Fosfatasa alcalinas: 12.6 Unid. B. L., otra determinación reportó 15.72 Und. B. L. y otra 13.95 Und. B. L.

Rx. de Tórax: Calcificaciones residuales en ambos campos pulmonares.

P.P.D.: 7 mm.

Interconsulta con Ginecología: no se encontraron lesiones.

Citología vaginal: Grado I. Inflamatorio.

Gammagrama hepático: Hepatomegalia, lesiones difusas parenquimatosas.

No se pudo realizar biopsia hepática.

Biopsia de médula osea: Moderada hiperplasia mieloide. Plasmocitosis reactiva.

Cultivo de médula osea: negativo.

Biopsia de piel:

1. N° 16774: Compatible con eritema multiforme, faraco negativo.

2. N° 16874: Granuloma tuberculoide.

Biopsia Gangliomar: N° 16857: Nódulos epiteloideas. Focos de necrosis y algunos abscesos rodeados por infiltrados epiteloideas bien diferenciados. Adenitis T.B.C.

Cultivo de ganglio de axila: Positivo para B.A.A.R.

Evolución: Se le inició tratamiento con streptomycin (1 gr I.M./d., myambutol: (25 mgr/Kg/peso día). e hidracida (5 mgr/Kg/peso día), con mejoría de la sintomatología general y de la erupción.

A los pocos días del tratamiento presentó cuadro de artritis en interfalángicas proximales de ambas manos que cedió con aspirina 4 gr al día. A los quince días del tratamiento anti TBC presenta erupción habonosa generalizada, con edema de labios, lo cual se agravaba con la administración del tratamiento. Por lo cual se decidió cambiar el programa terapéutico, por Ripampicina: (600 mgr al día) e Hidracida (300 mgr al día), con buena tolerancia logrando su aumento de peso y excelentes condiciones generales. Egresó el 125-77 con diagnóstico de: tuberculosis diseminada. Continuará control y tratamiento por consulta externa.

COMENTARIOS

Es infrecuente la manifestación de tuberculosis en piel como eritema multiforme.

Sin embargo en este caso, la presencia de fiebre, malestar general, la pérdida de 16 Kg de peso, los antecedentes de síndrome febril prolongado y abscesos en tórax, además de la erupción en piel nos hizo pensar en neoplasia y tuberculosis.

Los estudios posteriores de RX. de tórax (mostrando calcificaciones pulmonares), las biopsias de piel y ganglio (que reportaban granuloma tuberculoide) y el cultivo de ganglio linfático (siendo positivo para B.A.A.R), confirmaron el diagnóstico de tuberculosis.

La hepatomegalia con fosfatasa alcalinas elevadas fue interpretada como producida por granulomas tuberculosos, aunque no se pudo confirmar.

En esta paciente se reportaron dos determinaciones de LE positivas y como también presentó artritis de interfalanges proximales de ambas manos con látex reactivo, se pensó que la paciente tuviera también un lupus eritematoso. Sin embargo los A.A.N., fueron negativos, el complemento hemolítico estaba elevado y la inmunofluorescencia dermoepidérmica fue negativa.

Por lo tanto sólo se demostró en ella el diagnóstico de tuberculosis diseminada.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente que ingresa al Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas, con cuadro de eritema multiforme a quien se le demuestra una tuberculosis diseminada.

El eritema multiforme es una manifestación rara de tuberculosis y el tratamiento fue enteramente satisfactorio.

SUMARY

A case of erythema multiform like eruption, in a 31 years old woman with tuberculosis is reported.

Erythema multiform is a rare manifestation of tuberculosis and the treatment was enterely satisfactory.

BIBLIOGRAFIA

1. Lyell, A.: Erythema Multiforme, en Fitzpatrick, T.T., et. al. *Dermatology in General Medicine*. p.p. 598-608. Ed. Mc Graw-Hill, Inc. Chicago (E.E.UU.) 1971.
2. Lewis, G. M., et. al: Erythema Multiforme. en Lewis, G. M. and Wheeler, C. E. *Practical Dermatology*. p.p. 151-158. Ed. Saunders, W.B. Company. Philadelphia. (E.E.U.U.) 1967.