

## TUBERCULOSIS CUTANEA PRIMARIA SIMULANDO UNA ESCROFULODERMIA

*Dr. David González Q.\*  
Dr. Gustavo Milano\*\*  
Dra. Carmen Morantes\*\*\*  
Dr. Gerardo Salamalé\*\*\*\*  
Dr. Carlos Morloy\*\*\*\*\**

González Q. D, Milano G, Morantes C, Salamalé G, Morloy C.  
**Tuberculosis cutánea primaria simulando una escrofulodermia** Derm Venez 1996; 34:155-157'

### RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 62 años, cuya evaluación clínica, estudios paraclínicos y radiológico llevaron al diagnóstico de Tuberculosis Cutánea Primaria. La visualización de los bacilos ácido-alcohol resistentes en secreción de una de las lesiones, mediante el examen directo (coloración de Ziehl - Nielsen), comprobó la colonización de bacilo de Koch en la piel como foco único activo. Se revisó la bibliografía referente a Tuberculosis Cutánea, encontrándose escasa información de la misma.

### ABSTRACT

We report a case of primary cutaneous tuberculosis diagnosed by clinical paraclinical, and radiologic evaluation in a 62 years old woman. The cutaneous lesions improved with the administration of anti tuberculosis treatment. In our search for bibliography we found scarce information about cutaneous tuberculosis.

### INTRODUCCION

La Tuberculosis Cutánea es poco frecuente, considerada inclusive inusual; en 1930, se estimó que representaba un 0,14% de todas las lesiones primarias. El cuadro clínico generalmente no presenta signos ni síntomas sistémicos.<sup>(1)</sup> La infección puede ser exógena por autoinoculación o endógena a partir de un foco primario. el diagnóstico es demostrado por la presencia de microorganismos áci-

do-alcohol resistentes en cortes histológicos o en extendidos obtenidos de una muestra de una úlcera primaria.<sup>(1)</sup> Se presenta un caso de esta entidad nosológica y se revisa la literatura médica en relación al tema; igualmente, se discutieron los aspectos fundamentales en el manejo de este tipo de lesión.

### RELATO DEL CASO CLINICO

Paciente femenina de 62 años, quien ingresa el 14/02/95 por presentar lesiones nodulares en la región anterior tórax y axilar bilateral de aproximadamente 5 meses de evolución sin otro concomitante, recibiendo antibióticoterapia en varias oportunidades con resultados desfavorables. En el examen físico presentó signos vitales normales, y como hallaz-

go positivo se apreciaban cicatrices infectadas posterior a realización de biopsia a nivel de región lateral derecha de cuello y lesiones nodulares a nivel de región anterior de tórax y axilar bilateral que posteriormente ulceraron presentando bordes irregulares y drenando secreción abundante homogénea amarillenta no fétida.

La evaluación ginecológica fue normal. Al efecto se realizaron los siguientes estudios: Examen de Laboratorio (leucocitosis), BK de Espudo Seriado y de Orina (negativo), Cultivo y Citología de Espudo (negativo), Cultivo y Examen Directo para Hongos (negativo), Hemocultivo y Urocultivo (negativo), Exudado Faringeo (acinetobacter), Radiografía de Tórax (normal), Biopsia de Ganglio de Cuello (normal), **Examen Directo (colora-**

\* Dermatólogo Adjunto I.V.S.S. Puerto Cabello Edo. Carabobo.

\*\* jefe del Servicio de Medicina Interna I.V.S.S. Puerto Cabello.

\*\*\* Residente de Medicina Interna I.V.S.S. Puerto Cabello.

\*\*\*\* Médico Interno del Servicio de Medicina I.V.S.S. Puerto Cabello.

ción de Ziehl - Nielsen), en secreción de úlcera de piel identificándose Bacilos de Koch (positivos +++), reportando de esta manera más de 10 Bacilos por campo en 20 campos examinados. Al obtener el resultado del examen se inició terapia antituberculosa durante 17 días intrahospitalaria utilizando la asociación de las siguientes drogas: *Isoniacida* (dosis: 5 mg/kg.), *Rifampicina* (dosis: 600 mg/día), *Estreptomicina* (dosis: 1 a 2 gr./día) y *Etambutol* (dosis: 15 a 25 gr./kg.), con evolución satisfactoria.<sup>(2)</sup> La paciente egreso en condiciones clínicas favorables. Actualmente, cumple tratamiento antituberculoso ambulatorio con la

combinación de las siguientes drogas: *Isoniacida* y *Rifampicina*, la que deberá continuar durante 18 a 24 meses. Es importante destacar que la infrecuencia de esta patología en cuanto a la localización, etiología y el plan de estudios para llegar al diagnóstico, fueron las razones que motivaron el desarrollo del presente caso clínico.

#### DISCUSION

La tuberculosis Cutánea Primaria fácilmente puede confundirse con la escrofulodermia, ya que esta según la clasificación citada por el Dr. X. Sierra Valentí en marzo de 1995, representa

la variedad más frecuente.<sup>(1,3)</sup> El cuadro clínico generalmente no muestra signos ni síntomas sistémicos, la cual dificulta inicialmente el diagnóstico de la patología.<sup>(1)</sup> La Tuberculosis Primaria se presenta primero como una pequeña pápula, costra o herida, que no muestra tendencia a la curación, desarrollando luego una úlcera indolora que puede ser primero insignificante y luego aumentar de tamaño hasta alcanzar un diámetro de más de 5 cm.<sup>(2,5)</sup>

La tuberculosis por inoculación primaria de piel debe ser diferenciada tanto clínica como bioquímicamente



FIGURA 1: Lesiones úlcero-secretantes purulentas en cuello y tórax (5 meses de evolución).



FIGURA 2: Lesiones úlcero-secretantes purulentas en axila izquierda (5 meses de evolución).

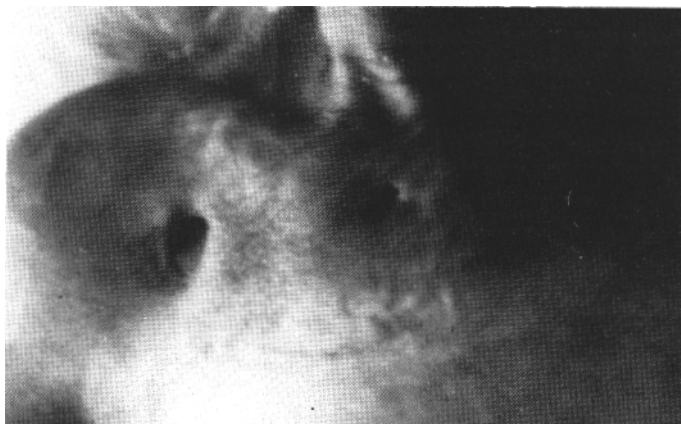
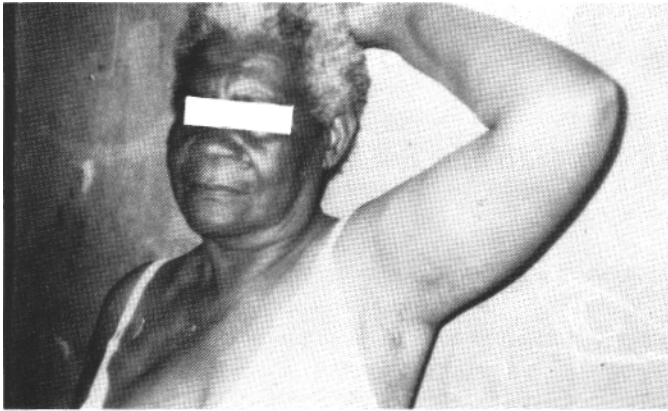


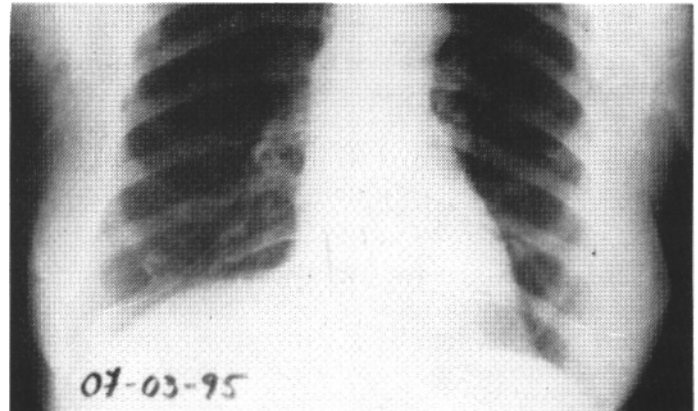
FIGURA 3: Lesiones ulcerosas con fondo limpio (17 días de tratamiento).



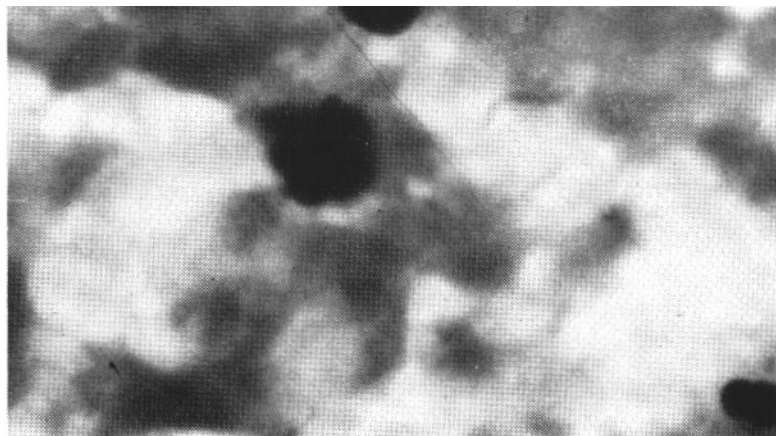
FIGURA 4: Lesiones cicatrizales residuales en cuello y tórax



**FIGURA 5:** Lesiones cicatrizales residuales en axila izquierda (3 meses de tratamiento).



**FIGURA 6:** Rx. de tórax P.A. Se observa dentro de límites normales.



**FIGURA 7:** Presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes en el BK directo de las secreciones de úlceras de piel.

En Venezuela continúa siendo una patología rara, con una morbilidad correspondiente al 3% de todas las lesiones primarias.<sup>(3, 6)</sup> Aunque en las últimas décadas de tuberculosis cutánea parece ser una enfermedad casi olvidada, la incidencia de esta infección ha cambiado desde la aparición del SIDA. Obviamente, el hecho de que el médico no piense en la posibilidad de esta condición, con probabilidad representa la causa más común de diagnósticos erróneos.<sup>(4)</sup>

de otras patologías, entre ellas: *Complejo Primario de Sífilis, Paracoccidioidomicosis, Micetomas, Lesiones Ulcerosas producidas por otras micobacterias, etc.*<sup>(2)</sup> Al realizarse el diagnóstico diferencial deben considerarse otras formas de tuberculosis, en particular *Tuberculosis Verrugosa Cutánea* y la *escrofulodermia*, lo cual implicó un primer diagnóstico presuntivo.<sup>(2)</sup> En 1810, Bayle fue el primero en demostrar que la tuberculosis no estaba limitada a pulmón y que podía afectar la totalidad del cuerpo.<sup>(3)</sup> Las características histológicas de la enfermedad

fueron descritas por Rokitasky y Virchow, demostrada luego por Friedlaender en 1873 sin pruebas definitivas; Koch, en 1882, proporcionó esta prueba al descubrir el bacilo tuberculoso y demostrar su papel como agente etiológico.<sup>(2)</sup> El caso en cuestión simuló una *Escrofulodermia* comprobándose mediante la evaluación clínica, estudios radiológicos y paraclínicos la colonización del bacilo de Koch en la piel como único foco activo, concluyendo de esta manera que se estaba en presencia de una ***Tuberculosis Cutánea por Inoculación Primaria.***

#### BIBLIOGRAFIA

1. Fitzpatrick TB., Dermatología en Medicina General. 3ra. de vol. 3. pp. 2.3832.414,1987.
2. Valenti, X.S., Historia de la T.B.C. Cutánea. Piel. Vol. 3. pp. 1118-126. Barcelona, 1995.
3. Koch, K., Die Aetiologie der Tuberculose Klin Wpchernshr. Vol. 19. Pág. 221, 1888.
4. Bayle, M., Remorkes sur Les Tuberculoses. Paris, 1810.
5. Foster A., Handlbuch der Allgemeine. Pathologiache Anatpmie. Deipzi9,1185.
6. Lazor P, El Nacimiento de la Dermatología. Clasificaciones "Mare Botánico". Tesis doctoral. 30/86. Madrid, 1986.