

CASOS CLÍNICOS

Tuberculosis verrugosa cutánea

Cutaneous verrucous tuberculosis

Vanina Elisabet Cuestas¹, Graciela Sánchez², Gladys Manuela Sánchez³, Karina Cejas⁴ y Diego Silva⁵

RESUMEN

La tuberculosis cutánea es una enfermedad infecciosa producida por *Mycobacterium tuberculosis*. La variedad cutánea verrugosa se presenta como una dermatosis localizada que puede ser de reinfección endógena o por inoculación externa. Presentamos el caso de un paciente masculino de 32 años, que consultó por una placa eritematoviolácea indurada asintomática, de superficie verrugosa en la muñeca derecha,

de 7 meses de evolución. Como exámenes complementarios, el derivado proteico purificado arrojó un resultado negativo y el cultivo para micobacterias resultó positivo para el complejo *Mycobacterium tuberculosis*. Se indicó tratamiento antifímico con buena respuesta.

Palabras clave: tuberculosis verrugosa, *Mycobacterium tuberculosis*.
Dermatol. Argent. 2024; 30(3): 151-153

ABSTRACT

Cutaneous tuberculosis is an infectious disease caused by Mycobacterium tuberculosis. The verrucous cutaneous variety presents itself as a localized dermatosis, which can result from endogenous reinfection or external inoculation. We present the case of a 32-year-old male patient who exhibited an asymptomatic plaque erythematous-violaceous, indurated, and had a verrucous surface on the right wrist, with a duration of 7

months. Complementary tests, including a negative PPD (purified protein derivative) and positive culture for Mycobacterium tuberculosis, were conducted. Antifimic treatment was prescribed, with good response.

Key words: cutaneous verrucous tuberculosis, *Mycobacterium tuberculosis*.
Dermatol. Argent. 2024; 30(3): 151-153

¹ Médica Concurrente

² Jefa del Servicio de Anatomía Patológica

³ Médica Dermatóloga

⁴ Médica de Planta

⁵ Jefe del Servicio de Dermatología
Hospital Dr. Abel Zubizarreta, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Vanina Cuestas

E-mail: ve_cuestas@yahoo.com.ar

Fecha de trabajo recibido: 21/1/2024

Fecha de trabajo aceptado: 26/6/2024

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLÍNICO

Varón de 32 años, trabajador en un matarife, sin antecedentes de importancia, consultó a nuestro Servicio por presentar una placa indurada, eritematoviolácea, de superficie verrugosa, de 3 x 2 cm, en el área de flexión de la cara ventral de la muñeca derecha, de 7 meses de evolución, de crecimiento lento, indolora y sin compromiso articular (Foto 1).

Como posibles diagnósticos presuntivos planteamos: tuberculosis verrugosa cutánea, lupus vulgar, liquen plano hipertrófico, cromoblastomycosis, esporotricosis y micobacteriosis atípicas.

Se solicitaron exámenes complementarios. El laboratorio arrojó: leucocitos 6000/mm³, hemoglobina

16,3 g/dl, hematocrito 47%, plaquetas 384.000/mm³, glucemia 100 mg/dl, VSG 6 mm/h, urea 21 mg/dl, creatinina 0,9, GOT 20, GPT 30. Las serologías (VIH, VDRL, FTA ABS, VHB, VHC) fueron no reactivas. La PPD resultó negativa y se realizaron cultivos para micobacterias con resultado positivo para el complejo *Mycobacterium tuberculosis*. En la baciloscopia no se observó BAAR. La placa de tórax se presentó sin particularidades y el examen de orina estaba dentro de los parámetros normales.

Se realizó biopsia de piel por *punch* en la cara ventral de la muñeca derecha que informó: epidermis con hiperplasia; en dermis se observaron granulomas con

centro de células epiteloideas y corona linfocitaria. La tinción de PAS y Ziehl Neelsen resultaron negativas (Foto 2). El cuadro era compatible con micobacteriosis típica, por lo cual se arribó al diagnóstico de tuberculosis cutánea verrugosa.

Se inició tratamiento antifímico con: rifampicina 600 mg/día, isoniazida 300 g/día, etambutol 1600 mg/ día

y pirazinamida 2 g/día durante 2 meses según el esquema actual, seguido por rifampicina 600 mg/día e isoniazida 300 g/día hasta completar 9 meses de tratamiento. A los 2 meses de iniciado el tratamiento, el paciente presentó mejoría de la lesión, observándose una placa de coloración violácea, de superficie plana e indolora. (Fotos 3 y 4).



FOTO 1: Placa indurada, eritematoviolácea de superficie verrugosa, de 3 x 2 cm, en el área de flexión de la cara ventral de la muñeca derecha, de 7 meses de evolución, de crecimiento lento, sin afectación articular.

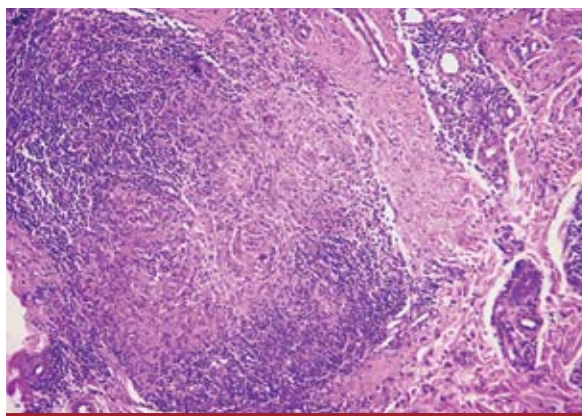


FOTO 2: Microfotografía de piel que muestra epidermis con hiperplasia. En la dermis se observan granulomas con centro de células epiteloideas y corona linfocitaria (HyE, 40X).



FOTO 3: Respuesta al tratamiento de cuatro drogas a los 2 meses de inicio.



FOTO 4: Respuesta al tratamiento a los 9 meses de inicio.

COMENTARIOS

La tuberculosis es una infección causada por el complejo de *Mycobacterium tuberculosis*, el cual incluye *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. microti*, *M. canettii*, *M. caprae*, *M. pinnipedii*, *M. suricattae*, *M. mungi*, *M. dasie* y *M. oryx*. Las manifestaciones de la tuberculosis se clasifican en pulmonares y extrapulmonares¹⁻⁴. En 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que las manifestaciones extrapulmonares de la tuberculosis tuvieron una prevalencia del 15% y las cutáneas fueron menores del 2%⁵. La tuberculosis cutánea es rara, representando del 1% al 2% de los casos de tuberculosis extrapulmonar a nivel mundial⁶⁻⁸.

La tuberculosis cutánea verrugosa está incluida dentro de las formas localizadas y se produce por inoculación exógena o reinfección endógena^{1,2}. Los factores de riesgo relacionados ocurren en niños que juegan descalzos sobre suelos contaminados con esputo tuberculoso, y son los tobillos y los glúteos las zonas más afectadas en este grupo^{4,5}. Otra forma de inoculación exógena es la exposición ocupacional que sucede en los granjeros, laboratoristas, patólogos, carniceros y personal de matarife.

La variedad verrugosa es una forma clínica poco frecuente, con altas tasas de resistencia y de reinfección⁵. Las lesiones suelen ser localizadas, únicas, y se

presentan en las extremidades superiores e inferiores. Inicia como un nódulo verrugoso, doloroso, de bordes asimétricos, con halo púrpura inflamatorio^{3,4}. Comienza como una pápula queratósica que evoluciona a una placa verrugosa que se caracteriza por progresar por un extremo y cicatrizar por otro. Es de evolución crónica y en ciertos casos puede involucionar espontáneamente³. La ulceración de la lesión es poco frecuente. El diagnóstico definitivo requiere el aislamiento del microorganismo por cultivo o PCR; en nuestro caso optamos por realizar el cultivo. Se debe descartar el diagnóstico de tuberculosis pulmonar mediante estu-

dio de imagen de tórax y baciloscopia en esputo. El tratamiento antifímico consta de dos fases: la intensiva y la de mantenimiento. El tratamiento de la fase intensiva consiste en isoniazida, rifampicina, etambutol y pirazinamida durante 2 meses, seguido de un tratamiento durante 4 meses con isoniazida y rifampicina para la fase de mantenimiento^{4,5}.

En nuestro caso, el diagnóstico clínico e histopatológico se confirmó luego de conocer los resultados de las pruebas bacteriológicas y del aislamiento por cultivo, certificándose tras la rápida respuesta clínica al tratamiento antifímico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez-Cárdenas CD, Palomares MP, Arenas-Guzmán R. Tuberculosis verrucosa cutis. *Med Int Méx.* 2018;34:349-353.
2. Gómez-Sierra MS, Bolomo G, Bañez MJ, Miraglia E, et al. Tuberculosis cutánea: lupus vulgar. *Arch Argent Dermatol.* 2016;66:82-85.
3. Belo dos Santos J, Figueiredo AR, Ferraz CE, De Oliveira MH, et al. Cutaneous tuberculosis: epidemiologic, etiopathogenic and clinical aspects, Part I. *An Bras Dermatol.* 2014;89:219-229.
4. Velayati AA, Farnia P. The species concept. En: *Atlas of Mycobacterium tuberculosis*, Elsevier, San Diego, Ca, 2017; 1-16.
5. Pizzariello G, Fernández-Pardal P, D'Atri G, Novac V, et al. Espectro clínico de tuberculosis cutánea. *Rev Argent Dermatol.* 2008;89(3).
6. Reyes-Weaver DA, Parral-Pacheco JM, Huitzil-Palafox SY, Lavariaga-Aquino A, et al. Tuberculosis cutánea verrucosa: informe de un caso en una localización atípica. *Dermatología CMQ* 2022;20:427-430
7. Prasanna S, Mithari H, Kharkar V. A cross sectional descriptive study of dermoscopic features of clinical variants of cutaneous tuberculosis. *Indian J Tuberc.* 2023;70:501-507.
8. Gündüz Ö, Koçak G, Kaçmaz B, Devrim T, et al. Intralesional avirulent Bacillus Calmette-Guérin injection as a promising method for the treatment of tuberculosis verrucosa cutis. *Case Rep Dermatol.* 2022;14:49-54.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Comentario bibliográfico: técnicas quirúrgicas de resección de quistes epidérmicos

Giselle Aignasse

Hospital Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina



Los quistes epidermoides son tumores subepidérmicos encapsulados y benignos que contienen en su interior queratina, frecuentes en la práctica diaria dermatológica. Clínicamente son asintomáticos y se localizan con mayor frecuencia en la cara, el cuello y el tronco. Resultan de la obstrucción del orificio folicular y su ruptura, infección, inflamación y reacción a cuerpo extraño pueden complicarlos.

La ecografía de piel y de partes blandas evalúa el tamaño y el contacto con planos profundos. Es un estudio de utilidad, complementario al examen histopatológico.

El tratamiento de elección es la escisión completa con la cápsula intacta para evitar las recurrencias. La elección de la técnica quirúrgica de abordaje dependerá de la localización, la dimensión y el número de quistes.

Existen tres técnicas quirúrgicas de abordaje: resección con sacabocados para los menores de 1 cm, incisión longitudinal para los quistes menores de 2 cm y *losange* con remoción en bloque para los quistes complicados.

Primero se realiza la marcación, antisepsia y anestesia. En la primera técnica se utiliza un sacabocados de 3-4 mm de diámetro que se aplica sobre la zona central del quiste. Con un movimiento giratorio, se avanza hasta la cápsula y con una tijera iris curva delicada se desbrida superficialmente y se separa el quiste de los tejidos circundantes traccionándolo desde la cápsula con pinza Adson.

En la segunda técnica se realiza una incisión sobre la convexidad del quiste con bisturí n° 15. Se debe desbridar el quiste con tijera curva delicada o cureta de Vidal-Brocq hasta la profundidad donde, a modo de palanca, se tracciona hacia el exterior.

En los quistes complicados se dibuja una incisión en forma de *losange* sobre la parte más prominente del quiste (se debe prevenir excesivo espacio muerto para evitar complicaciones en el cierre) hasta contactar con la cápsula de color nacarado. Se toma el quiste con una pinza de dientes delicada y se comienza a desbridar con tijera Iris.

El cierre en las tres técnicas citadas puede realizarse por planos y puntos simples en caso de ser necesario. Se indica cura plana y controles posteriores hasta el retiro de los puntos. No es necesario el uso de antibióticos profilácticos.

BIBLIOGRAFÍA

- Zito PM, Scharf R. Epidermoid cyst. En: StatPearls. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499974. Consultado agosto 2023.

- Galimberti G, Lequio M, Gatti, Vicenti C. Técnica simple para extracción de quiste triquilemal en consultorio. *Dermatol Argent.* 2015;21:154-156.

- Grinspan-Bozza N. Técnicas quirúrgicas especiales. En: Manual práctico de Dermatología Quirúrgica. Grinspan Bozza (Ed.). 2ª Ed. Septiembre 2006;139-154.