

# Formas infrecuentes de tuberculosis cutáneas, a propósito de dos casos

Uncommon forms of cutaneous tuberculosis; a report of 2 cases

Liliana Olivares,<sup>1</sup> Viviana Leiro,<sup>2</sup> Fabiana Cergneux,<sup>3</sup> María Stringa<sup>4</sup> y Esteban Maronna<sup>5</sup>

## RESUMEN

Se comunican los casos de 2 pacientes con tuberculosis cutánea (TBC), con modalidades clínicas inusuales. El caso 1 es un paciente de 20 años con TBC en pene. Dicha localización es interpretada como una forma clínica primaria de la enfermedad, resultado de la infección por el bacilo de Koch en piel o mucosas (generalmente traumatizadas), en un paciente no infectado previamente.

El caso número 2 es un hombre de 51 años, trabajador rural, con lesiones cutáneas de lupus vulgar variedad ulceroso serpiginoso, de más de 15 años de evolución, que suscitó diversos diagnósticos diferenciales. El reconocimiento de esta infrecuente modalidad de lupus vulgar posibilitó posteriormente el diagnóstico de una forma diseminada de TBC (con localización pulmonar, renal y testicular) (*Dermatol. Argent.*, 2012, 18(6): 459-463).

## Palabras clave:

*tuberculosis en pene, lupus vulgar, tuberculosis cutánea.*

## ABSTRACT

We report 2 patients with unusual clinical forms of cutaneous tuberculosis (TB).

The first case is a 20-year-old patient with TBC in his penis. This clinical localization is interpreted as a primary clinical form of the disease resulting from the infection produced by *Mycobacterium tuberculosis* in the skin or mucosa (usually traumatized).

The second case is a 51-year-old farm worker with skin lesions of lupus vulgaris (serpiginous ulcer variant) which evolved over a 15-year-period eliciting several diagnostic possibilities. Recognition of this rare form of lupus vulgaris subsequently allowed the diagnosis of a disseminated form of TB (pulmonary tuberculosis with renal and testicular compromise) (*Dermatol. Argent.*, 2012, 18(6): 459-463).

## Keywords:

*tuberculosis of penis, lupus vulgaris, cutaneous tuberculosis.*

Fecha de recepción: 14/10/2012 | Fecha de aprobación: 06/12/2012

<sup>1</sup> Jefa de la unidad

<sup>2</sup> Médica dermatóloga de planta

<sup>3</sup> Médica concurrente 4° año

<sup>4</sup> Médica residente 3° año

<sup>5</sup> Médico anatomopatólogo

Servicio de Dermatología, Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz, Uspallata 2272, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Correspondencia: Fabiana Cergneux, Directorio 1317 10° A, CP 1406, CABA. pinic7@hotmail.com.



Foto 1. TBC en pene.

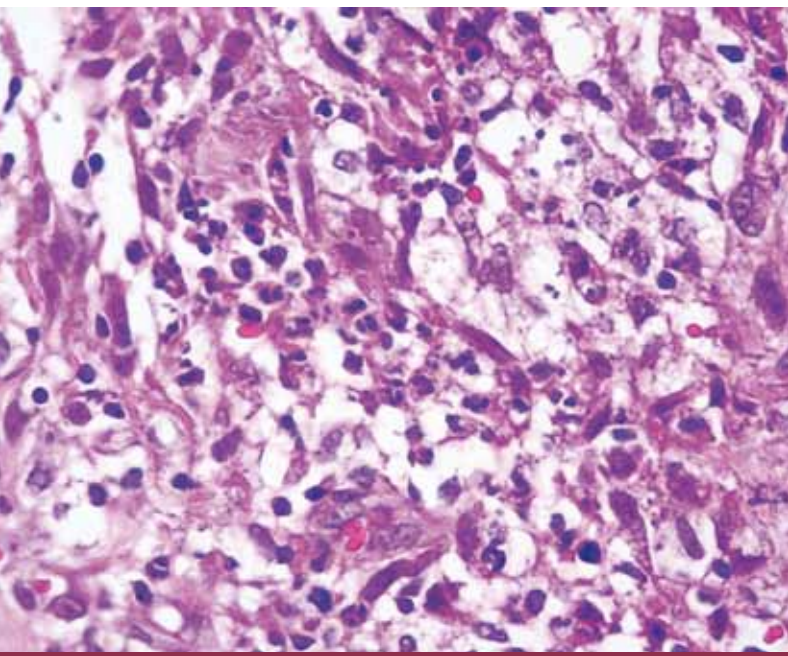


Foto 2. (H-E 100 x) Histopatología.

## Introducción

El incremento de la incidencia de la tuberculosis (TBC) en nuestro medio en las últimas décadas, ha conducido a la detección de formas clínicas inusuales habitualmente vistas en el pasado.<sup>1-3</sup>

Se presentan a continuación 2 pacientes con formas infrecuentes de TBC cutánea evaluados en el período febrero-marzo de 2011.

### Caso clínico 1

Paciente de 20 años de sexo masculino. Pareja con TBC, quien había realizado tratamiento antifímico el año anterior. Consultó por dermatosis en el pene de 5 meses de evolución. Al examen físico se observó en el dorso del pene una extensa infiltración de 2 x 5 cm de diámetro, duroelástica a la palpación, la piel suprayacente era normal. Sin adenopatías inguinales (foto 1)

Exámenes complementarios: rutina de laboratorio y serologías normales. PPD (+) 32 mm. Radiografía de tórax, ecografía abdominal y tomografía axial computada (TAC) de tórax, abdomen y pelvis normales. Ecografía de partes blandas: engrosamiento de tejidos blandos. Se solicitó examen bacteriológico de material de biopsia para gérmenes comunes y micológico: directo y cultivos (-). El cultivo para BAAR fue (+) para *Mycobacterium tuberculosis*. Examen bacteriológico para BAAR de esputo y orina directo y cultivo (-). En el estudio histopatológico de piel se informó epidermis con acantosis y en dermis profunda un denso infiltrado inflamatorio constituido por histiocitos y células gigantes multinucleadas que conforman granulomas con corona linfocitaria y áreas de necrosis. La tinción de Ziehl-Neelsen fue negativa (foto 2).

Con el hallazgo del agente etiológico, la histopatología y la PPD se arribó al diagnóstico de TBC cutánea posprimaria, variedad colicuativa. Se inició tratamiento antifímico con rifampicina 600 mg/día, isoniazida 300 mg/día, etambutol 1.200 mg/día y pirazinamida 1.250 mg/día por 2 meses y luego 7 meses con isoniazida 300 mg/día, y rifampicina 600 mg/día con buena respuesta clínica (foto 3).

### Caso clínico 2

Paciente de 51 años de sexo masculino, trabajador rural. Entre sus antecedentes personales refirió extensa quemadura en hueso poplíteo, a los 2 años de edad.

Consultó por dermatosis en región glútea, perineal y muslo izquierdo de más de 15 años de evolución. Al examen físico presentó extensas placas, de superficie ulcerada, de aspecto serpiginoso, con sectores verrugosos y otros atróficos, con bordes discretamente sobreelevados en los que se observaban pequeños tubérculos (foto 4). El paciente mostraba buen estado general, sin adenopatías palpables. La rutina de laboratorio, las



serologías virales y la PPD fueron normales. En la radiografía y TAC de tórax se observó un infiltrado con patrón nodulillar difuso bilateral. En la TAC de abdomen y pelvis se observaron imágenes focales compatibles con TBC en ambos riñones. En la ecografía testicular se constató la presencia de dos imágenes hipoeoicas en testículo izquierdo. Los hemocultivos para gérmenes comunes y micobacterias fueron negativos. Se solicitó examen bacteriológico de material de biopsia para gérmenes comunes y micológico: directo y cultivos (-) y para BAAR cultivo (+) para *Mycobacterium tuberculosis*. Examen bacteriológico para BAAR de esputo (-) y orina cultivo (+).

En la histopatología se observó epidermis con acantosis irregular y a nivel de dermis superficial y profunda densos infiltrados inflamatorios constituidos por histiocitos epitelioides y células gigantes multinucleadas que conforman granulomas con corona linfocitaria Ziehl-Nielsen (-) (foto 5).

La presencia del *Mycobacterium tuberculosis* en las lesiones, la clínica, la histopatología y el compromiso tuberculoso en otros órganos permitieron arribar al diagnóstico de TBC diseminada (pulmonar, renal, testicular), con lesiones de lupus vulgar ulceroso serpiginoso. Se inició tratamiento antifímico con rifampicina 600 mg/día, isoniazida 300 mg/día, etambutol 1.200 mg/día y pirazinamida 1.250 mg/día por 2 meses, y luego 10 meses con isoniazida 300 mg/día y rifampicina 600 mg/día, con excelente respuesta clínica (foto 6).

## Discusión

La tuberculosis cutánea es una infección causada por el bacilo de Koch. Es una patología de baja incidencia, ya que representa sólo del 1 al 4% de las formas extrapulmonares. Se clasifica en TBC cutánea primaria o posprimaria. La primaria es el resultado de la infección por el bacilo de Koch en piel o mucosas (generalmente traumatizadas), en un paciente no infectado previamente; en cambio, la posprimaria puede ocurrir por reactivación endógena o sobreinfección exógena, y según el estado inmune del huésped puede adoptar distintas modalidades clínicas (gráfico 1).<sup>1</sup>

Presentamos 2 pacientes con TBC cutáneas que suscitaron dificultades diagnósticas por su semiología y localización. El primero de ellos, interpretado como una TBC cutánea posprimaria variedad colicuativa, se destaca por su clínica singular e inusual localización en pene. Esta localización, más frecuente en países como China y Japón, fue descrita por primera vez en 1878 por Fournier.<sup>4,5</sup> En el pasado se la relacionaba con el ritual de la circuncisión, como expresión de un chancro primario de inoculación. En la actualidad sólo hay publicación de casos aislados.<sup>6</sup> Se describen en el pene distintas formas clínicas de presentación, y la más frecuente es la ulcerada, también tuberculides papulonecroticas, lupus vulgar, y un único caso de nódulo subcutáneo.<sup>7-10</sup> La edad de nuestro paciente, la ausencia de



Foto 3. Control posttratamiento.



Foto 4. Lupus vulgar variedad ulceroserpiginosa.

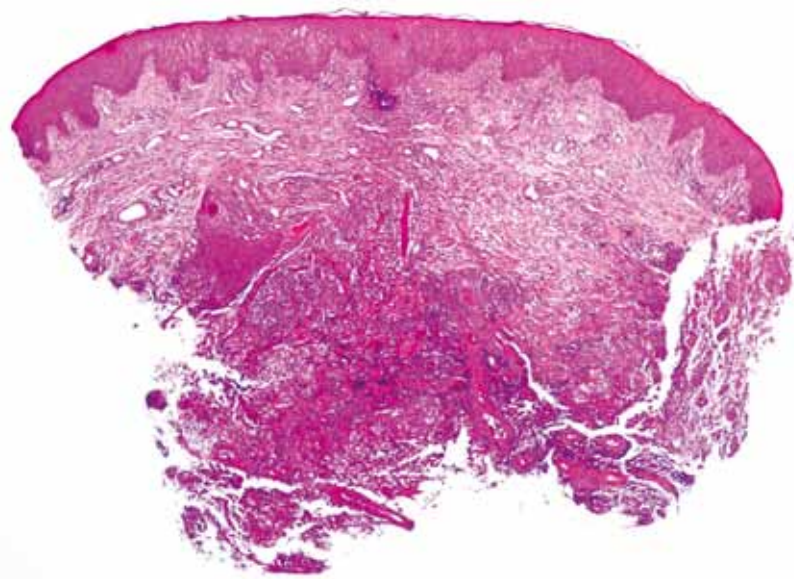


Foto 5. (H-E 40 x) Histopatología.



Foto 6. Control a los 3 meses de tratamiento.

**GRÁFICO 1. Formas clínicas de tuberculosis cutánea.**



adenopatías regionales, los antecedentes epidemiológicos y el patrón histopatológico con un granuloma tuberculoidé orientan a interpretar el caso como una TBC posprimaria. En el segundo paciente fueron varios los diagnósticos diferenciales que se plantearon: por la clínica y su cronicidad con un pioderma gangrenoso, variedad vegetante o granulomatosa superficial, por su condición de trabajador rural, la localización en un miembro inferior y el aspecto verrugoso en sectores hizo también evocar una micosis profunda localizada (cromomicosis).

Otro diagnóstico diferencial fue un epitelioma, especialmente por la existencia de una cicatriz de quemadura ocurrida en la infancia (el 2% de las cicatrices de quemaduras tiene transformación maligna, y es frecuente en miembros inferiores, a nivel del músculo de la fascia lata). La cronicidad y el aspecto semiológico de las lesiones cutáneas orientaron hacia el diagnóstico de tuberculosis y fue posible detectar una forma diseminada (con compromiso pulmonar, renal y testicular) en un paciente HIV (-). Ésta es una variedad de TBC cutánea descrita por la escuela francesa como lupus ulceroso serpiginoso, modalidad clínica excepcional de lupus vulgar. La misma suele afectar miembros inferiores y se caracteriza por lesiones úlcero-costrosas con sectores supurativos, con un borde serpiginoso donde se destaca la presencia de tubérculos.<sup>11-13</sup>

En conclusión, se comunican los casos de 2 pacientes con formas clínicas de TBC cutáneas, ya descritas en el pasado, pero que en la actualidad pueden plantear un verdadero desafío diagnóstico.

**Bibliografía**

1. Pizzariello G, Fernández Pardal P, D'atri G, Novac V. et ál. Espectro clínico de las tuberculosis cutáneas, *Rev. Argent. Dermatol.*, 2008, 89: 177-187.



2. Fariña M.C., Gegundez M.I., Piqué E., Esteban J. *et ál.* Cutaneous tuberculosis: a clinical, histopathologic, and bacteriologic study, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 1995, 33: 433-440.
3. García Rodríguez J.F., Monteagudo Sánchez B., Mariño Callejo A. Cutaneous tuberculosis: a 15-year descriptive study, *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.*, 2008, 26: 205-211.
4. Amir-Zargar M.A., Yavangi M., Jafari M., Mohseni M.J. Primary tuberculosis of glans penis: a case report, *Urol. J.*, 2004, 4: 278-279.
5. Jaisankar T.J., Garg B.R., Reddy B.S., Riba B. *et ál.* Penile lupus vulgaris, *Int. J. Dermatol.*, 1994, 4: 272-274.
6. Papaevangelou V., Vintila A., Papaparaskevas J., Kanavaki S. *et ál.* Infant penile tuberculosis following circumcision, *J. Infect.*, 2009, 1: 83-85.
7. Sah S.P., Ashok Raj G., Joshi A. Primary tuberculosis of the glans penis, *Australas. J. Dermatol.*, 1999, 2: 106-107.
8. Sigal M., Aitken G., Crickx B., De La Charrière O. *et ál.* Primary tuberculous chancre of the penis with cutaneous verrucous dissemination, *Ann. Dermatol. Venereol.*, 1985, 5: 459-462.
9. Sharma V.K., Sethy P.K., Dogra P.N., Singh U. *et ál.* Primary tuberculosis of glans penis after intravesical Bacillus Calmette Guerin immunotherapy, *Indian. J. Dermatol. Venereol. Leprol.*, 2011, 1: 47-50.
10. Cabria J., Mendonca R., Rebelo C., Garcá L. *et ál.* Tuberculose do pénis, *Trab. Soc. Port. Derm. Ven.*, 1991, 2: 143-145.
11. El Fekih N., Fazaá B., Kerkeni N., Sfiaa M. *et ál.* Le lupus tuberculeux, *Med. Mal. Infect.*, 2009, 39: 409-412.
12. Degos R. Lupus tuberculeux, en Degos R., *Dermatologie*, Ed. Médicales Flammarion, París, 1981: 506-511.
13. Saritha M., Parveen B.A., Anandan V., Priyavathani M.R. *et ál.* Atypical forms of lupus vulgaris - a case series, *Int. J. Dermatol.*, 2009, 48: 150-153.

## DERMATÓLOGOS JÓVENES

### \* CASO CLÍNICO Placas alopécicas en cuero cabelludo

Lucía Nicola y María Marta Rossi



Foto 1.

#### Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 35 años de edad, sin antecedentes patológicos conocidos, que consultó por lesiones en cuero cabelludo de un año de evolución. Refirió dolor a la palpación y drenaje de material purulento. Realizó tratamiento con minociclina 200 mg/día por 20 días y trimetoprima + sulfametoxazol 800/160 mg cada 12 hs por 20 días, sin respuesta. Al examen físico presentó pústulas en región occipital, nódulos duro-elásticos cubiertos por piel eritematosa de aproximadamente 2 cm de diámetro en vértex y placas alopécicas localizadas en región occipital y vértex.



Foto 2.

1. ¿Cuál es su diagnóstico más favorable?
  - a. Folliculitis decalvante
  - b. Tinea capitis
  - c. Acné queiloide
  - d. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens (PCAS)
  - e. Dermatitis pustular erosiva
2. ¿Qué estudio solicitaría para realizar el diagnóstico?
  - a. Biopsia por punch
  - b. Punción por piel sana: directo y cultivo
  - c. Tricograma
  - d. Directo con tinción con hidróxido de potasio
  - e. a y b son correctas
3. ¿Qué considera relevante resaltar de la patología?
  - a. Es una alopecia no cicatrizal
  - b. Forma parte de la tétrada de oclusión folicular
  - c. Afecta principalmente a mujeres ancianas
  - d. Las lesiones se localizan principalmente en vértex y región occipital
  - e. b y d son correctas
4. ¿Qué tratamiento/s consideraría?
  - a. Infiltraciones con triamcinolona
  - b. Griseofulvina 500 mg/día por 4 a 6 semanas
  - c. Minociclina 100 mg/día por 4 a 6 semanas
  - d. Isotretinoína oral de forma prolongada
  - e. a, c y d son correctas

La solución, en la pág. 482