



Tuberculosis verrugosa multibacilar

Multibacillary warty tuberculosis

Atilio Solís-Reyes¹, Gladys I. Vidarte-Orrego², César A. Chian-García³

RESUMEN

La tuberculosis verrugosa es una forma de tuberculosis cutánea que ocurre después de la inoculación directa por *Mycobacterium tuberculosis*, se presenta el caso de un varón de 43 años con un tiempo de enfermedad de 2 años que cursa con una placa verrucosa, ulcerativa con secreción mal oliente, no dolorosa de crecimiento centrifugo en la rodilla y zona poplíteica izquierda, que en el estudio histopatológico se evidencia, hiperqueratosis, hiperplasia pseudoepiteliomatosa y granulomas tuberculoides con múltiples BAAR en la tinción Ziehl Neelsen, y el estudio de PCR fue positivo para el complejo de *mycobacterium tuberculosis*; con buena respuesta al tratamiento antituberculoso.

PALABRAS CLAVE: Tuberculosis, verrucosa, multibacilar.

Dermatol Peru 2020; 30 (3): 235-238

ABSTRACT

The warty tuberculosis is a form of cutaneous tuberculosis that occurs after direct inoculation by *Mycobacterium tuberculosis*. We report a 43-year-old man with 2 years history of a verrucous, ulcerative plaque with a smelly and painless secretion of centrifugal growth in the knee and left popliteal area, which in the histopathological study showed hyperkeratosis, pseudoepitheliomatous hyperplasia and tuberculoid granulomas with multiple BAARs on Ziehl Neelsen staining, and the PCR study was positive for the *mycobacterium tuberculosis* complex; with a good response to anti-tuberculosis treatment.

KEY WORDS: Tuberculosis, Warty.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis ocurre con mayor frecuencia debido a la infección por *Mycobacterium tuberculosis*, un bacilo ácido alcohol resistente (BAAR). La alta prevalencia de tuberculosis en todo el mundo, es un importante problema de salud pública. Las lesiones cutáneas ocurren en solo 1 a 2 por ciento de los pacientes infectados con tuberculosis.^{1,2}

La tuberculosis cutánea se documentó por primera vez en 1826, por Laennec con el nombre de "verruca del prosector", una lesión que representaba a la tuberculosis verrugosa, una variante de tuberculosis que resulta de la entrada directa del organismo en la piel.³ El organismo *Mycobacterium tuberculosis* fue descubierto muchos años después por Robert Koch en 1882.⁴

El organismo causante predominante de la tuberculosis cutánea, es el *M. tuberculosis*, *M. bovis* y la vacuna BCG o Bacilo Calmette-Guérin (una vacuna compuesta por *M. bovis* atenuado), también se han asociado con el desarrollo de lesiones cutáneas.⁵

La tuberculosis verrugosa es una forma de tuberculosis cutánea que ocurre después de la inoculación directa de

1. Dr. Atilio Solís Reyes, Médico Residente de Dermatología, Hospital Nacional Arzobispo Loayza-MINSA.
2. Dra. Gladys Isabel Vidarte Orrego, Médico Dermatólogo, Hospital Nacional Arzobispo Loayza-MINSA.
3. Dr. César Augusto Chian García, Médico Patólogo Clínico, Hospital Nacional Arzobispo Loayza-MINSA.

las micobacterias en la piel de un huésped previamente sensibilizado contra el bacilo.^{6,7}

La exposición ocupacional a micobacterias (p. Ej., Patólogos, técnicos de laboratorio, funerarios, carniceros y granjeros) tienen mayor riesgo de contraer esta infección.⁸ Los tobillos o las nalgas son sitios frecuentes de aparición de lesiones en niños.⁶

Las lesiones cutáneas suelen ser solitarias y se manifiestan como placas indoloras, verrucosas de color marrón rojizo, induradas, que varían de 1 a 5 cm de diámetro. crece centrífugamente; la ulceración es poco frecuente, pueden producirse fisuras que exudan drenaje purulento o material queratinoso. se puede asociar con adenopatías regionales.⁹

En la histopatología se puede evidenciar hiperplasia pseudoepiteliomatosa, hiperqueratosis marcada y microabscesos en la dermis superficial, además un infiltrado inflamatorio compuesto de células epitelioides y células gigantes generalmente está presente en la dermis superior y media, también se pueden encontrar granulomas tuberculoideos.¹⁰ En algunos casos se pueden detectar algunos bacilos ácido alcohol resistentes, los cultivos tomados de lesiones de tuberculosis verrucosa cutis a menudo son negativos. La prueba cutánea de tuberculina es muy positiva, lo que indica el alto nivel de inmunidad contra la bacteria en los pacientes afectados. El ensayo de liberación de interferón gamma también puede ser útil para detectar evidencia de tuberculosis en los pacientes con tuberculosis verrugosa. el diagnóstico definitivo se realiza mediante la secuenciación por PCR.¹¹

Las lesiones cutáneas pueden persistir durante años si no se tratan, aunque la resolución espontánea también puede ocurrir. Los pacientes suelen mejorar con la terapia antituberculosa.¹²

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 43 años natural y procedente de Lima, sin antecedentes de importancia; curso con una placa verrucosa violácea de 12 x 5cm, irregular en rodilla izquierda con ulceración que compromete aproximadamente el 80% de la zona poplíteica izquierda de 2 años de evolución. (Figura N° 1-2)

Al estudio histopatológico, hiperqueratosis, hiperplasia pseudoepiteliomatosa y granulomas tuberculoideos con múltiples BAAR en la tinción Ziehl Neelsen, y el estudio de PCR fue positivo para el complejo de *mycobacterium tuberculosis*. (Figura N° 3-5)



Figura N° 1. Lesión verrucosa en rodilla izquierda.



Figura N° 2. Lesión ulcerativa en zona poplíteica izquierda.

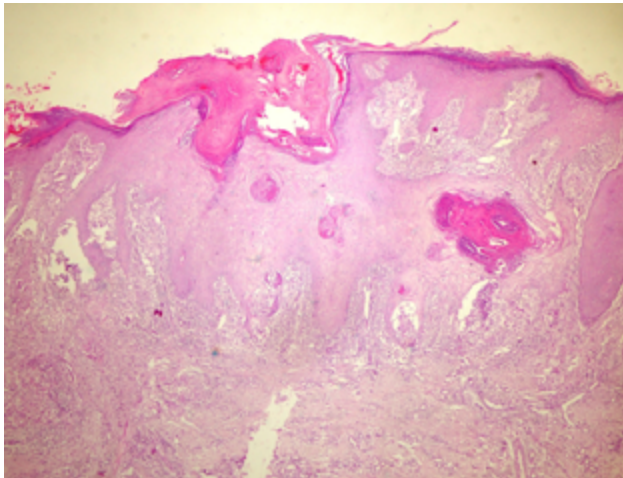


Figura N° 3. Hiperqueratosis e hiperplasia pseudoepiteliomatosa.

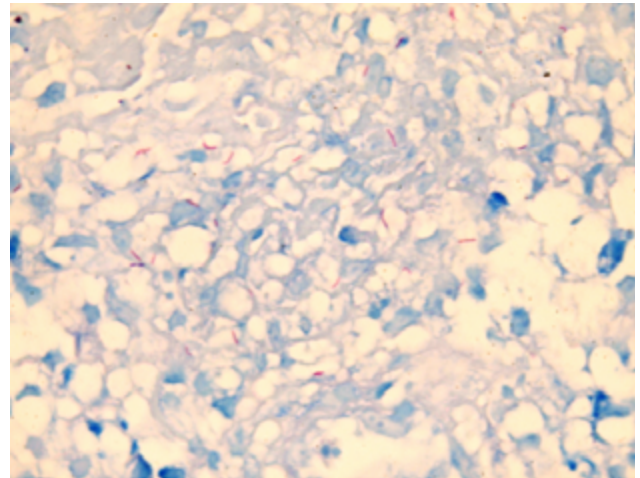


Figura N° 5. Múltiples BAAR en tinción Ziehl Neelsen.

COMENTARIO

Las manifestaciones cutáneas por tuberculosis ocurren en solo 1-2% de los pacientes infectados con tuberculosis.²

La característica más utilizada para subdividir la tuberculosis cutánea es el modo de infección. La inoculación por Fuente exógena se manifiesta como tuberculosis de inoculación primaria, tuberculosis verrugosa.¹³

La propagación endógena por extensión contigua o autoinoculación, se presenta como forma de escrofulodermia, tuberculosis cutis periorificialis, lupus vulgar.¹³

La propagación hematogena se manifiesta como lupus vulgar, tuberculosis miliar aguda, y absceso tuberculoso metastásico.¹³

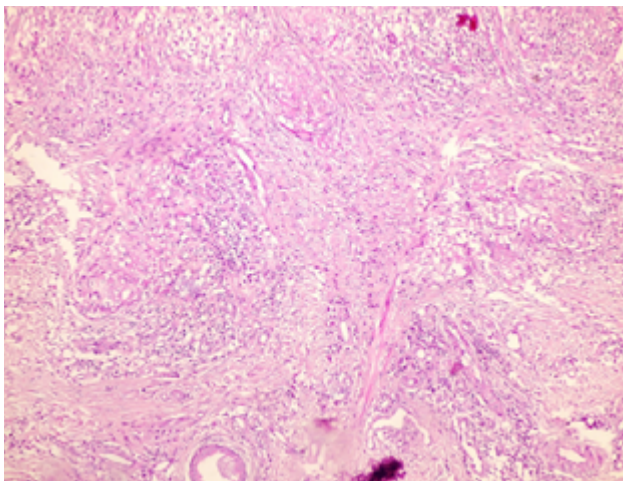


Figura N° 4. Granulomas tuberculoideos.

Las formas multibacilares (bacilos fácilmente detectables en el tejido o el exudado) incluyen inoculación primaria TB, escrofulodermia, tuberculosis cutis periorificialis, tuberculosis miliar aguda y absceso tuberculoso metastásico. Las formas paucibacilares (bacilos difíciles de detectar en el tejido o exudado) de tuberculosis cutánea incluyen tuberculosis verrugosa y lupus vulgar.¹⁴

El caso del paciente no presenta un antecedente definido de inoculación exógena, la lesión cutánea en la rodilla es descrita como una zona de frecuente ubicación, presenta la lesión clásica descrita por muchos autores placa verrucosa violácea, que en ocasiones se ulcera, en la histopatología se evidencia, hiperqueratosis, hiperplasia pseudoepiteliomatosa y granulomas tuberculoideos con múltiples BAAR en la tinción Ziehl Neelsen, y el estudio de PCR fue positivo para el complejo de *Mycobacterium tuberculosis*. Las lesiones por tuberculosis verrucosa cutis son paucibacilares el caso del paciente fue multibacilar. El paciente con 06 meses de terapia antituberculosa de isoniacida, rifampicina, etambutol y pirazinamida presentó una mejora clínica notable. (Figura N° 6-7)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lönnroth K, Raviglione M. Global epidemiology of tuberculosis: prospects for control. *Semin Respir Crit Care Med* 2008; 29:481..
2. www.who.int/tb/publications/global_report/en/ (Consultado el 24 de junio de 2015).
3. Laennec RT. *Traité de l'auscultation mediate et des maladies des peumons et du coeur*, Asselin and Cie, Paris 1826. p.649}
4. MacGregor RR. Cutaneous tuberculosis. *Clin Dermatol* 1995; 13:245.
5. Dias MF, Bernardes Filho F, Quaresma MV, et al. Update on cutaneous tuberculosis. *An Bras Dermatol* 2014; 89:925.
6. James WD, Berger TG, Elston DM. *Andrews' Diseases of the Skin Clinical Dermatology*, 11th ed, Elsevier, 2011. p.322.
7. Handog EB, Gabriel TG, Pineda RT. Management of cutaneous tuberculosis. *Dermatol Ther* 2008; 21:154.



Figura N° 6. Placa pigmentada con borde eritematoso en rodilla izquierda.



Figura N° 7. Cicatriz extensa en zona poplítea izquierda.

8. Ramam M, Mittal R, Ramesh V. How soon does cutaneous tuberculosis respond to treatment? Implications for a therapeutic test of diagnosis. *Int J Dermatol* 2005; 44:21.
9. Barbagallo J, Tager P, Ingleton R, et al. Cutaneous tuberculosis: diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol* 2002; 3:319.
10. Weedon D. Bacterial and rickettsial infections. In: *Weedon's Skin Pathology*, 3rd, Elsevier Limited, 2010. p.547.
11. Kim G, Jeong YI, Huh JW, et al. Interferon-gamma release assay in a patient with tuberculosis verrucosa cutis. *Ann Dermatol* 2015; 27:109.
12. Frankel A, Penrose C, Emer J. Cutaneous tuberculosis: a practical case report and review for the dermatologist. *J Clin Aesthet Dermatol* 2009; 2:19.
13. Gopinathan R, Pandit D, Joshi J, et al. Clinical and morphological variants of cutaneous tuberculosis and its relation to *Mycobacterium* species. *Indian J Med Microbiol* 2001; 19:193.
14. Bravo FG, Gotuzzo E. Tuberculosis cutánea. *Clin Dermatol* 2007; 25: 173.

Correspondencia: Dr. Atilio Solís Reyes
Email: fzlx@hotmail.com

Recibido: 18-05-2020
Aceptado: 28-05-2020