

Características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas de la tuberculosis cutánea en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Julio 2008 - Julio 2010

Epidemiological, clinical and histopathologic features of cutaneous tuberculosis in the Daniel A. Carrion National Hospital. July 2008-July 2010.

Soledad De la Cruz^{1a}, Florencio Cortez^{1b}, Eberth Quijano^{1b}, María Sanz^{2c}

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas de la tuberculosis cutánea en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión durante el periodo de Julio 2008 a Julio 2010. **PACIENTES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo de tipo serie de casos. Se revisó las historias y las imágenes de las lesiones y laminas histopatológicas de las biopsias cutáneas de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis cutánea basado en los criterios clínicos, epidemiológicos, microbiológicos e histopatológicos. **RESULTADOS:** Durante el periodo de estudio se presentaron 12 casos de tuberculosis cutánea de los cuales el 66.7% fueron mujeres y 33.3 % hombres. Las formas clínicas halladas fueron: escrofulodermia en 41.6%, eritema indurado de Bazin en 25%, lupus vulgar en 16.6%, tuberculosis periorificial en 8.3% y tuberculosis verrugosa cutis en 8.3%. En cuanto a la histopatología, se encontró la presencia del granuloma tuberculoide en el 100% de los casos siendo su localización más frecuente la dermis y la coloración Ziehl Neelsen demostró la presencia de BAAR en 66.6% de los casos. **CONCLUSIÓN:** La tuberculosis cutánea fue más frecuente en el sexo femenino, la escrofulodermia, la forma clínica más frecuente, y el granuloma tuberculoide el hallazgo histopatológico en el total de casos.

PALABRAS CLAVE: tuberculosis cutánea, escrofulodermia, granuloma tuberculoide.

Dermatol Perú 2010; 20(3): 174-179

¹ Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Callao, Perú.

² Instituto de Patología y Biología molecular Arias Estela. Lima, Perú.

a) Médico residente.

b) Médico dermatólogo.

c) Médico patólogo.

Recibido: 15-04-2010

Aceptado: 30-04-2010

ABSTRACT

To determine epidemiological and histopathological characteristics of cutaneous tuberculosis in the Daniel Alcides Carrion National Hospital during the period July 2008 to July 2010. Patients and

methods: descriptive case series. Clinical records, images of the lesions and histopathological of the cutaneous biopsies of the patients with cutaneous tuberculosis diagnosis based in the clinical epidemiological microbiological and histopathological criteria were assessed.

RESULTS: During the study period there were 12 cases of cutaneous tuberculosis of which 66.7% were female and 33.3% male. The clinical forms were: 41.6% scrofuloderma, Bazin's indurated erythema in 25%, 16,6% in lupus vulgaris, periorificial tuberculosis at 8,3% and 8,3% verrucous tuberculosis. Regarding the histopathology, the presence of tuberculoid granuloma in 100% of cases, being dermis the most common site and Ziehl Neelsen staining showed the presence of BAAR in 66,6% of cases.

CONCLUSION: Cutaneous tuberculosis was more common in females, scrofuloderma was the most frequent clinical finding and tuberculoid granuloma was the histopathological finding in all cases.

KEYWORDS: cutaneous tuberculosis, scrofuloderma, tuberculoid granuloma.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es considerada un problema de salud pública en varios países en desarrollo como el Perú; sin embargo, uno de los aspectos más importantes es que es una enfermedad curable y prevenible. En el Perú en el 2007 se atendieron 29 393 casos nuevos de tuberculosis y las regiones con más altas tasas fueron: Lima, Callao, Ica, Tacna, Madre de Dios, Ucayali y Loreto; además, cabe resaltar que el 58% de casos de tuberculosis, 82 % de casos de tuberculosis multidrogoresistente (TBC-MDR) y 93% de casos de tuberculosis extremadamente resistente (TBC-XDR) notificados correspondieron a Lima y Callao.^{1,2} Antes de la era del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), 83% de los casos de TBC estaban limitados al pulmón y el 17% restante eran casos extra pulmonares. Actualmente, la TBC extrapulmonar es más frecuente, dentro de ésta, la tuberculosis cutánea representa del 1 al

2% de las formas extrapulmonares; asimismo, constituye una de las entidades cutáneas de más difícil diagnóstico por la variabilidad de su presentación clínica, el diagnóstico diferencial con otras entidades y la dificultad de su confirmación.²

La reacción cutánea a la infección de *M. tuberculosis* es variada, por ello las presentaciones clínicas son múltiples, ya que depende de la interacción entre el agente y el estado inmunológico del huésped. Existen varias clasificaciones de la tuberculosis cutánea, una de estas, la clasifica de acuerdo a si la infección es de causa exógena, endógena, tuberculosis debida a vacunación BCG y tuberculides³. Es importante resaltar además que en el estudio histopatológico de las lesiones cutáneas el rasgo más prominente consiste en la formación de tubérculos típicos con células epitelioides, células gigantes tipo Langhans y una zona periférica de linfocitos. La necrosis caseosa es escasa o puede estar ausente.³

El diagnóstico de certeza sólo puede conseguirse con técnicas microbiológicas (baciloscopia y cultivo), que lamentablemente no son sensibles al 100%, por lo que en alrededor de un 10-15% de los casos estas técnicas serán negativas. En estos casos, el diagnóstico se apoyará también en la clínica, la respuesta a la tuberculina, la epidemiología, la histología de las lesiones cutáneas y en algunos en la respuesta terapéutica⁴, que hace muy importante el conocimiento de estos parámetros.

Además, debido a la alta prevalencia de la tuberculosis en el Perú y la existencia de pocos estudios en nuestro medio respecto a tuberculosis cutánea, surgió el presente estudio, con el objetivo de determinar las características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas de la tuberculosis cutánea en el Hospital Daniel A. Carrión durante el periodo julio 2008 a julio 2010.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de tipo serie de casos. Se incluyó en el estudio a todos los

pacientes con diagnóstico de tuberculosis cutánea en el Hospital Daniel A. Carrión durante el periodo de julio 2008 a julio 2010 que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico de tuberculosis cutánea que contasen con historias clínicas completas, fotos de las lesiones cutáneas, laminas histopatológicas de las biopsias cutáneas.

Criterios de exclusión: Pacientes con diagnósticos de micosis subcutánea, lepra y micobacteriosis atípicas.

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes obteniéndose datos de la edad, sexo, nivel socioeconómico, antecedentes familiares, tiempo de enfermedad, comorbilidad, presencia de otro foco de tuberculosis extra cutáneo, forma clínica de la tuberculosis cutánea y localización de la lesión. Se registró tanto la prueba de tuberculina como la respuesta al tratamiento específico. En cuanto a los hallazgos histopatológicos, se describió el tipo de granuloma, la localización del mismo así como del contenido celular, para ello la evaluación de las laminas histopatológicas y de la coloración Ziehl Neelsen para la demostración de los BAAR fueron realizadas por una dermatopatóloga.

El diagnóstico de tuberculosis cutánea estuvo basado en los criterios clínicos, epidemiológicos, microbiológicos e histopatológicos.

Criterios clínicos y epidemiológicos: cuadro clínico característico de la lesión y evolución de la enfermedad, presencia de otro foco tuberculoso extracutáneo, antecedente de tuberculosis, prueba de tuberculina positiva y respuesta favorable al tratamiento específico.

Criterios microbiológicos: demostración de ácido alcohol-resistencia de las micobacterias con la coloración de Ziehl Neelsen, cultivo en medio Lowenstein Jensen (lamentablemente no se conto con esta prueba en la mayoría de los casos) y PCR (no se realizo en el presente estudio).

Criterios histopatológicos: Presencia de granuloma tuberculoso o tuberculoide

Las lesiones cutáneas fueron clasificadas según la siguiente clasificación clínica de Tappeiner y Wolf.³

CUADRO 1: Clasificación clínica de las tuberculosis cutáneas.

- I. Infección exógena
 - Tuberculosis por inoculación primaria (chancro tuberculoso)
 - Tuberculosis verrucosa cutis
- II. Infección Endógena
 - Lupus vulgar
 - Escrofuloderma o Escrofulodermia TBC subcutánea
 - Goma tuberculoso (absceso tuberculoso metastásico)
 - Tuberculosis miliar aguda
 - Tuberculosis orificial (periorificial)
- III. Tuberculosis por vacunación de BCG
- IV. Tuberculides
 - a. Tuberculides verdaderas
 - Liquen escrofuloso
 - Tuberculide nodular necrótico
 - b. Tuberculides facultativas
 - Eritema nodoso
 - Vasculitis nodular
 - c. No tuberculides

Se realizó estadística descriptiva basada en la obtención de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión. Con relación a los aspectos éticos, se garantizó la confidencialidad de la información obtenida la cual fue usada sólo para fines del estudio.

RESULTADOS

Se atendió un total de 12 pacientes con diagnóstico de tuberculosis cutánea, en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión de los cuales el 66.7% fueron mujeres y 33.3 % hombres.

TABLA 1:
Tipos clínicos de tuberculosis cutánea según sexo.

TIPOS CLINICOS	HOMBRE	MUJER	TOTAL	%
Escrofulodermia	2	3	5	41
Eritema indurado		3	3	25
Lupus vulgar	1	1	2	16.6
Periorifical	1		1	8.3
Verrucosa cutis		1	1	8.3
Total	4	8	12	100

TABLA 2:
Distribución de casos de tuberculosis cutánea por grupos de edad.

EDAD	HOMBRE	MUJER	TOTAL	%
1-10		1	1	8.3
11-20		1	1	8.3
21-30	1	3	4	33.3
31-40				
41-50	3	1	4	33.3
51-60		1	1	8.3
>60		1	1	8.3
TOTAL	4	8	12	100

Las formas clínicas halladas fueron: escrofulodermia en 5 (41.6%), eritema indurado de Bazin en 3 (25%), lupus vulgar en 2 (16.6%), tuberculosis periorifical en 1(8.3%) y tuberculosis verrugosa en 1 (8.3%)(TABLA 1). Además al distribuir según edad y sexo se puede apreciar que el mayor porcentaje 83.3 % se encuentra en las edades de 20 a 60 años. (TABLA 2)

En cuanto a la localización de las lesiones cutáneas, la mayor frecuencia se presentó en miembro inferior 4 (33.3%), cuello 3 (25%) y tórax 3 (25%) siendo la escrofulodermia y el eritema indurado de Bazin las formas clínicas más frecuentes en estas zonas.(TABLA 3)

TABLA 3: Tipos clínicos de tuberculosis cutánea según localización

TIPOS	CARA	CUELLO	MMII	PERIORIFICAL	TORAX	TOTAL%
Escrofulodermia		3			2	5(41.6%)
Eritema indurado			3			3(25%)
Lupus vulgar	1				1	2(16.6%)
Periorifical				1		1(8.3%)
Verrucosa			1			1(8.3%)
TOTAL	1	3	4	1	3	12 (100%)

MMII: Miembros inferiores

En cuanto al tiempo de enfermedad, éste varió desde 1 mes a 2 años siendo el promedio de 9 meses. El 83.3% correspondió al nivel socioeconómico pobre, el antecedente de tuberculosis familiar se halló en 5 (41.6%) presentándose en 3 casos de escrofulodermia, 1 caso de lupus vulgar y 1 caso de eritema indurado de Bazin. La asociación con otras formas de tuberculosis en el paciente se dio en 4 casos (30%) encontrándose 1 caso de tuberculosis periorificial asociado a tuberculosis intestinal, 1 caso de eritema indurado de Bazin asociado a tuberculosis pulmonar activa, 1 caso de escrofulodermia asociado a tuberculosis pulmonar y un caso de escrofulodermia asociado a tuberculosis miliar. En cuanto a la comorbilidad, 2 pacientes tenían asociación con otras entidades como SIDA y diabetes mellitus. En un caso se presentó tuberculosis cutánea durante el embarazo.

El PPD fue sólo en 5 (41.6%) de los pacientes, siendo positivo en 3(25%) de los casos correspondiendo a 2 casos de eritema indurado de Bazin y un caso de lupus vulgar.

En cuanto a la histopatología, se encontró la presencia del granuloma tuberculoide en el 100% de los casos, no se halló en ningún caso necrosis caseosa, su localización más frecuente fue en la dermis, encontrándose la presencia de células epitelioides y linfocitos en el 91.6%, células gigantes 83.3%, células plasmáticas 58.3% y neutrófilos en el 33.3%. La coloración Ziehl Neelsen demostró la presencia de BAAR en 8 (66.6%), hallándose positivo en 1 caso de lupus vulgar, 4 casos de escrofulodermia, 1 caso de eritema indurado de Bazin, 1 caso en tuberculosis periorificial y finalmente 1 caso de tuberculosis verrucosa cutis. Lamentablemente en la mayoría de los casos no se realizó el cultivo del tejido.

DISCUSIÓN

Las formas clínicas de la tuberculosis cutánea varían según las regiones geográficas, en el caso de Perú la escrofulodermia es la presentación clínica más frecuentemente reportada, en nuestro

caso se corrobora este dato, teniendo como segunda forma más frecuente el eritema indurado de Bazin. En el estudio realizado por Tincopa y colaboradores en un hospital general de Trujillo de un total de 36 casos el tipo más frecuente fue el eritema indurado de Bazin, además no tuvimos casos de eritema nodoso de causa tuberculosa como si lo reporta este autor.⁵ Peching en un estudio realizado en el hospital Dos de Mayo de un total de 53 casos encuentra que la forma clínica más frecuente fue el eritema indurado de Bazin seguido de la escrofulodermia.⁶

En cuanto la edad y sexo para países con alta incidencia de tuberculosis no existe grupos sin afección tuberculosa pero ésta afecta frecuentemente a la población joven y adulta así como preferentemente a los varones, en el presente estudio hallamos que el 83.3 % de los casos se encuentra entre los 20 a 60 años de edad, no existiendo grupo etario libre de casos. En cuanto al sexo encontramos mayor predominancia en el sexo femenino como también lo reporta Tincopa, a pesar de tener un alto porcentaje de casos de escrofulodermia 41.6% que es más frecuente en el sexo masculino; el segundo tipo más frecuente de tuberculosis cutánea correspondió al eritema indurado de Bazin cuya mayor frecuencia se da en mujeres adultas hecho que se corrobora en el presente estudio^{5,7,8}.

La localización de las lesiones dependerá principalmente de los tipos clínicos así en nuestro estudio el mayor porcentaje se presentó en miembros inferiores por el eritema indurado de Bazin y de un caso de tuberculosis verrucosa cutis en planta de pies, el segundo lugar con mayor frecuencia correspondió a cuello y tórax por el mayor porcentaje de presentación como en otros estudios de las escrofulodermias.^{5,7,8,9}

La prueba de tuberculina, en nuestro estudio, se realizó limitadamente pero los hallazgos corroboran que en el lupus vulgar presenta una fuerte respuesta así como el Eritema indurado de Bazin, por el alto grado de inmunidad, lamentablemente no se pudo observar en el resto de casos.

Los cambios histológicos como mencionamos anteriormente dependerán de la interacción del huésped y el agente; así, encontramos en el total de casos granulomas tuberculoides con la presencia de las células características, Tincopa y colaboradores encontraron en la mayoría de casos granulomas tuberculoides. Observamos también cambios epidérmicos a pesar de que la mayor afección se encontraba en la dermis y el tejido celular subcutáneo; y sobre todo cabe resaltar que con el uso de la coloración Ziehl Neelsen y la observación minuciosa se encontró BAAR en 8(66.6%) casos, en tipos histológicos donde el hallazgo es frecuente como en la escrofulodermia y la tuberculosis periorificial, así como en tipos histológicos como el eritema indurado de Bazin donde es poco probable el hallazgo de los bacilos, esto es importante de destacar debido a que el diagnóstico de la tuberculosis cutánea no es fácil pero el hallar los BAAR en la muestras aunado a otras características clínicas, epidemiológicas y/o histopatológicas apoyan el diagnóstico de tuberculosis cutánea.^{10,11,12,13}

En conclusión, la tuberculosis cutánea en el Hospital Daniel A. Carrión se presenta con mayor frecuencia en mujeres adultas predominando la presentación clínica de escrofulodermia y eritema indurado de Bazin, además los hallazgos histopatológicos correspondieron en el total de casos con un granuloma tuberculoide.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bonilla Asalde C. Situación de la Tuberculosis en el Perú. Acta Medica Peruana 2008 julio 3; 25:163-70.
2. De Benedetti Z, Carranza L, Gotuzzo E. Tuberculosis ocular. Rev Chil Infect 2007; 24 (4): 284-95.
3. Tincopa O. Tuberculosis cutánea estudio clínico, histopatológico y de frecuencia. Dermatol Peru 1999; 9:10-8.
4. Ruiz J, Blanquer R. Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. Arch Bronconeumol. 2008;44(10):551-66.
5. Tincopa O; Sánchez L. Tuberculosis Cutánea. Dermatol Peru 2003; 13: 195-217.
6. Peching G. Diagnóstico clínico de tuberculosis cutánea: correlación con la histopatología y el estudio microbiológico. Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero 2002 – Diciembre 2006 Trabajo de Investigación: Especialidad Dermatología. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos;2009.
7. Sehgal V. Cutaneous tuberculosis. Dermatol Clin 1994;12:645-53
8. Velasco M, Vilata J. Tuberculosis cutánea. Piel 1999; 14: 397- 410
9. Bravo F, Gotuzzo E. Cutaneous tuberculosis. Clinics in Dermatology 2007; 25: 173–80.
10. Bhutto A , Solangi A, Khaskheli N . Clinical epidemiological observations of cutaneous tuberculosis in Larkana, Pakistan. Int J Dermatol 2002; 41:159-65.
11. Pizzariello G, Fernández P. Espectro Clínico de Tuberculosis Cutánea, Rev Argent Dermatol 2008; 89: 177-87.
12. Panzerelli A, Acosta M. Tuberculosis Cutánea. Análisis Clínico epidemiológico, bacteriológico e histopatológico. 1989-1993. Dermatología Venezolana 1995;33.
13. Yen A, Fearneyhough P, Rady P. Eritema induratum of Bazin as a tuberculid: Confirmation of Mycobacterium tuberculosis DNA polymerase chain reaction analysis. J Am Acad Dermatol 1997;36:99-101.

Correspondencia para el autor:

Dra. Soledad De la Cruz Peceros
Correo electrónico: soledcp@hotmail.com