

Escrófula facial en paciente pediátrico

Facial scrofula in pediatric patient

Maricela Vásquez-Bautista,¹ Jenny Valverde-López,^{2,3} Percy Rojas-Plasencia,^{2,3} Dora Vicuña-Ríos,^{2,3} Lucy Bartolo-Cuba,² Daysi Timaná-Palacios¹

RESUMEN

El escrofuloderma es una tuberculosis subcutánea que origina abscesos fríos y destrucción secundaria de la piel suprayacente, resultado de la extensión a la piel de un foco contiguo, por lo general linfático u óseo. Con frecuencia va a la fistulización y es de evolución crónica, a menudo de años, aunque puede ocurrir curación espontánea. El escrofuloderma es la forma clínica más frecuente de la tuberculosis cutánea. Se presenta el caso de una niña de cinco años de edad con nódulos en la región parotídea izquierda de cuatro meses de evolución, acompañado de sensación de alza térmica, con PPD de 27 mm, radiografía de tórax normal y confirmación bacteriológica de *Mycobacterium tuberculosis* por cultivo en medio de Lowenstein-Jensen. Se indicó tratamiento con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol por seis meses (esquema 1-Programa de Control de Tuberculosis) con remisión de lesiones. Este caso de una paciente con escrofuloderma facial, cuya forma de presentación implica varias posibilidades diagnósticas, constituye un reto importante para el especialista.

PALABRAS CLAVE. Escrofuloderma, tuberculosis.

ABSTRACT

The scrofuloderma (SD) is a subcutaneous tuberculosis originating cold abscesses and secondary destruction of skin overlying, result of the extension to the skin of a contiguous focus; usually lymphatic or bone, with frequent fistulization and chronic evolution, often years, spontaneous healing, it is the most common clinical form of cutaneous tuberculosis. We present the case of a girl of 5 years of age with nodules in 4 months left parotid region, accompanied by feeling of thermal soaring with PPD 27 mm, x-ray chest normal and bacteriological confirmation of *Mycobacterium tuberculosis* by crop Lowenstein-Jensen. Treatment with isoniazid, rifampicin, pyrazinamide and ethambutol for 6 months (diagram 1-program of Tuberculosis Control) was indicated with remission of lesions. This case of a patient with facial SD, whose way of presentation implies several potential diagnostic being a major for the specialist challenge.

KEY WORDS. Scrofuloderma, tuberculosis.

INTRODUCCIÓN

El escrofuloderma es una forma clínica de tuberculosis (TB) subcutánea, que origina abscesos fríos y destrucción secundaria de la piel suprayacente, resultado de la extensión a la piel de un foco contiguo, por lo general, linfático u óseo, con frecuente fistulización. Es de evolución crónica, a menudo años, aunque puede ocurrir curación espontánea.^{1,2}

El escrofuloderma es la forma clínica más frecuente de la TB cutánea y ocurre principalmente en áreas de población más desprotegida.³ Su topografía habitual son los ganglios linfáticos y puede afectar cualquier grupo etario, con prevalencia más elevada en niños, adultos jóvenes y ancianos.^{4,5}

Se presenta el caso de un paciente pediátrico con diagnóstico de escrofuloderma en cara.

1. Médico residente de Dermatología, Universidad Nacional de Trujillo (UNT). Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT). Trujillo, Perú.
2. Médico asistente de Dermatología, HRDT. Trujillo, Perú.
3. Docente de la Facultad de Medicina de la UNT. Perú.



Figura 1. Nódulos fluctuantes y no dolorosos en regiones parotídea y temporal izquierda.

CASO CLÍNICO

Niña de cinco años de edad, procedente de Trujillo, La Libertad, presenta la aparición de una lesión en la región parotídea izquierda de cuatro meses de evolución, acompañado de sensación de alza térmica.

Es evaluada en otorrinolaringología, le diagnostican absceso en la parótida izquierda y le realizan drenaje quirúrgico. Además, recibió trimetoprima-sulfametoxazol, sin mejoría, por lo cual acude a consultorio de dermatología.

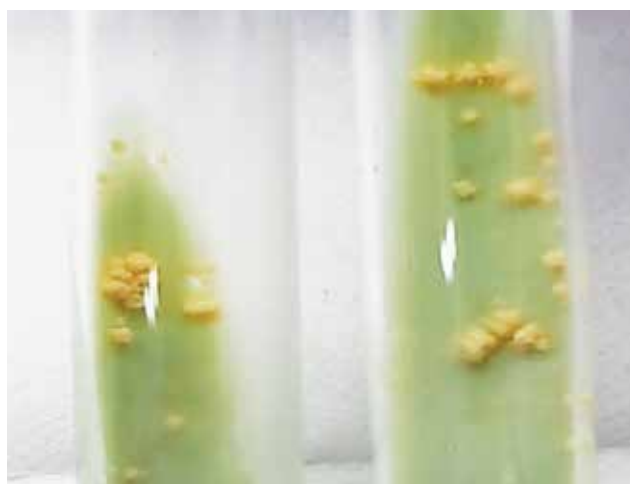


Figura 2. Cultivo de secreción en medio de Lowenstein-Jensen, crecimiento de *Mycobacterium tuberculosis*.

Examen físico

Nódulos fluctuantes en la región parotídea y temporal izquierda, no dolorosos. Ganglios en región cervical anterior izquierda palpables, móviles, dolorosos, de aproximadamente 1 x 1 cm de diámetro (Figura 1). Somatometría: peso y talla adecuados para su edad. Combe: negativo.

Exámenes auxiliares

Glucosa, 91 mg/dL; creatinina, 0,8 mg/dL; cultivos para bacterias y hongos negativos; PPD, 27 mm; BK esputo (dos muestras), negativo. Radiografía de tórax: normal. Cultivo de secreción en medio de Lowenstein-Jensen: se aísla *Mycobacterium tuberculosis* (Figura 2).

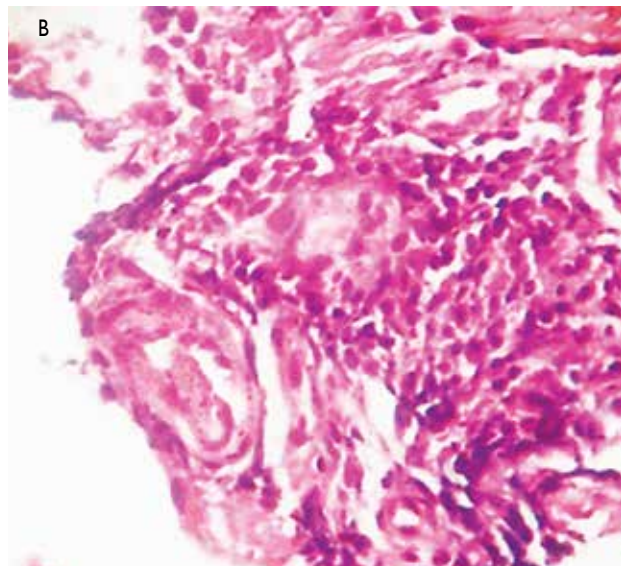
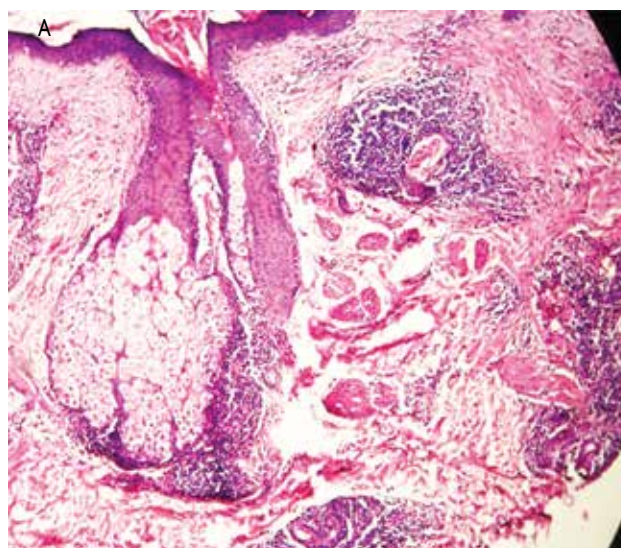


Figura 3. A) Denso infiltrado en dermis reticular media. B) Células gigantes multinucleadas.

Biopsia de piel: denso infiltrado en dermis reticular media compuesto por histiocitos, que forman células gigantes multinucleadas a cuerpo extraño, y escasos linfocitos y neutrófilos. Dermatitis granulomatosa. (Figura 3).

Se indicó tratamiento con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol por seis meses (esquema 1, Programa de Control de Tuberculosis), con remisión de las lesiones.

COMENTARIO

El escrofuloderma es el resultado de la afección por contigüidad de la piel que recubre otro proceso tuberculoso, la mayoría de las veces linfadenitis tuberculosa, TB ósea y de la articulaciones o epididimitis tuberculosa.^{1,3} En ocasiones, el *M. tuberculosis* puede llegar por vía sistémica o linfática a la piel. Los agentes causales son el *M. tuberculosis variedad hominis* y *M. bovis*, algunas veces por vacunación BCG (bacilo Calmette-Guerin).^{2,4}

Después de una diseminación hematológica, linfática o broncogénica, desde el sitio de infección primario, la micobacteria suele localizarse con más frecuencia en las regiones parotídea, submandibular y supraclavicular, en las axilas y en la cara lateral del cuello.⁵

La TB cutánea constituye 1% de los casos de TB extrapulmonar,^{3,4} y su forma más común en muchos países en desarrollo,^{6,7} y en algunas series europeas, es el escrofuloderma.⁸ En Perú, Rodríguez y col.,⁹ en Lima, reportan que el escrofuloderma es el tipo más frecuente de TB cutánea y Tincopa y col.,¹⁰ en Trujillo, reportan mayor incidencia de eritema indurado, seguido del escrofuloderma.

El escrofuloderma afecta a cualquier grupo etario.⁹ Es más frecuente en varones, con mayor afectación de la región cervical y de tipo unilateral,^{9,10} a diferencia del presente caso, que es de sexo femenino y con afectación de la cara.

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico y la confirmación bacteriológica; la prueba de PPD es altamente positiva. Una de las técnicas más recientes y rápidas de llegar al diagnóstico es el uso de la PCR, para detectar fragmentos de ADN específico del *M. tuberculosis*. La PCR tiene sensibilidad y especificidad altas, puede hacerse en pocos días a diferencia del cultivo e identificación o inoculación que requiere semanas. La mayoría de autores informan una baja frecuencia de cultivos positivos, por lo que la respuesta al tratamiento antituberculoso con la consecuente remisión clínica puede ser un parámetro diagnóstico adicional.^{11,12}

La histología del escrofuloderma muestra granulomas tuberculosos con necrosis caseosa.¹³ Los bacilos ácido alcoholresistentes se pueden ver fácilmente en material de biopsia o en examen directo de secreciones.^{4,14}

El caso presentado cumple con el criterio absoluto de cultivo positivo para *M. tuberculosis* y con los criterios relativos de historia clínica y exploración compatibles, PPD positivo, histología compatible y respuesta al tratamiento específico.²

Entre los diagnósticos diferenciales están la adenitis viral o bacteriana, actinomicosis, leishmaniasis, linfadenitis granulomatosa por hongos, enfermedad por arañazo de gato, linfoma, entre otros.¹⁴ La TB cutánea, es de buen pronóstico. El Programa de Control de Tuberculosis brinda los mismos regímenes de tratamiento que para la TB pulmonar.¹⁵

CONCLUSIONES

El escrofuloderma es la presentación más frecuente de tuberculosis cutánea en niños, sin embargo, la localización en cara es infrecuente, por lo que aparición de nódulos en esta zona implica varias posibilidades diagnósticas y es un reto importante para el especialista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wolff K, Goldsmith L, Katz S, Gilchrist B, Paller A, Leffell D. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7th Ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2008.
2. Fanlo P, Tiberio G. Tuberculosis extrapulmonar. An Sist Sanit Navar. 2007;30:143-162.
3. Tincopa O, Sánchez-Saldaña L. Tuberculosis cutánea. Dermatol Perú. 2003;13:195-214.
4. Leal C, Lemus L, Chan L. Tuberculosis extrapulmonar. Reporte de Casos. Rev Col Salud Libre. 2011;10:80-89.
5. Cruz I, Salcedo M. Tuberculosis ganglionar. Archiv Pediatr Uruguay. 2011;82:18-22.
6. Novales X. La tuberculosis ganglionar en los niños. Rev Mex Pediatr. 2001;68:21-23.
7. Bravo F, Gotuzo E. Cutaneous tuberculosis. Clin Dermatol. 2007;25:173-180.
8. Jawahar M. Scrofula revisited: an update on the diagnosis and management of tuberculosis of superficial lymph nodes. Indian J Pediatr. 2000;67:28-33.
9. Rodríguez C, et al. Tuberculosis cutánea en HMC 1987-1996. VI Congreso Peruano de Dermatología. Nov 1996. Lima, Perú. Dermatol Peru. 1996;TC 43-49.
10. Tincopa O, Valverde J, Plasencia W, Llerena K. Tuberculosis cutánea: rasgos clínicos, histopatológicos y epidemiológicos en un hospital general. Dermatol Peru. 2006;16:220-232.
11. Cabanillas-Becerra, Sánchez L. Tuberculosis colicuativa. Dermatol Peru. 2010;20:188-193.
12. Tincopa O, Jave-Morales B. Estudio clínico, histopatológico y de frecuencia. Dermatol Perú. 1999;9:10-18.
13. Sarwar A, et al. Spectrum of morphological changes in tuberculous lymphadenitis. Int J Pathol. 2004;2:85-9.
14. Carbajal J, et al. Linfadenitis cervical primaria fistulizada de etiología tuberculosa (escrófula): importancia clínica y diagnóstico diferencial. Mapfre Medicina. 2006;17:286-291.
15. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las personas afectadas por tuberculosis. NTS N.º 104-Minsa/DGSP V.01. Disponible en: <http://190.223.45.115/newtb/Archivos/NormaTecnica.pdf>

Correspondencia: Maricela Vásquez-Bautista
marivasquez1@hotmail.com

Fecha de recepción: 6 de junio de 2014

Fecha de aceptación: 18 de junio de 2014

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.