

Tuberculide nodular de la cara: presentación de un caso

Nodular tuberculide of the face: presentation of a case

Lucía Bobbio¹, Edgard Vivanco²

RESUMEN

Las Tuberculides nodulares de la cara, variedad de las tuberculosis cutáneas diseminadas, es una patología rara, que se caracteriza por la presencia de lesiones nodulares y papulares a predominio facial, y que con el uso cada vez más frecuente de nuevas técnicas de diagnóstico, como el PCR, está redefiniéndose actualmente su clasificación. Presentamos el caso de una paciente de 45 años, con lesiones nodulares en la cara, con extensión a miembros superiores.

PALABRAS CLAVES: *Tuberculosis cutánea, Tuberculide nodular, Tuberculide papulosa.*

SUMMARY

The nodular tuberculids of face, a variety of disseminated cutaneous tuberculosis, is a rare condition, which is characterized by the presence of nodular and papular lesions to facial predominance, and with the increasing use of new diagnostic techniques, such as PCR, its classification is currently being redefined. We report the case of a 45-year-old patient with nodular lesions on the face, extending to the upper limbs.

KEY WORDS: *Cutaneous tuberculosis, Nodular tuberculid, Papular tuberculid.*

INTRODUCCIÓN

Las tuberculides nodulares de la cara, descrita, como una variedad de la tuberculosis cutánea diseminada o hematógena¹, se caracteriza por la presencia de nódulos de 2 a 5 mm, de color de la piel, rojo, rojo amarillento o translúcido, que se presentan de manera súbita, localizándose en la cara, pabellones auriculares, tórax, miembros; que evolucionan a la cronicidad, en pacientes asintomáticos y con buen estado general, cuya etiopatogenia actualmente es controversial². Darier en 1896 introdujo este término para designar a un grupo de dermatosis en individuos con historia previa de tuberculosis activa, una histopatología similar a la de la tuberculosis y una intensa reacción a la prueba de la tuberculina³; sin embargo en esta entidad, no siempre existen focos tuberculosos concomitantes, la respuesta al PPD es variable, y algunas veces la respuesta al tratamiento es pobre; por lo que el diagnóstico frecuentemente es por exclusión². Actualmente, nuevas técnicas de diagnóstico como los métodos de biología molecular para la amplificación de ácidos nucleicos, dentro de ellas, la Reacción en Cadena de la Polimerasa

1. Médico Dermatóloga jefe del Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima. Perú.

2. Médico Residente del Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima. Perú.



Figura 1. Pápulas y nódulos eritematosos en cara, múltiples.



Figura 3. Pápulas y nódulos en pabellón auricular.



Figura 2. Lesiones a predominio de mejillas con escasas pústulas.

(PCR), cuyo uso actualmente está en auge, por ser más rápido y preciso; está encontrando material genético del *Micobacterium tuberculosis* en las denominadas Tuberculides⁴; intentándose redefinir esta patología, como un tipo de Tuberculosis Cutánea Paucibacilar^{5,6}.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 45 años de edad, natural y procedente de Lima, con antecedente de importancia de esposo diagnosticado y tratado hace 20 años de TB/MDR; con tiempo de enfermedad de 1 año 8 meses, caracterizado por

la presencia de pápulas y nódulos levemente eritematosos, de entre 2 a 5 mm, a predominio de mejillas, con extensión a pabellones auriculares, dorso de antebrazos, muñecas y manos. Las lesiones se ubican sobre piel sana o eritematosa; con presencia de escasas pústulas. Estas lesiones no causaban dolor; pero, le producían alto grado de ansiedad a la paciente. Ausencia de manifestaciones sistémicas, fiebre u otras alteraciones.

Los exámenes auxiliares evidenciaban una hematología y bioquímica normales, calcio sérico y urinario normales, examen de orina normal, VIH y serológicas no reactivas; VSG: 20 mm/hora, PPD: 7 mm. El cultivo para BK de biopsia cutánea fue negativo. La radiografía de tórax fue informada como normal.

A los 4 meses de enfermedad se tomó una biopsia de una lesión facial, siendo informada histopatológicamente como Rosácea granulomatosa, por lo que recibió tratamiento con tetraciclinas, sin respuesta favorable. Posteriormente se toman biopsias de lesiones de rostro y antebrazo; ambas fueron informadas como Dermatitis crónica granulomatosa tuberculoide, con coloración Ziehl Neelsen negativa y PCR en tiempo real para complejo *Mycobacterium tuberculosis* y Micobacterias atípicas: negativo. Se inicia tratamiento esquema I del programa de control de la tuberculosis (PCT). Luego de 4 meses de tratamiento se evidencia mejoría.

Teniendo en cuenta el antecedente epidemiológico del esposo con TBC, las características clínicas y extensión de las lesiones, el aumento de la velocidad de sedimentación,



Figura 4. Lesiones después de 4 meses de tratamiento.



Figura 5. Nódulos pequeños en antebrazo, muñeca y mano.

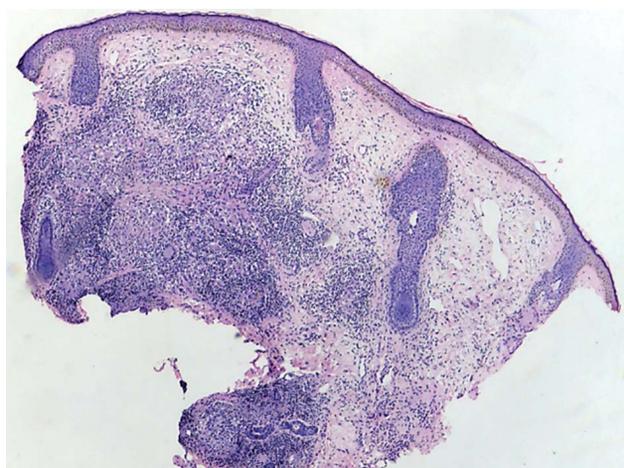


Figura 6. Dermatitis granulomatosa tipo tuberculoide.

la histopatología y, la respuesta terapéutica favorable, se concluyó que se trataba de Tuberculides nodulares de la cara. Se coordina con el servicio de Neumología para la prolongación del tratamiento.

DISCUSIÓN

La Tuberculosis representa un problema de salud para muchos países. El 2013 se presentaron 9.6 millones infectados a nivel mundial⁷, el 2014 Perú reportó 27,350

casos nuevos de TBC (Lima concentró el 60%), de ellos el 18% correspondieron a casos extra pulmonares⁸, y de estos el 1% a casos de Tuberculosis cutáneas⁹.

Debido a su polimorfismo se han propuesto variadas clasificaciones con la intención de incluir todas las formas de Tuberculosis cutáneas. Darier en 1896 describe a las Tuberculides como una reacción inmunológica a distancia al BK o a sus toxinas sin presencia del bacilo de Koch, en pacientes con historia previa o evolutiva de tuberculosis extracutánea. Las tuberculides actualmente aceptadas incluyen el Eritema indurado de Bazin, la Tuberculide papulonecrótica y el Liquen escrofulosorum, en un paciente con aparente buen estado general. La escuela francesa y mexicana incluye dentro de este grupo a las tuberculides nodulares de la cara¹; en el Perú esta posición fue defendida por el Dr. Dante Mendoza¹⁰, y apoyada actualmente por distinguidos Dermatólogos.

Para el diagnóstico de tuberculide, clásicamente se exigen ciertos requisitos; sin embargo, no siempre se demuestra la presencia de tuberculosis extracutánea, el PPD es variable, la histopatología puede evidenciar la presencia de granulomas tuberculoideos y sarcoides; y, la respuesta al tratamiento no siempre es favorable. Siendo aún el cultivo, el estándar de oro, actualmente se está generalizando el uso de la biología molecular, como la Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR; convirtiéndose en una buena opción para el diagnóstico y tratamiento; dada la rapidez en los resultados, su alta sensibilidad y especificidad y la capacidad para detectar la resistencia a fármacos antituberculosos⁴. Es así, que recientes estudios, mediante esta técnica están demostrando la presencia de ADN de *Mycobacterium tuberculosis* en las tuberculides, como en el Eritema Indurado de Bazin y en la tuberculide Pápulonecrótica¹¹, y ahora en las Tuberculides Nodulares de la cara^{5,6}; por lo que justifica la denominación de tuberculosis paucibacilares.

Sin embargo, si bien el PCR ha demostrado ser muy útil, comparable al examen microscópico directo o cultivo en algunas patologías como en el Lupus vulgaris, su sensibilidad se ve limitada en muestras paucibacilares, siendo su sensibilidad del 50 al 72%^{12,13}; por lo que un resultado negativo, no descarta un diagnóstico clínico de tuberculide o tuberculosis paucibacilar.

Los diagnósticos diferenciales a considerar incluyen la Rosácea granulomatosa, la sarcoidosis cutánea, el Lupus miliaris disseminatus faciei, que pueden descartarse por la clínica, la extensión y la histopatología. El tratamiento a seguir sería el Esquema I del PCT, aunque se recomienda mantenerlo por más tiempo para evitar recidivas¹.

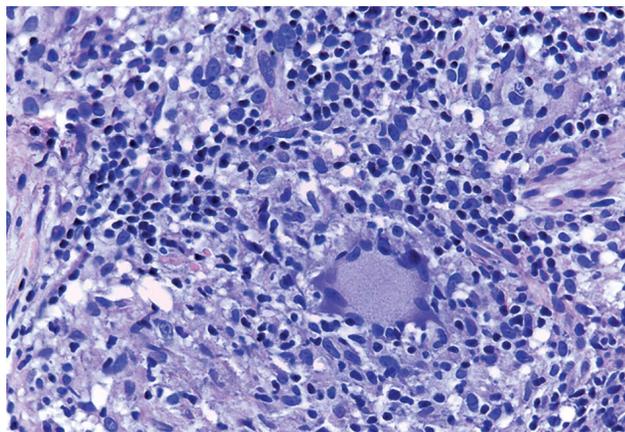


Figura 7. Linfocitos, células epitelioides y células gigantes tipo Langhan.

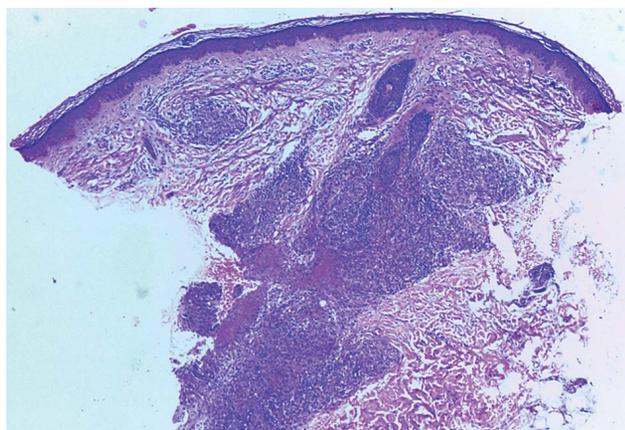


Figura 8. Reacción granulomatosa perifolicular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez O. Tuberculosis cutánea. *Rev Fac Med UNAM* 2003;46(4):157-161
2. Rodríguez O. y cols. Tubercúlides de la cara: Una expresión diferente de la Tuberculosis. *Gac Med Méx*, 2003; 139(1):36-37.
3. Suárez C, Pérez C; Cosme C; Corrales B; Bancoa MI. Presentación de casos: Eritema indurado de Bazin asociado a infección por *Mycobacterium tuberculosis*. *Arch Argent Pediatr* 2012; 110(3):e43-e46.
4. Ortiz D. Aristizabal B.. Métodos diagnósticos moleculares en tuberculosis. *MEDICINA U.P.B.* 2013;32(2) 144-150.
5. Güere P; Paredes A; Pacheco M; Carbajal T; Bravo F. Tuberculide papular o Tuberculosis cutánea paucibacilar. *Folia Dermatol. Perú* 2011; 22 (2); 81-84.
6. Kumakawua Z; Santos R; Avarez P; Angulo N; Meza B; León A.. Nuevo espectro de tuberculide papulosa: aspectos clínicos e histopatológicos a propósito de un caso. *Folia dermatol. Peru* 2010; 21 (1); 25-29.
7. OMS Informe mundial sobre la tuberculosis 2014. www.who.int/tb/publications/global_report/tb14_execsummary_summary_es.pdf
8. Análisis de la Situación Epidemiológica de la Tuberculosis en el Perú, 2015. Ministerio de Salud- Dirección General de Epidemiología. Lima Perú Feb 2016
9. Tincopa-Wong O; Sánchez-Saldaña L . Tuberculosis Cutánea. *dermatología peruana* 2003; 13(3):195-214.
10. Bravo F. Editorial Tuberculides en el siglo XXI. *Folia dermatol. Peru* 2009; 20 (2);61
11. Bravo F, Gotuzzo E. Cutaneous Tuberculosis. *Clinics in Dermatology* (2007) 25, 173-180
12. Almaguer-Chávez J; Ocampo-Candiani J; Rendón A.. Panorama actual en el diagnóstico de la tuberculosis cutánea. *Actas Dermosifiliogr.* 2009; 100:562-70
13. Montenegro S. Delgado C.; Pineda S.; Reyes C.; De la Barra T.; Cabezas C et a. Diagnóstico diferencial de tuberculosis en base a PCR en lesiones granulomatosas clasificadas histopatológicamente. *Rev Esp Patol.* 2015;48(3):145---153.

CORRESPONDENCIA

Dra. Lucia Bobbio Fujishima

Email:

Recibido: 11 - 09 - 16

Aceptado: 18 - 01 - 17