

# Tuberculosis colicuativa

## *Colliquative cutaneous tuberculosis*

Jacqueline J. Cabanillas-Becerra<sup>1</sup>. Dr. Leonardo Sánchez-Saldaña<sup>2,3</sup>

### RESUMEN

La Tuberculosis cutánea es una enfermedad infecciosa crónica causada por *Mycobacterium tuberculosis*. Se presenta en una variedad de formas clínicas que dependen de la vía de llegada del bacilo a la piel y del estado inmunológico del huésped; la mayoría procede de fuente endógena. La Tuberculosis es una enfermedad de alta prevalencia en países en vías de desarrollo como el nuestro, siendo las formas cutáneas cerca del 1 % -2 % del total de las tuberculosis. En los últimos tiempos se ha visto un resurgimiento de la tuberculosis cutánea que se corresponde con el aumento en la incidencia de la tuberculosis en todo el mundo. Se reporta el caso de un paciente varón de 22 años con una tumoración fluctuante en la axila derecha que correspondió a una tuberculosis colicuativa o escrofuloderma y evolucionó favorablemente al tratamiento antituberculoso; una primera fase con rifampicina 600 mg/día, isoniacida 300 mg/día, pirazinamida 1.5 g/día y etambutol 1.2g/día, diario excepto domingos y feriados por 2 meses; seguidos de una segunda fase con isoniacida 800mg/d y rifampicina 600mg/d, dos veces por semana por 4 meses, observándose una resolución completa del proceso. Presentamos este caso por ser una entidad de difícil diagnóstico, por su variada presentación clínica y la dificultad de su confirmación diagnóstica.

PALABRAS CLAVES: Tuberculosis cutánea, tuberculosis colicuativa, escrofuloderma.

Dermatol Perú 2010; 20(3): 188-193

### ABSTRACT

The colliquative cutaneous tuberculosis is a chronic infectious disease caused by *Mycobacterium tuberculosis*. It appears in a broad clinical spectrum that depends on the route of arrival of the bacillus to the skin

and on the immunological condition of the guest; the majority come from endogenous. Tuberculosis is a disease of high prevalence in developing countries as ours, being the cutaneous forms near 1 – 2% of the total. Nowadays it has seen a revival of the cutaneous tuberculosis corresponding to the increase in the incident of tuberculosis in the world. This is the case of a 22 year-old male patient with a fluctuating tumor in the right axilla that corresponded to a colliculative cutaneous tuberculosis or scrofuloderma and favorably outcome with the anti-tuberculosis treatment. The initial phase with

<sup>1</sup> Residente de Dermatología. Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú

<sup>2</sup> Post Grado de Dermatología de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú.

<sup>3</sup> Médico dermatológico, Clínica Gonzales. Lima-Perú.

Recibido: 06-04-2010

Aceptado: 26-04-2010

rifampin 600 mg/day and etambutol 1,2 g/day, except on Sundays and holidays during 2 months, followed by the second phase with isoniazid 800 mg/d and rifampicin 600 mg(day twice a week for 4 months. A full clinical recovery was observed.

This case is brought due to its difficult diagnose, its clinical spectrum and the difficulty of the diagnose confirmation.

**KEY WORDS:** collicuative cutaneous tuberculosis, scrofuloderma

## INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TBC) *collicuativa*, llamada también *escrofuloderma* (ECF) o *goma escrofuloso*, es un tipo de TBC subcutánea resultado de la extensión a la piel de un foco contiguo, por lo general linfático, frecuentemente grupos cervicales, óseo y articulaciones, que origina abscesos fríos, con frecuente fistulización, de evolución crónica, pudiendo ocurrir curación espontánea<sup>(1-5)</sup>.

Pueden presentarse infecciones por micobacterias no tuberculosas de forma idéntica a la tuberculosis cutánea clínica e histológicamente, y sólo puede establecerse la diferencia por medio de la identificación del microorganismo en un medio de cultivo<sup>(1,5)</sup>.

La TBC cutánea, aunque corresponde sólo a una pequeña proporción de todos los casos de tuberculosis, (<1 % -2 %) <sup>(6)</sup>, puede producir problemas en el diagnóstico, debido a que el aspecto clínico de las lesiones no siempre es característico y no siempre se consigue un resultado positivo en el cultivo.

ECF es la forma más común de TBC cutánea en muchos países en desarrollo <sup>(7-9)</sup> y en algunas series europeas <sup>(10)</sup>. En 1999, la Organización Mundial de la Salud estimó que había 8,417 millones de nuevos casos de TBC a nivel mundial, lo que representa un retroceso en la disminución constante de la incidencia que se había visto durante la segunda mitad del siglo 20 <sup>(11)</sup>. La literatura nos describe informes de países como India, Pakistán, sudeste de Asia y Africa, que

reportan una frecuencia creciente de TBC cutánea, siendo mayor en los trópicos y en los climas húmedos con pocas horas de luz <sup>(12)</sup>. Teniendo en cuenta la alta prevalencia de TBC en muchos países en desarrollo como el nuestro, donde 58 mil nuevos casos fueron reportados en el año 1999 <sup>(6)</sup> y suponiendo que el 1% de todos los casos son de tipo cutáneo, se podría esperar ver una incidencia anual de unos 580 casos de TBC cutánea <sup>(11)</sup>.

La TBC en los últimos tiempos su incidencia se ha incrementado en todo el mundo, y en consecuencia, resurgimiento de la TBC cutánea. Se ha atribuido este aumento a <sup>(13)</sup>: Epidemia de VIH, aparición de cepas resistentes de *M. tuberculosis*, incremento de tratamientos inmunosupresores, migraciones, disminución de esfuerzos para controlar la TBC, condiciones preexistentes de pobreza y malnutrición.

Se han planteado diferentes sistemas de clasificación de la TBC cutánea; así *Kumar* y *Muradilhar* la clasifican en enfermedad localizada, diseminada y tuberculides <sup>(14)</sup>; *Puente*, a su vez las dividía en tuberculosis típica y atípica <sup>(15)</sup>. La clasificación más aceptada se basa en el mecanismo de propagación <sup>(16)</sup>. Un concepto útil adicional que se ha introducido es el de la carga bacteriana<sup>(11)</sup>, en las formas multibacilares y paucibacilares (Tabla 1).

El diagnóstico de TBC cutánea, estará basado principalmente en la historia y evolución de la enfermedad, características clínicas e histopatológicas, prueba de tuberculina y, respuesta favorable a la terapéutica antituberculosa. Histológicamente, la necrosis caseosa en un granuloma epiteloide es diagnóstico de tuberculosis pero su ausencia no elimina la posibilidad.

Como la mayoría de los casos de TBC de la piel están relacionados con tuberculosis de otros órganos y la carga bacilar en la piel suele ser menor que en otras partes, los regímenes de tratamiento, usados para tratar TBC pulmonar, debería ser suficiente <sup>(11)</sup>.

**TABLA 1.**  
**Clasificación de la tuberculosis cutánea según carga bacteriana**

Formas Multibacilares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por inoculación directa</li> <li>• Por continuidad</li> </ul>	Inoculación primaria TBC Escrofuloderma Tuberculosis Periorificialis
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por vía hematógica</li> </ul>	Tuberculosis Miliar Aguda Goma
Formas Paucibacilares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por inoculación directa</li> </ul>	Tuberculosis verrucosa cutis (reexposición) Lupus vulgar (ocasionalmente)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por vía hematógica</li> </ul>	Lupus vulgar

### CASO CLÍNICO

Paciente varón de 22 años de edad, natural de Lima, procedente de San Juan, de ocupación programador, acude al Servicio de Dermatología con tiempo de enfermedad de tres meses de evolución, caracterizado por presentar una tumoración fluctuante en la axila derecha y dos úlceras granulomatosas lineales en el borde anterior de la misma axila, con secreción purulenta maloliente. El paciente refiere que este proceso inició con una pequeña tumoración infiltrada en el borde anterior de la axila derecha, que en algunas semanas, sin mayores molestias para el paciente, se reblandece y se abre al exterior dejando salir pus de color amarillo claro y espesa. Otra lesión semejante aparece unos centímetros delante que también se reblandece y se abre al exterior dejando salir secreción purulenta espesa, a la vez en la axila va apareciendo progresivamente una tumoración infiltrada de gran tamaño. El paciente refiere que hace aproximadamente un año tuvo una lesión ulcerada en la región cervical derecha que curó sola después de algunos meses.

Antecedentes personales y familiares sin importancia.

Al examen clínico: paciente en aparente buen estado general, pícnico, sin síntomas generales. Se aprecia en la axila derecha una masa tumoral empastada, adherida a los planos de 10 cm de diámetro, sin signos inflamatorios, hacia la parte anterior dos

úlceras lineales, de 5 x 2 y 5 x 3 cm de bordes elevados, infiltrados y retráctiles, hiperpigmentados, en el fondo la úlcera tiene aspecto granulomatoso, fistulizado que al exprimir se aprecia la salida de material purulento mal oliente (Figura 1). A nivel supraclavicular derecha se aprecia elevación eritematosa no dolorosa, infiltrada de 5 cm de diámetro, que esta aumentado de tamaño, sin signos inflamatorios. Cicatriz atrófica irregular de 3 x 2 cm. en la parte inferior derecha del cuello (Figura 2). Resto del examen clínico general sin alteraciones.

Exámenes auxiliares: leucocitos 9,000/mm<sup>3</sup>, hematíes 5 420,000/mm<sup>3</sup>, segmentados 75%, monocitos 6%, linfocitos 19%, Hb: 15 g/dl, Hto: 47%. VCM: 87um<sup>3</sup>, HCM: 28ug, CHCM: 32%, Plaquetas 423,000/mm<sup>3</sup>, microplaquetas 1+, eritrosedimentación 34 mm/h. ELISA HIV no reactivo, Cultivo para gérmenes y hongos, examen directo Gram y BK seriado en esputo negativos. La radiografía del tórax en la incidencia pósterio-anterior muestra refuerzo de la trama broncopulmonar bilateral a predominio derecho en relación a proceso inflamatorio bronquial y en el campo pulmonar izquierdo presenta una pequeña calcificación de aspecto residual. Senos costodiafragmáticos y cardiofrénicos libres, conclusión: Proceso inflamatorio bronquial.

Las biopsias obtenidas, uno del borde de la lesión y la otra del fondo de la ulcera (Fig 3-4) revela la formación de tubérculos típicos con células epitelioides, células gigantes tipo

Langhans y una zona de necrosis caseosa, compatibles con TBC cutánea.

El paciente recibió el esquema I del Programa Nacional de Control de TBC. Una primera fase con rifampicina 600 mg/día, isoniacida 300 mg/día, pirazinamida 1.5 g/día y etambutol 1.2g/d , diario excepto domingos y feriados por dos meses; seguidos de una segunda fase con isoniacida 800mg/d y rifampicina 600mg/d , dos veces por semana por 4 meses, observándose una resolución completa del proceso.

## DISCUSIÓN

El término escrofuloderma (ECF) fue aplicado a muchos estados de la piel, pero está limitado a un estado que muestra nódulos subcutáneos bien definidos que gradualmente crecen, degeneran, se ulceran y terminan en tejido cicatricial. La ECF es el resultado de la afección por contigüidad de la piel que recubre otro proceso tuberculoso, la mayoría de las veces linfadenitis tuberculosa, tuberculosis ósea y de las articulaciones o epididimitis tuberculosa<sup>(12)</sup>. En ocasiones el *M. tuberculosis* puede llegar por vía sistémica o linfática a la piel en especial en adultos y se puede presentar en forma de abscesos fluctuantes, fistulas y drenaje purulento semejante a la hidroadenitis supurativa. Después de semanas a meses, el ganglio linfático se encuentra grande, rojo, supurativo y fistulizado. La curación espontánea puede ocurrir, pero toma a veces años, con formación de cicatrices de aspecto queloide. Los agentes causales son el *M. tuberculosis var. hominis* y *M. bovis*; algunas veces por vacunación BCG (bacilo Calmette-Guérin)<sup>(17)</sup>. La ECF está frecuentemente asociada a otros focos de tuberculosis sistémica, especialmente pulmonar y ocasionalmente abdominal<sup>(18)</sup>, lo que también fue corroborado por Tincopa y Morales. En el Perú, dos estudios reportan que el tipo más común de TBC cutánea es la ECF<sup>(7,8)</sup>, aunque la mayor incidencia de eritema indurado, seguida de ECF y de lupus vulgar ha sido reportado en otro estudio<sup>(20)</sup>. En el 34% de pacientes con ECF de un estudio de la India, hubo simultáneamente

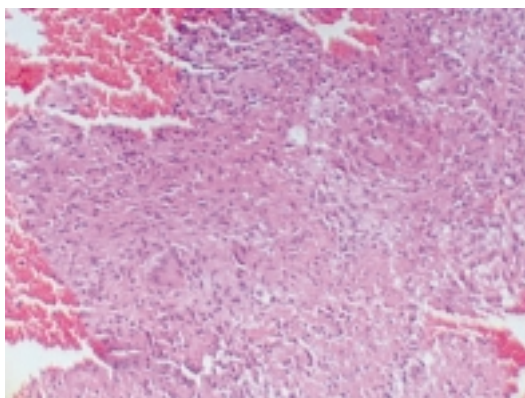
varias zonas afectadas<sup>(21)</sup>. Puede afectar cualquier grupo etario, con prevalencia más elevada en niños, adultos jóvenes y ancianos<sup>(7)</sup>. Su topografía habitual está en áreas donde hay ganglios linfáticos, como las caras laterales del cuello, regiones supraclaviculares, submaxilares, axilares, tórax e inguinales. La linfadenitis tuberculosa del cuello también se conoce como *escrófula*, palabra derivada del latín *scrofa*, debido a la semejanza del conjunto de nódulos con los lechones de alimentación de la cerda<sup>(22)</sup>. Dichos estudios también encontraron que la ECF fue más frecuente en varones, con mayor afectación cervical y de tipo unilateral. Por lo que la nasofaringe



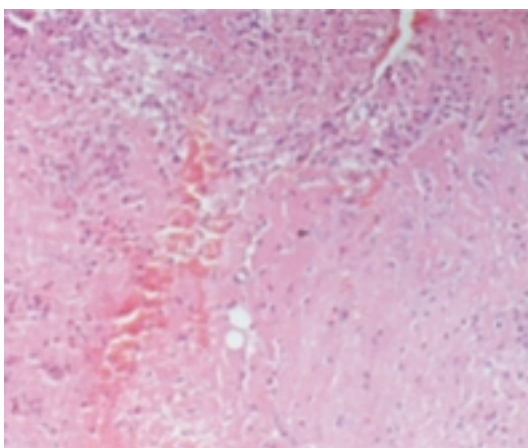
**Figura 1:** Tumoración axilar derecha fluctuante y ulceras granulomatosas.



**Figura 2:** Tumoración supraclavicular derecha en crecimiento y cicatriz antigua



**Figura 3:** Granuloma epiteliode con Células gigantes multinucleadas.



**Figura 4:** Imagen de necrosis caseosa

constituye una puerta de entrada importante para los bacilos tuberculosos.

El diagnóstico de la tuberculosis cutánea requiere de la presencia del bacilo tuberculoso<sup>(23)</sup>, sea en el frotis, en las secciones de tejido o su recuperación in vitro. Desafortunadamente, la mayoría de autores informan una baja frecuencia de cultivos positivos<sup>(7)</sup>, por ende, el diagnóstico se establece por la correlación de criterios absolutos o relativos<sup>(24)</sup>. La respuesta al tratamiento antituberculoso con la consecuente remisión clínica puede ser un parámetro diagnóstico adicional<sup>(18)</sup>.

La histología de ECF muestra granulomas tuberculosos con necrosis caseosa. Los bacilos ácido-alcohol resistentes se pueden

ver fácilmente en material de biopsia o en el examen directo de las secreciones.

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico. Se confirma con el examen bacteriológico. La prueba de PPD es altamente positiva. Una de las técnicas más recientes y rápidas de llegar al diagnóstico es el uso del PCR para detectar fragmentos de ADN específico del *M. tuberculosis*. Tiene una alta sensibilidad y especificidad. Puede hacerse en pocos días, a diferencia del cultivo e identificación o inoculación que requiere semanas<sup>(12)</sup>.

La TBC cutánea, es de buen pronóstico. En la práctica, el Programa Nacional brinda los mismos regímenes de tratamiento que para la TBC pulmonar. El esquema de 6 meses para su tratamiento que consiste en recibir rifampicina 600 mg/día, isoniacida 300 mg/día, pirazinamida 1.5 g/día y etambutol 1.2g/día, diario excepto domingos y feriados por dos meses; seguidos de isoniacida 800mg/día y rifampicina 600mg/día, dos veces por semana por 4 meses. Algunas situaciones requieren esquemas de hasta 9 meses, como en el caso de pacientes con VIH positivo y mujeres embarazadas. En caso de TBC multidrogo resistente (MDR) deberá realizarse cultivo y antibiograma, sustituyéndose los fármacos resistentes por otros de 2ª línea y con una duración mínima de 12 meses. En el caso de la Escrofuloderma así como en la TBC gomosa es necesario adicionalmente la debridación quirúrgica<sup>(12)</sup>.

El paciente presentado tenía una clínica muy típica en cuanto a la forma de presentación, localización anatómica, en quien la histopatología ayudó a soportar el diagnóstico, cuyos hallazgos son similares a los descritos en la literatura. Este caso requirió el esquema supervisado de tratamiento de 6 meses, se produjo una respuesta clínica adecuada evidenciada por la disminución y desaparición del tamaño de la lesión y cultivo negativo para *M. tuberculosis*, asociada a ausencia de signos clínicos de reactivación durante el tiempo de seguimiento; sin embargo, vale la pena mencionar que existen limitaciones para evaluar la respuesta instaurada en nuestro medio, siendo la clínica el único parámetro accesible para muchos de nuestros pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sehgal VN. Cutaneous tuberculosis. *Dermatol Clin* 1994; 12: 645-53.
2. Wallace RJ Jr, Glassroth J, Griffith DE, et al. American Thoracic Society: diagnosis and treatment of disease caused by nontuberculous mycobacteria. *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 156: S1-S25.
3. Ramesh V, Misra RS, Beena KP, Mukherjee A. A study of cutaneous tuberculosis in children. *Pediatr Dermatol* 1999; 16: 264-9.
4. Lee KC, Schechter G. Tuberculosis infections of the head and neck. *ENT J* 1995; 74: 395-9.
5. Connolly B, Pitcher JD Jr, Roth B, et al. Scrofuloderma of the lower extremity treated with wide resection: a case report and review of the literatura. *Am J Orthop* 1999; 28: 417-20
6. J. Caminero , *Guía de la tuberculosis párrafo Médicos Especialistas*, Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias , París. 2003: 35-7.
7. Tincopa O, Jave-Morales B. Tuberculosis Cutánea: estudio clínico, histopatológico y de frecuencia. *Dermatol Peru* 1999;9:10 -8.
8. Rodríguez C, Sánchez L, Kumakawa H, Cáceres H, Salazar R. Tuberculosis cutánea en el HMC 1987-1996. VI Congreso Peruano de Dermatología. Nov 1996, Lima-Perú. *Dermatol Peru* 1996; TC-43:97.
9. Kumar B, Rai R, Kaur I, Sahoo B, Muralidhar S, Radotra BD. Childhood cutaneous tuberculosis: a study over 25 years from northern India. *Int J Dermatol* 2001;40:26 – 32.
10. Tigoulet F, Fournier V, Caumes E. Clinical forms of the cutaneous tuberculosis. *Bull Soc Pathol Exot* 2003;96:362- 7
11. Bravo FG, Gotuzzo E. Cutaneous tuberculosis. *Clin Dermatol*. 2007;25(2):173-80.
12. Tincopa O, Sanchez-Saldaña L. Tuberculosis cutánea. *Dermatol Peru*. 2003;13:195- 217
13. MacGregor RR. Cutaneous Tuberculosis. *Clin Dermatol*.1995;13:245-55.
14. Kumar, ByMuradilhar, S; Cutaneous tuberculosis: a Twenty year prospective study. *Int J Tuberc Lung Dis*; 1999;3:494-500
15. Puente JJ. Tuberculosis cutáneas: algunos aspectos correspondientes a nuestro medio. *Anal Cat Patol ClinTuberc*;1942; 4:56-71
16. Beyt Jr BE, Ortals DW, Santa Cruz DJ, Kobayashi GS, Eisen AZ, Medoff G. Cutaneous mycobacteriosis: analysis of 34 cases with a new classification of the disease. *Medicine (Baltimore)* 1981;60:95 - 109
17. Tan H, Karakuzu A, Arik A. Scrofuloderma after BCG vaccination. *Pediatric Dermatol* 2002;19:323-5.
18. Sehgal VN, Wagh SA. Cutaneous tuberculosis. Currents concepts. *Int J Dermatol* 1990; 29: 237-52.
19. Rodríguez C, Sánchez L, Kumakawa H, Cáceres H, Salazar R. Tuberculosis cutánea en el HMC 1987-1996. VI Congreso Peruano de Dermatología. Nov 1996, Lima-Perú. *Dermatol Peru* 1996; TC-43:97.
20. Tincopa-Wong O, Valverde-López J, Plasencia-Angulo W, Llerena-Castro K. Tuberculosis cutánea: rasgos clínicos, histopatológicos y epidemiológicos en un hospital general de Trujillo, Perú. *Dermatol Peru* 2006;16(3): 220–32.
21. Padmavathy L, Lakshmana R, Ethirajan N, Manohar U, Krishnaswamy BK Scrofuloderma: a clinico-pathological and epidemiological study. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2008;74(6):700
22. Grange JM. Mycobacterial diseases. London: Edward Arnold; 1980:68-75.
23. Elder D, Elenitsas R, Jaworsky Ch, Johnson B. *Lever's Histopathology of the skin*. 8th edition. Philadelphia: Lippincot-Raven Publishers 1997; 468-73.
24. Sehgal VN, Jain MK, Srivastava G. Changing pattern of cutaneous tuberculosis. A prospective study. *Int J Dermatol* 1989; 28: 231-5.

### Correspondencia para el autor:

Dra. Jacqueline J. Cabanillas-Becerra  
Correo electrónico: jjcbmedic@hotmail.com