

Tubercúlides papulonecróticas

Antonio Losada^a, M.^a Teresa García-Sanz^b, Juan Varela-Durán^c y Francisco Ovalle^d

^aServicio de Dermatología. Hospital Comarcal do Salnés. Vilagarcía de Arousa. Pontevedra. España.

^bServicio de Urgencias. Hospital Comarcal do Salnés. Vilagarcía de Arousa. Pontevedra. España.

^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Comarcal do Salnés. Vilagarcía de Arousa. Pontevedra. España.

^dEAP Vilagarcía de Arousa. Pontevedra. España.

Resumen.—La tuberculide papulonecrótica (TPN) es una forma de tuberculosis cutánea con un cuadro clínico e histológico característico.

La incidencia de la TPN en España es muy baja. Presentamos a un paciente de 22 años, de contexto económico-social medio, con criterios clínicos e histológicos floridos de TPN, pero con negatividad para trazas moleculares de micobacterias por reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

Palabras clave: tuberculosis cutánea, tuberculide.

PAPULONECROTIC TUBERCULIDS

Abstract.—Papulonecrotic tuberculid (PTB) is a form of cutaneous tuberculosis with characteristic clinical and histological manifestations. The incidence of PNT is very low in Spain.

We present the case of a 22-year-old male patient from a middle-class social and economic background, with clinical and histological criteria of PNT, but who showed negative for molecular traces of mycobacteria using PCR.

Key words: skin tuberculosis, tuberculid.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día se entiende por tuberculide una dermatosis con evidencias razonables de estar etiológicamente relacionada a través de una reacción de hipersensibilidad con el *Mycobacterium tuberculosis*¹. Se consideran tubercúlides: el liquen escrofuloso, el eritema indurado, la tuberculide papulonecrótica y la más recientemente propuesta tuberculide flebítica nodular²⁻⁴. Se ha detectado ADN de micobacterias mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en muchos casos de tuberculide, por lo que dichas lesiones corresponderán a verdaderas tuberculosis, en vez de a reacciones a distancia³⁻⁸.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Un varón de 23 años, con antecedentes de dermatitis atópica y pie cavo bilateral corregido quirúrgicamente presentó un antecedente de un Mantoux positivo en 1995. En ese momento se instauró quimioprofilaxis con isoniazida, pero se tuvo que suspender al cabo de pocas semanas debido a una elevación grave de las transaminasas. El paciente presentó en 1999, un exantema varioliforme en la cara anterior de ambos miembros que se diagnosticó de foliculitis y fue tratado con doxiciclina con mejoría moderada. Al cabo de 9 meses presentó

un episodio similar, pero en esta ocasión la evolución fue desfavorable, por lo que se remitió a nuestro servicio. En la primera consulta dermatológica se apreciaba una erupción diseminada, más o menos simétrica en miembros, con lesiones polievolutivas, pápulas, pústulas, escaras y cicatrices (fig. 1). La biopsia cutánea mostró una vasculitis granulomatosa necrosante (fig. 2), con focos granulomatosos con células gigantes (fig. 3). El cultivo micológico y bacteriológico de exudado y de material de biopsia fue negativo. La tinción de Ziehl fue negativa. La radiografía de tórax no mostró hallazgos patológicos. La bioquímica mostró una elevación moderada de las transaminasas. Finalmente, la PCR para micobacterias sobre material de biopsia resultó negativa. La prueba de Mantoux resultó necrótica. Se inició tratamiento con isoniazida 300 mg/día. A los 3 meses se suspendió el tratamiento por una elevación de transaminasas de cuatro veces sobre los valores básicos. En ese momento, la mejoría del cuadro había sido completa, y sólo se habían observado cicatrices varioliformes residuales en las piernas y las nalgas. En la última revisión de 2005 persistían las marcadas cicatrices residuales sin signos de actividad lesional reciente.

DISCUSIÓN

La tuberculide papulonecrótica (TPN) se caracteriza por predominio en niños y adultos jóvenes, con brotes de pápulas con distribución simétrica, en áreas de extensión, predominando en torno a los codos y las rodillas y que evolucionan a pústulas, costras o escaras necróticas y finalmente a úlceras, con posterior cicatriz atrófica.

Correspondencia:

M.^a Teresa García-Sanz. Fontrabón, s/n. Faxilde 36611. Vilagarcía de Arousa. Pontevedra. España.

maite-garcia@wanadoo.es

Recibido el 30 de mayo de 2005.

Aceptado el 21 de octubre de 2005.



Fig. 1.—Papulocista con cicatrices recientes junto con otras depi-midas y pigmentadas.

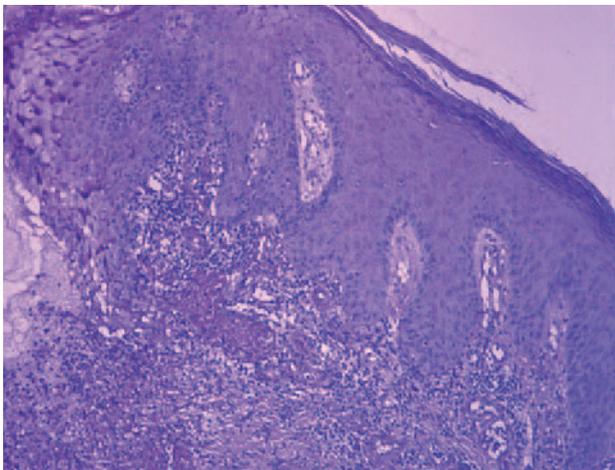


Fig. 2.—Semicuña de necrosis dermoepidérmica, con vasculitis periférica e infiltrado linfohistiocitario masivo. (Hematoxilina-eosina, $\times 200$.)

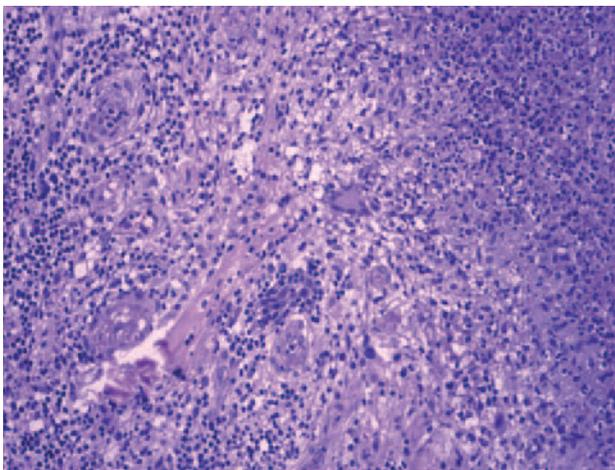


Fig. 3.—Foco granulomatoso en la periferia lesional. (Hematoxilina-eosina $\times 400$.)

El diagnóstico requiere la presencia de lesiones características y la positividad de la reacción tuberculínica. Se confirma mediante una histología compatible y la buena respuesta al tratamiento con tuberculostáticos. La búsqueda de micobacterias mediante tinción de Zhiel y cultivo de material de las lesiones es siempre negativa. En la mitad de los casos estudiados se encontró ADN de *M. tuberculosis*^{4,9}, por lo que se propone el término *tuberculosis papulonecrótica* como denominación genérica de estos cuadros⁷, mientras que otros proponen este término para los casos en se detecta ADN específico y TNP para los casos en que no se detecta¹.

En cuanto al tratamiento, la pauta clásica recomendada era una monoterapia con isoniazida durante 9 meses¹⁰ que se podría acompañar de corticoides, en los casos con marcada tendencia necrosante. Dada la frecuencia de las recaídas y, de acuerdo con el concepto de TPN en los pacientes con PCR positiva, el tratamiento ortodoxo actual es con tres fármacos en pautas de 9 hasta 18 meses¹¹.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Departamento de Microbiología, Universidad de Santiago de Compostela la realización de esta técnica.

Declaración de conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barbagallo J, Tager P, Ingleton R, Hirsch RJ, Weinberg JM. Cutaneous tuberculosis. Diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2002;3:319-28.
2. Hara K, Tsuzuki T, Takagi N, Shimokata K. Nodular granulomatous phlebitis of the skin: a fourth type of tuberculid. *Histopathology.* 1997;30:129-34.
3. Wilson-Jones E, Winkelmann RK. Papulonecrotic tuberculid: a neglected disease in Western countries. *J Am Acad Dermatol.* 1986;14:815-26.
4. Ramdial PK, Mosam A, Mallet R, Aboobaker J. Papulonecrotic tuberculid in a 2-year old girl: with emphasis to the extent of disease and presence of leucocytoclastic vasculitis. *Pediatric Dermatol.* 1999;15:450-5.
5. Victor T, Jordaan HF, Van Nierkek DJ, Louw M, Jordaan A, Van Helden PD. Papulonecrotic tuberculid. Identification of *Mycobacterium tuberculosis* DNA by polymerase chain reaction. *Am J Dermatopathol.* 1992;14:491-5.
6. Jordaan HF, Van Nierkek DJ, Louw M. Papulonecrotic tuberculid. A clinical, histopathological, and immunohisto-

- chemical study of 15 patients. *Am J Dermatopathol.* 1994; 16:474-85.
7. Jordaan HF, Schneider JW, Schaaf HS, et al. Papulonecrotic tuberculid in children. A report of eight patients. *Am J Dermatopathol.* 1996;18:172-85.
 8. Tan SH, Tan BH, Goh CL, Tan KC, Ng WC, Tan WC. Detection of *Mycobacterium tuberculosis* DNA using polymerase chain reaction in cutaneous tuberculosis and tuberculids. *Int J Dermatol.* 1999;38:122-7.
 9. Quirós E, Bettinardi A, Quirós A, Piédrola G, Maroto MC. Detection of mycobacterial DNA in papulonecrotic tuberculid lesions by polymerase chain reaction. *J Clin Lab Anal.* 2000;14:133-5.
 10. Braun-Falco O, Plewing G, Wolff HH, Winkelmann RK. *Dermatology.* Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag; 1984. p. 143.
 11. Kullavanijaya P, Sirimachan S, Suwataroj S. Papulonecrotic tuberculid. Necessity of long-term triple regimens. *Int J Dermatol.* 1991;30:487-90.