

Tuberculosis cutánea en cicatriz quirúrgica

Carmen Varas, Patricia Eguino, Jesús Gardeazabal y José Luis Díaz-Pérez

Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Bilbao. España.

Resumen.—La afectación cutánea por *M. tuberculosis* supone el 1 % de todas las formas extrapulmonares. Se presenta el caso de un varón de 55 años con antecedente de probable tuberculosis pulmonar en la juventud que refería que le habían extirpado unas adenopatías cervicales 20 años antes. Consultó por la aparición de una placa eritematosa, lineal, de años de evolución, sobre la cicatriz quirúrgica del cuello. A la exploración física no presentaba adenopatías palpables, ni otras lesiones cutáneas. La biopsia cutánea mostró una inflamación granulomatosa de tipo tuberculoide y las tinciones de ácido peryódico de Schiff y Ziehl-Neelsen fueron negativas. En el cultivo del tejido creció *M. tuberculosis* y el resto de estudios analíticos y radiológicos fueron normales o negativos. Con el diagnóstico de lupus vulgar sobre cicatriz quirúrgica se realizó tratamiento tuberculostático, que condujo a la curación de la lesión.

Nuestro paciente presentó un lupus vulgar limitado a la zona de la cicatriz de linfadenectomía que sugerimos ocurrió por diseminación durante el acto quirúrgico de extirpación de adenopatías tuberculosas, que no fueron diagnosticadas en su momento.

Palabras clave: Tuberculosis cutánea.

Varas C, Eguino P, Gardeazabal J, Díaz-Pérez JL. Tuberculosis cutánea en cicatriz quirúrgica. *Actas Dermosifiliogr* 2003;94(6):412-3.

INTRODUCCIÓN

La afectación cutánea por *M. tuberculosis* supone el 1 % de todas las formas extrapulmonares. La fuente de infección es generalmente endógena, y en pocas ocasiones la puerta de entrada es la piel o mucosas. Existen múltiples formas clínicas en función del número y virulencia del microorganismo, estado inmunitario del huésped, la puerta de entrada y la vía de infección. Presentamos un paciente en quien la fuente de infección de una tuberculosis cutánea pudo ser una intervención quirúrgica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Un varón de 55 años que refería haber padecido tuberculosis pulmonar en la juventud tratada con tuberculostáticos durante 5-6 meses. Había sido intervenido por adenopatías laterocervicales derechas 20 años antes, sin otro tratamiento aparte del

Correspondencia:

Carmen Varas. Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. 48903 Barakaldo. Vizcaya. España.

Correo electrónico: cvaras@euskalnet.net

Aceptado el 6 de febrero de 2003.

SKIN TUBERCULOSIS IN A SURGICAL SCAR

Abstract.—Skin involvement from *M. tuberculosis* accounts for 1 % of all extrapulmonary forms. We present the case of a 55-year-old male with a history of probable pulmonary tuberculosis in his youth, who reported that he had had some cervical lymphadenopathies excised 20 years before. He consulted his physician because of a linear erythematous plaque with several years of evolution on the surgical scar on his neck. Physical examination showed that the patient did not present with any palpable adenopathies, nor other skin lesions. A skin biopsy showed a tubercloid-type granulomatous inflammation, and PAS and Ziehl-Neelsen stains were negative. *M. tuberculosis* grew in the tissue culture, and the rest of the analytical and radiological studies were normal or negative. With the diagnosis of lupus vulgaris on a surgical scar, the patient received tuberculostatic treatment, which resulted in the lesion healing.

Our patient presented with lupus vulgaris limited to the area of the lymphadenectomy scar, which we suggested occurred because of dissemination during surgery to excise tuberculous adenopathies, which were not diagnosed at the time.

Key words: Cutaneous tuberculosis.

quirúrgico. Acudió a nuestras consultas debido a la aparición progresiva, a lo largo de los últimos 14 años, de una placa de crecimiento lento y progresivo, eritematosa, infiltrada, lineal, perfectamente delimitada a la zona de la cicatriz del cuello (fig. 1). A la exploración física, no presentaba adenopatías palpables ni otras lesiones cutáneas. La biopsia de la lesión mostró una inflamación granulomatosa de tipo tuberculoide (fig. 2), pero las tinciones de ácido peryódico de Schiff y Ziehl-Neelsen fueron negativas. En el cultivo del tejido creció *M. tuberculosis*. La prueba de la tuberculina fue positiva y el resto de los estudios analíticos fueron normales o negativos, incluyendo radiografía de tórax y broncoscopia con estudio del aspirado broncoalveolar.

Tras realizar tratamiento tuberculostático específico durante 7 meses, la lesión cutánea fue regresando y en la actualidad el paciente sólo presenta hiperpigmentación postinflamatoria en la zona de la cicatriz.

DISCUSIÓN

A nuestro caso creemos que podría atribuirse el diagnóstico de lupus vulgar sobre cicatriz posquirúrgica basándose en la apariencia clínica de la lesión y la histopatología, con un cultivo de tejido positivo para *M.*



Fig. 1.—Aspecto de la lesión previo al diagnóstico. Se aprecia una placa eritematosa, infiltrada, lineal, perfectamente limitada al área de la cicatriz quirúrgica del cuello.

tuberculosis. La presentación sobre la cicatriz de linfadenectomía realizada 20 años antes y la ausencia de otro foco tuberculoso hace pensar que se trata de una diseminación sucedida durante el acto quirúrgico. En la literatura médica revisada no hemos encontrado ningún caso de características similares.

Se considera que el lupus vulgar es una forma de reinfección en individuos previamente sensibilizados con un alto grado de sensibilidad a la tuberculina¹. En casos raros puede aparecer en el sitio de la vacuna con bacilo de Calmette-Guérin². En el 40 % de los pacientes con lupus vulgar hay linfadenitis tuberculosa asociada y en el 10-20 % de los casos se asocian tuberculosis pulmonar u ósea³; sin embargo, en la mayoría de los casos la forma exacta de cómo se desarrolla el lupus vulgar es difícil de precisar⁴.

El diagnóstico de lupus vulgar se realiza sobre la base de la forma de la presentación clínica, la histopatología, la prueba de tuberculina y la identificación del bacilo en cultivos o demostración de ADN de aquél mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR)⁵.

El cultivo para la tuberculosis desde lesiones de lupus vulgar generalmente es negativo; sólo el 6 % de los cultivos de piel en pacientes con lupus vulgar son positivos⁶. La detección de ADN de la tuberculosis mediante PCR aumenta la sensibilidad de la identificación del microorganismo^{5,7}.

El tratamiento de lupus vulgar debe ser el mismo que el de tuberculosis sistémica³ utilizando poliquimioterapia con isoniazida, 300 mg/ día; rifampicina, 600 mg/ día; piracinamida, 25 mg/ kg/ día; y etambutol, 15 mg/ kg/ día. Se indica un tratamiento en dos etapas; una inicial intensiva con estos cuatro fármacos administrados diariamente durante 8 semanas y una segunda fase de continuación con isoniazida más rifampicina administradas diariamente o dos a tres veces por semana durante 16 semanas. En algún caso de lupus vulgar sin afectación sistémica se ha usado monoterapia con isoniazida por un tiempo más prolongado (12-18 meses); algunos autores han

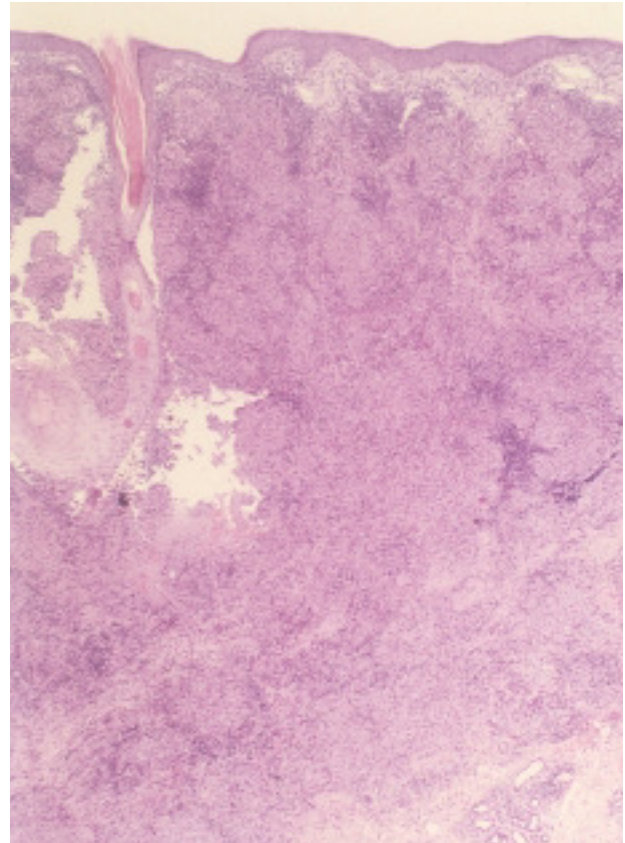


Fig. 2.—Se aprecia una reacción granulomatosa que afecta desde dermis superficial hasta el pánículo (hematoxilina-eosina, x10).

comunicado mejoría con este esquema, pero otros han observado la reaparición del cuadro una vez suspendido el tratamiento^{4,8}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sehgal VN, Sooneita AW. Cutaneous tuberculosis: Current concepts. *Int J Dermatol* 1990;29:237-52.
2. Izumi AK, Matsunaga J. BCG vaccine induced lupus vulgaris. *Arch Dermatol* 1982;118:171-2.
3. Tappeiner G, Wolf KD. Tuberculosis y otras lesiones por micobacterias. En: Fitzpatrick TB, Freedberg IM, Eisen AZ, et al, eds. *Dermatología en medicina general*. 5.ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2001; p. 2410-29.
4. Marcoval J, Servitje O, Moreno A, Jugla A, Peyri J. Lupus vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 1992;26:404-7.
5. Suat HT, Boon HT, Chee LG, Kang CT, Meng FT, Wan FT. Detection of *Mycobacterium tuberculosis* DNA using polymerase chain reaction in cutaneous tuberculosis and tuberculids. *Int J Dermatol* 1999;38:122-7.
6. Fariña MC, Gegundez MI, Piqué E, Esteban J, Martín L, Requena L, et al. Cutaneous tuberculosis: A clinical, histopathologic, and bacteriologic study. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33:433-40.
7. Serfling U, Penneys N, Craig LL. Identification of *Mycobacterium tuberculosis* DNA in a case of lupus vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 1993;28:318-22.
8. MacGregor RR. Cutaneous tuberculosis. *Clin Dermatol* 1995;13:245-55.