

Coexistencia de tuberculosis verrucosa y articular en un mismo paciente

Ainhoa Marquet^a, Laura Moya^a, Isabel Aldanondo^a, Ernesto Muñoz-Zato^a, Rosario Carrillo^b y Pedro Jaén^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

^bAnatomía Patológica. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

Resumen.—Presentamos un caso de tuberculosis verrucosa cutis por *Mycobacterium bovis* en un paciente que, además, presentaba una artritis tuberculosa contralateral. La extensión por vía hemática es la forma más probable de diseminación en nuestro paciente.

Palabras clave: tuberculosis verrucosa cutis, *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis*, monoartritis.

COEXISTENCE OF TUBERCULOSIS VERRUCOSA CUTIS AND ARTICULAR TUBERCULOSIS IN THE SAME PATIENT

Abstract.—We present a case of tuberculosis verrucosa cutis from *Mycobacterium bovis* in a male patient who also presented with contralateral tuberculous arthritis. The tuberculosis most likely spread through the blood in our patient.

Key words: tuberculosis verrucosa cutis, *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis*, monoarthritis.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad de distribución mundial, cuya incidencia global está aumentando al menos el 0,4 % al año¹. La tuberculosis verrucosa supone el 6 % de las formas cutáneas². Presentamos un caso de tuberculosis verrucosa localizada en mano izquierda asociada a artritis tuberculosa del carpo contralateral.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Un varón de 37 años, carnicero de profesión, fue remitido a nuestra consulta para evaluar 2 lesiones asintomáticas de 15 años de evolución en la mano izquierda, de crecimiento lento, por las que no había consultado ni había realizado tratamiento alguno. Como antecedentes refería múltiples traumatismos en ambas manos relacionados con su oficio.

En la exploración presentaba 2 placas eritematovioláceas, intensamente infiltradas, de superficie verrucosa y con papilas hiperqueratósicas en su superficie de 3,5 y 5,5 cm respectivamente, localizadas en primero, segundo y tercer dedos de la mano izquierda y dorso de la misma (fig. 1). Por otra parte, destacaba un aumento de calor local y tumefacción en carpo derecho con limitación completa de la movilidad y signos de derrame.

Correspondencia:

Ainhoa Marquet. Colombia, 25, 1.º A. Madrid. España.
amarquetryan@hotmail.com

Recibido el 27 de abril de 2005.

Aceptado el 14 de noviembre de 2005.



Fig. 1.—Lesiones cutáneas en el dorso de la mano izquierda.

En el estudio histológico de una de las placas se observaba una hiperplasia pseudoepiteliomatosa epidérmica y un intenso infiltrado inflamatorio crónico y granulomatoso, no necrosante (figs. 2 y 3). Tanto la tinción de Ziehl como el cultivo del tejido resultaron negativos.

La reactividad en el test de la tuberculina fue positiva. La radiografía simple de la mano derecha mostraba osteopenia yuxtaarticular. La ecografía de la misma evidenciaba derrame. Se realizó estudio del líquido articular; en la tinción de Ziehl se observaron 20 bacilos ácido-alcohol resistentes/100 campos; la técnica de la proteína C reactiva (PCR) detectó amplificaciones del genoma del complejo *M. tuberculosis*, al que pertenecen el *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum* y *M. microti*. En el cultivo para micobacterias se

identificaron cepas de *M. bovis*. En la radiografía de tórax no se observaba ningún signo compatible con tuberculosis pulmonar pasada o activa. Las analíticas sanguíneas resultaron normales. Se inició tratamiento antituberculoso con terapia de 9 meses: 2 meses con rifampicina (600 mg/día), isoniazida (250 mg/día) y piracinamida (1.500 mg/día) y 7 meses con rifampicina (600 mg/día) e isoniazida (300 mg/día). Finalizado el tratamiento, el paciente recuperó la movilidad casi total de la muñeca derecha y se evidenció una espectacular mejoría clínica de las lesiones, con la práctica desaparición de la infiltración y la hiperqueratosis.

DISCUSIÓN

La tuberculosis verrucosa se produce por inoculación externa en un paciente previamente sensibilizado. Algunos autores aceptan una forma de contaminación por vía hemática³. La inoculación cutánea directa requiere una alteración previa de la piel y es más frecuente en grupos de alto riesgo, como anatompatólogos, trabajadores de laboratorio, granjeros o carniceros y pacientes bacilíferos. Se manifiesta en forma de placa hiperqueratósica, indolente, localizada comúnmente en manos, excepto en niños, en los que es más frecuente en miembros inferiores. La placa crece muy lentamente, de forma irregular, por la periferia. En su evolución puede mostrar una atrofia central o bien formar papilas excrecentes, intercaladas por fisuras de las que en ocasiones emana material queratósico o purulento⁴. Generalmente es una lesión solitaria, sin afectación de ganglios regionales, salvo que exista una sobreinfección bacteriana secundaria.

La histología muestra una hiperplasia pseudoepiteliomatosa con moderada hiperqueratosis y un denso infiltrado inflamatorio de neutrófilos y linfocitos. Se pueden observar abscesos en dermis superficial o epidermis. Es muy infrecuente la presencia de tubérculos típicos y de bacilos resistentes al ácido y al alcohol⁵.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con el lupus vulgar verrucoso, micosis profundas, infección por micobacterias atípicas y pioderma vegetante crónico.

En nuestro caso, el diagnóstico clínico e histopatológico estuvo firmemente apoyado tras conocer los resultados de las pruebas bacteriológicas y de PCR del líquido articular, y prácticamente se confirmó tras la rápida respuesta clínica al tratamiento antituberculoso.

La presentación de una tuberculosis verrucosa cutis por *M. bovis* es inusual en el mundo industrializado, y aun más infrecuente es la afectación articular concomitantemente del carpo contralateral, como sucede en nuestro paciente.

El hecho de pertenecer a una profesión de riesgo, como es la de carnicero, y con antecedentes de traumatismos múltiples en ambas manos, nos hace suponer que la vía de inoculación fue exógena. Desconocemos cuándo se sensibilizó previamente. No refería familiares afectados, y la placa de tórax no mostraba signos de haber sufrido una primoinfección respiratoria.

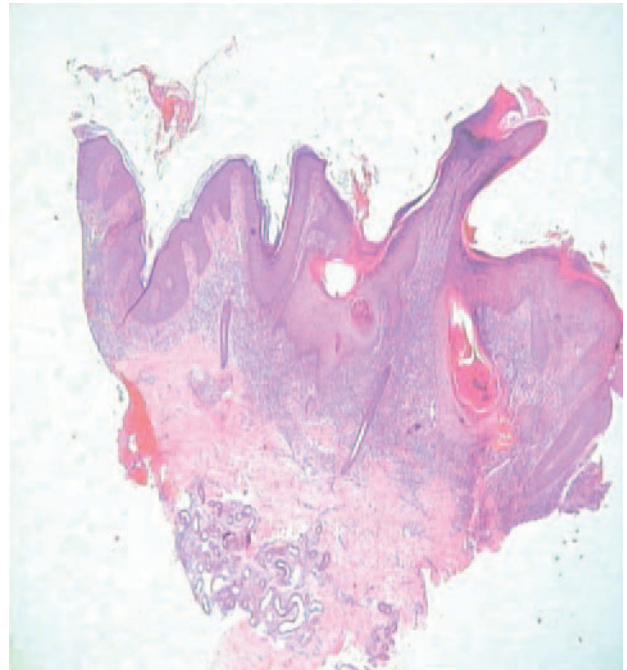


Fig. 2.—Biopsia de lesión cutánea. (Hematoxilina-eosina, x10.)

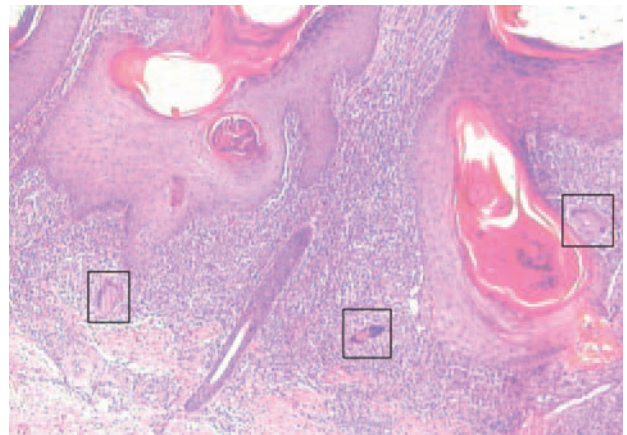


Fig. 3.—Infiltrado crónico granulomatoso con células gigantes multinucleadas. (Hematoxilina-eosina, x40.)

La artritis tuberculosa se describe como una localización secundaria de la infección, a la que la micobacteria llega por vía hemática. En nuestro caso proponemos que el paciente sufrió una primoinfección inadvertida, bien pulmonar o bien gastrointestinal, que no dejó secuelas y sensibilizó al paciente. La lesión cutánea sería el origen de la infección por *M. bovis*, y desde allí se extendería por vía hemática a la articulación del carpo contralateral en forma de tuberculosis³.

Declaración de conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. High WA, Evans CC, Hogang MP. Cutaneous miliary tuberculosis in two patients with HIV infection. *J Am Acad Dermatol.* 2004;50 Suppl 5:110-3.
2. Nanda S, Rajpal M, Reddy BS. Multidrug-resistant tuberculosis: response to therapy. *Pediatr Dermatol.* 2003;20:545-7.
3. Bordalo O, García, Silva L. Tuberculosis verrucosa cutis with liver involvement. *Clin Exp Dermatol.* 1987;12:283-5.
4. Sehgal V, Sehgal R, Bajaj P, Srivastava G, Bhattacharya S. Tuberculosis verrucosa cutis. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2000;14:319-21
5. Pramatarov K, Balabanova M, Miteva L, Gantcheva M. Tuberculosis verrucosa cutis asociated with lupus vulgaris. *Int J Dermatol.* 1993;32:815-7.