



Imágenes

Escrofuloderma como primer signo de tuberculosis extrapulmonar

Scrofuloderma as the first sign of extrapulmonary tuberculosis

Conrado Jorge-Finnigan ^{a,*}, Saray Rodríguez-García ^b, Marta León-Téllez ^b y Juan Paricio-Rubio ^a^a Servicio de Dermatología, Complejo Asistencial de Soria, Soria, España^b Servicio de Medicina Interna, Complejo Asistencial de Soria, Soria, España

Figura 1. Lesión ulcerada de bordes anfractuosos y tinte eritematovioláceo.

Mujer de 83 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y diabetes mellitus, que consulta por una lesión supraclavicular izquierda de semanas de evolución. Interrogada, reconoce astenia y pérdida de peso concomitantes.

En la exploración física destaca una lesión ulcerada con secreción seropurulenta, de bordes anfractuosos y tinte eritematovioláceo, localizada en la zona supraclavicular izquierda (fig. 1).

Analíticamente presenta anemia microcítica, sin leucocitosis ni elevación de reactantes de fase aguda. En la TC cérvico-tóraco-abdomino-pélvica se observan adenopatías necrosadas laterocervicales y supraclaviculares izquierdas (fig. 2), sin hallazgos de interés en el parénquima pulmonar, salvo derrame pleural derecho con atelectasia.

Ante la sospecha de escrofuloderma y con la prueba *Interferon-Gamma Release Assays* (IGRA) positiva, se realiza biopsia cutánea en la que se evidencian granulomas necrosantes y no necrosantes, no detectándose bacilos mediante la tinción de Ziehl-Neelsen. La muestra enviada para estudio microbiológico es negativa tras tinción con auramina-rodamina, en cambio es positiva para ADN de *M. tuberculosis* mediante la técnica *Polymerase Chain Reaction* (PCR).

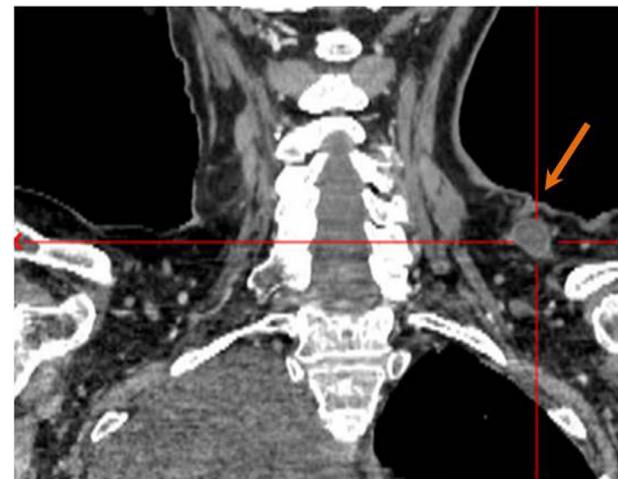


Figura 2. TC en proyección coronal con adenopatía necrosada supraclavicular izquierda (centrada por líneas rojas) con trayecto fistuloso que alcanza la piel (flecha naranja).

Con el diagnóstico confirmado, se inicia tratamiento antituberculoso sistémico, resolviéndose la lesión cutánea, así como el resto del cuadro clínico, al cabo de unos meses.

Las formas extrapulmonares constituyen alrededor del 10% de los casos de tuberculosis, de ellas, la linfadenitis tuberculosa representa en torno al 30% y la cutánea en torno al 1,5%^{1,2}.

El escrofuloderma es el resultado de la diseminación directa a la piel, por contigüidad, desde un foco tuberculoso subyacente, que normalmente es una adenitis cervical¹. Las lesiones consisten en uno o varios trayectos fistulosos, por los que se libera material caseoso. En los bordes pueden formarse mamelones y/o masas granulomatosas que frecuentemente presentan residuos calcificados y cicatrices.

Con respecto al tratamiento de esta entidad, la mayoría de las sociedades científicas aconsejan utilizar el mismo esquema terapéutico de la tuberculosis pulmonar, consistente en la combinación de rifampicina, isoniazida y pirazinamida durante 2 meses, junto con etambutol hasta que se disponga del estudio de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cjorge@aedv.es (C. Jorge-Finnigan).

sensibilidad, para posteriormente continuar con rifampicina e isoniazida durante 4 meses más^{3,4}.

Por último, debemos subrayar la importancia de realizar técnicas como la PCR que, como en nuestro caso, permiten realizar el diagnóstico de certeza a pesar de la negatividad de otras clásicas como las tinciones de Ziehl-Neelsen o auramina-rodamina. En los últimos años se han publicado estudios que demuestran buenas cifras de sensibilidad y especificidad en la detección de material genético de *M. tuberculosis* al emplear esta técnica en entornos de baja prevalencia de tuberculosis extrapulmonar⁵.

En conclusión, queremos destacar la necesidad de conocer el escrofuloderma como manifestación clínica de la tuberculosis aún en ausencia de hallazgos clínicos o radiológicos típicos de la enfermedad, y cuya identificación permite realizar un diagnóstico y tratamiento precoz de la misma.

Financiación

El presente trabajo no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores público, comercial, o sin ánimo de lucro.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:[10.1016/j.appr.2020.100077](https://doi.org/10.1016/j.appr.2020.100077).

Bibliografía

- 1 Monteagado B, García-Rodríguez JF, de las Heras C, Cacharrón JM. Escrofuloderma con linfadenitis tuberculosa. Piel 2007;374-7, [http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9251\(07\)73099-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9251(07)73099-X).
- 2 Jiménez A, Recasens MA, Ponce A, Xicola E, Soler A. Infección cutánea por *Mycobacterium tuberculosis* asociada a paniculitis reactiva. Semerg 2016;42:e128-30, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semurg.2015.11.013>.
- 3 González-Martín J, García-García JM, Anibarro Rafael L, Vidal R, Esteban J, Blanquer R, et al. Documento de consenso sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis. Arch Bronconeumol 2010;46:255-74, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2010.02.006>.
- 4 Pascual-Pareja JF, Carrillo-Gómez R, Hontañón-Antónána V, Martínez-Prieto M. Tratamiento de la enfermedad tuberculosa pulmonar y extrapulmonar. Enferm Infect Microbiol Clin 2018;36(8):507-16, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2017.10.018>.
- 5 Borrás R, Martínez V, Vinuesa V, Torres I, Orta N, Clari MA, et al. Field performance of the Abbott RealTime MTB assay for the diagnosis of extrapulmonary tuberculosis in a low-prevalence setting [Article in En, Spanish]. Enferm Infect Microbiol Clin 2020;38:206-11, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2019.08.007>.