

## Placa verrugosa persistente en dedo de mano

M. A. González-López<sup>a</sup>, S. Yáñez Díaz<sup>a</sup>, C. González Vela<sup>b</sup>, J. A. Riancho<sup>c</sup>,  
J. F. Val-Bernal<sup>b</sup> y J. H. Fernández-Llaca<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup> Dermatología, <sup>b</sup> Anatomía Patológica y <sup>c</sup> Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

### Caso clínico

Varón de 45 años de edad, ganadero, con antecedentes de hipertensión arterial y cardiopatía isquémica en tratamiento con carvelidol, enalapril y acenocumarol. Consultó por presentar una lesión cutánea asintomática en la región dorsolateral del segundo dedo de la mano derecha de tres años de evolución. La lesión había crecido centrífugamente de forma lenta pero progresiva; no presentaba sintomatología general asociada. En la exploración se apreciaba en la zona referida una placa eritematoviolácea de consistencia firme, superficie verrugosa y queratósica y 5 × 2 cm de diámetro (fig. 1). No se evidenciaron adenopatías regionales, y el resto de la exploración cutaneomucosa y física general resultó normal.

Los estudios de laboratorio, incluidos hemograma y velocidad de sedimentación globular (VSG), bioquímica completa, sistemático de orina, proteinograma y serologías (virus de la hepatitis B [VHB], virus de la hepatitis C [VHC], virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] y sífilis) fueron normales o negativos, exceptuando colesterol de 289 mg/dl (normal: 150-240 mg/dl) y triglicéridos de 256 mg/dl (normal: 30-170 mg/dl). La prueba de Mantoux fue positiva, con eritema e induración de 20 mm a las 72 horas. La radiografía de tórax no mostró hallazgos relevantes. Se efectuó biopsia cutánea para estudio anatomopatológico y microbiológico. El examen histopatológico reveló hiperplasia epidérmica con hiperqueratosis. En la dermis superficial se apreciaba un infiltrado inflamatorio formado por linfocitos, células epitelioides y ocasionales células gigantes multinucleadas con formación de granulomas con necrosis caseosa (fig. 2). La técnica histoquímica de Ziehl-Nielsen para identificar bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR), los cultivos del material de biopsia para micobacterias y hongos, así como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para detectar *Mycobacterium tuberculosis* resultaron todos ellos negativos.



Fig. 1. Placa eritematoviolácea de superficie verrugosa en la región dorsolateral del segundo dedo de la mano derecha.

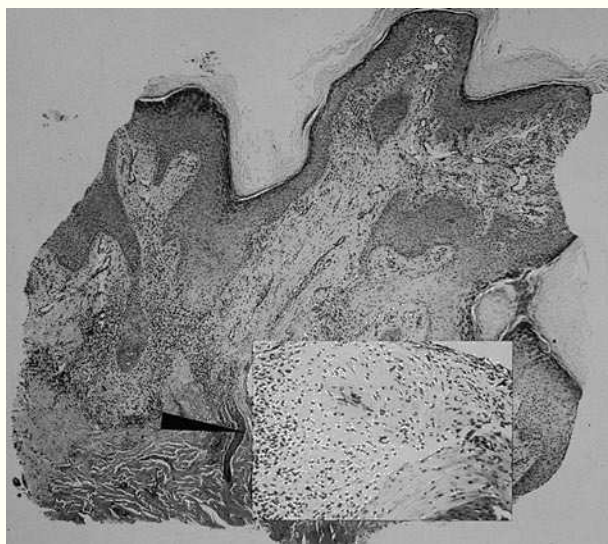


Fig. 2. Estudio histopatológico: hiperplasia epidérmica con hiperqueratosis. En la dermis superficial se observa un infiltrado crónico con granulomas de tipo tuberculoide (H&E 40 y H&E 400).

## Diagnóstico y evolución

Considerando en conjunto los aspectos epidemiológicos, clinicopatológicos y la acentuada positividad del Mantoux se estableció el diagnóstico de tuberculosis verrugosa (*tuberculosis verrucosa cutis*). Se pautó tratamiento tuberculostático convencional durante 6 meses con buena tolerancia, obteniendo rápida mejoría de la lesión desde las primeras semanas hasta la resolución completa de la misma con ligero eritema residual (fig. 3).

## Comentario

La tuberculosis de la piel es originada por *M. tuberculosis*, *M. bovis* y, en determinadas circunstancias, por el bacilo de Calmette-Guérin (BCG), una cepa atenuada de *M. bovis*<sup>1</sup>. En España es un proceso muy poco frecuente en la actualidad dado que representa menos del 1,5% de las formas extrapulmonares de tuberculosis<sup>2,3</sup>. La tuberculosis cutánea muestra una gran variabilidad clinicomorfológica, en relación con diversos factores, entre los que destacan la vía de llegada a la piel de las micobacterias (exógena o endógena), su número y grado de virulencia y el estado inmunitario del huésped<sup>3,4</sup>.

La tuberculosis verrugosa se origina por la inoculación de bacilos tuberculosos en la piel de pacientes previamente infectados o sensibilizados que presentan un grado moderado-alto de inmunidad específica<sup>5</sup>. La inoculación habitualmente es exógena y ocurre a través de pequeños traumatismos o abrasiones en zonas cutáneas expuestas. Tradicionalmente esta forma de tuberculosis cutánea se observaba preferentemente en los dedos y las manos de personal sanitario; especialmente anatomopatólogos y auxiliares de salas de autopsia, que se infectaban accidentalmente por contacto con pacientes tuberculosos o material de necropsias. De ahí las clásicas denominaciones de «tubérculo anatómico», «verruca necrogénica» o la termi-

nología anglosajona *prosector's warts* (verrugas del disector)<sup>6</sup>. En la actualidad es un cuadro muy raro en nuestro medio, pudiendo presentarse como enfermedad profesional en ganaderos o manipuladores de productos animales contaminados como carniceros o veterinarios<sup>3</sup>. Excepcionalmente puede originarse por autoinoculación a partir del propio esputo u otras secreciones contaminadas<sup>7</sup>. Clínicamente, la lesión elemental inicial es una pápula eritematoviolácea o pardusca asintomática, de consistencia dura y rodeada por un halo inflamatorio. Dicha lesión crece por extensión periférica con lentitud hasta configurar una placa verrugosa de superficie queratósica surcada por fisuras y hendiduras profundas<sup>1,8</sup>. La placa es de consistencia firme, aunque puede reblandecerse en el centro y drenar material purulento o queratósico por las fisuras<sup>4</sup>. La localización típica de las lesiones varía según las áreas geográficas. Así, en los países occidentales se localizan en dedos y manos de pacientes adultos dado el origen básicamente profesional. Sin embargo, en Asia y países tropicales es más frecuente en niños que se infectan al sentarse o jugar en terrenos contaminados por esputos tuberculosos, por lo que las lesiones se ubican con más frecuencia en miembros inferiores (rodillas, muslos y nalgas)<sup>5</sup>. En general no suelen evidenciarse adenopatías regionales, excepto si acontece sobreinfección bacteriana<sup>9</sup>, ni sintomatología sistémica asociada. Sin tratamiento el curso es normalmente crónico, habiéndose descrito casos de 40 años de evolución<sup>5</sup>. No obstante, las lesiones pueden regresar espontáneamente, dejando cicatrices atróficas residuales<sup>1</sup>.

Histopatológicamente la tuberculosis verrugosa se caracteriza por hiperplasia pseudoepteliomatosa de la epidermis con hiperqueratosis, acantosis y papilomatosis. En la dermis es característica la presencia de granulomas tuberculoides, constituyendo éste el signo fundamental<sup>8</sup>, aunque en ocasiones el infiltrado dérmico es inespecífico<sup>6</sup>. No suelen demostrarse BAAR con las tinciones especiales<sup>4</sup>.

El diagnóstico de la tuberculosis verrugosa puede ser complejo dado que, por su infrecuencia, no es sospechado en muchas ocasiones. Además su diagnóstico diferencial clínico es muy amplio e incluye: a) otras infecciones cutáneas, como micosis profundas (blastomycosis, cromomycosis), infecciones por micobacterias atípicas, verrugas vulgares y sífilis terciaria; b) dermatosis inflamatorias como psoriasis, liquen plano hipertrófico, neurodermitis y halogenodermas<sup>3,5</sup>, y c) en algunos casos, tumores cutáneos como el carcinoma epidermoide<sup>9</sup>. Por otra parte, el escaso número de microorganismos presentes en las lesiones motiva que generalmente tanto las tinciones específicas para detectarlos como los cultivos sean negativos<sup>6,9</sup>. De la misma forma, aunque existen estudios recientes que demuestran la sensibilidad de la PCR en diversas formas de tuberculosis cutánea<sup>10</sup>, desafortunadamente aún con relativa frecuencia, como sucedió en nuestro caso, es negativa en formas paucibacilares<sup>5</sup>. Por ello en muchas ocasiones el diagnóstico se efectuará en función de criterios relativos, como la historia y el aspecto clínico, las características histopatológicas y los hallazgos inmunoló-



Fig. 3. Ligero eritema residual después del tratamiento anti-tuberculoso.

gicos (prueba de Mantoux)<sup>3,8</sup>. En nuestro paciente el diagnóstico fue retrospectivamente reforzado por la rápida y excelente respuesta terapéutica. En este sentido, cabe señalar que el tratamiento de la tuberculosis cutánea, que no difiere del tratamiento general de la tuberculosis de otros órganos, debe considerarse ante una alta sospecha, aunque no exista confirmación microbiológica<sup>5</sup>. Ciertamente, una respuesta terapéutica satisfactoria puede constituir un parámetro diagnóstico esencial de las tuberculosis cutáneas<sup>6</sup>.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Barbagallo J, Tager P, Ingleton R, Hirsch RI, Weinberg JM. Cutaneous tuberculosis. Diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2002;3:319-28.
2. Carrillo Casas E, Rodríguez Carballeira M, Sanjaume M, Martínez Lacasa J, Vives P, Garau J. Tuberculosis cutánea, mamaria y ganglionar sin afectación pulmonar en paciente sin inmunodepresión aparente. *Rev Clin Esp*. 2003;203:312-3.
3. Ferrándiz C, Ribera M. Tuberculosis cutánea. En: Drobnic L, Giménez Camarasa JM, editores. *Infecciones en dermatología*. Badalona: Baetalo; 2002. p. 313-26.
4. Fariña Sabaris MC, Escalonilla García-Patos P, Soriano Pérez ML, Martín Moreno L, Requena Caballero L, de Castro Torres A. Tuberculosis cutánea: actualización clinicopatológica y terapéutica. *Actas Dermosifiliogr*. 1996;87:509-19.
5. Gruber PC, Whittam LR, du Vivier A. Tuberculosis verrucosa cutis on the sole of the foot. *Clin Exp Dermatol*. 2002;27:188-91.
6. Sehgal VN, Sehgal R, Bajaj P, Srivastava G, Bhattacharya S. Tuberculosis verrucosa cutis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2000;14:319-21.
7. Wortman PD. Pulmonary and cutaneous tuberculosis. *J Am Acad Dermatol*. 1992;27:459-60.
8. Hernández-Martín A, Fernández-López E, Román C, de Unamuno P, Armijo M. Verrucous plaque on the back of a hand. *Cutis*. 1997;60:235-6.
9. Iizawa O, Aiba S, Tagami H. Tuberculosis verrucosa cutis in a tumor-like form. *Br J Dermatol*. 1991;125:79-80.
10. Arora SK, Kumar B, Sehgal S. Development of a polymerase chain reaction dot-blotting system for detecting cutaneous tuberculosis. *Br J Dermatol*. 2000;142:72-6.