

Lesión ulcerada de evolución rápida en mujer joven

M.^a Dolores López-Prieto^a, Elvira Pérez-Escolano^b, Luis Calbo-Torrecillas^a y M.^a Luisa Delgado^c

Servicios de ^aMicrobiología, ^bEnfermedades Infecciosas y ^cDermatología. Hospital del SAS de Jerez de la Frontera. Cádiz. España.

Caso clínico

Mujer de 26 años de edad sin antecedentes de interés que consultó por lesión cutánea en rama mandibular derecha de un mes de evolución. Comenzó tras la picadura de un insecto y presentó precozmente inflamación intensa, fiebre de 39 °C y adenopatías laterocervicales derechas, desarrollando en pocos días úlcera cutánea. Había recibido antiinflamatorios y antibióticos tópicos y orales sin mejoría. A la exploración se observó en hemicara derecha, sobre la rama mandibular, lesión de 1,2 × 0,7 cm de tonalidad rojiza, bordes sobreelevados brillantes, centro deprimido con superficie descamativa y base infiltrada (fig. 1), palpándose adenopatías submandibulares y preyugulares homolaterales. El resto de la exploración general fue normal así como los estudios de laboratorio practicados incluyendo hemograma, bioquímica y coagulación. A su vez y de forma paralela, estaba en estudio por ser contacto de un caso de tuberculosis pulmonar, el cual fue diagnosticado hacía 2 meses, obteniéndose un Mantoux de 22 mm. La radiografía de tórax no mostró imágenes patológicas. Se realizó biopsia cutánea para estudio anatomopatológico y microbiológico. El examen histológico mostraba dermatitis granulomatosa con focos de caseificación (fig. 2). No se observaron bacilos ácido-alcohol resistentes en la tinción de Ziehl-Neelsen ni presencia de leishmanias en la tinción de Giemsa.

Diagnóstico y evolución

Los hallazgos clínicos y anatomopatológicos eran compatibles con "*lupus vulgar*". Este diagnóstico fue confirmado por el crecimiento en los cultivos de la biopsia cutánea de colonias de *Mycobacterium tuberculosis* sensible a todos los fármacos antituberculosos de primera línea. Se instauró tratamiento tuberculostático con régimen de 3 fármacos durante 6 meses, observándose una evolución satisfactoria de la lesión en sus revisiones de control. Se aisló igualmente la cepa procedente del caso índice y se realizó estudio molecular mediante RAPD PCR-IS6110 obteniéndose un patrón idéntico en ambos casos.

Comentario

La tuberculosis cutánea es una enfermedad poco frecuente en nuestro medio y supone menos del 2% de la

tuberculosis extrapulmonar¹. Existen numerosas formas clínicas cuya clasificación está en relación fundamentalmente con el mecanismo de transmisión (endógeno o exógeno) y el estado inmunitario del paciente frente a los bacilos². La forma conocida como *lupus vulgar* es la más frecuente en Europa, afecta a pacientes con un grado de inmunidad elevado y generalmente acontece por diseminación desde un foco endógeno en pacientes previamente infectados. La adquisición exógena es infrecuente y requiere la rotura de la barrera cutánea para producir la infección³. La morfología de las lesiones es variada en forma de placas, úlceras, formas vegetativas o hipertróficas localizándose principalmente en cara, cuello y brazos⁴. La prueba de la tuberculina suele ser positiva y su evolución sigue un curso crónico. El diagnóstico de la tuberculosis cutánea es en ocasiones difícil y tardío debido a su rareza



Figura 1. Lesión ulcerada en hemicara derecha.

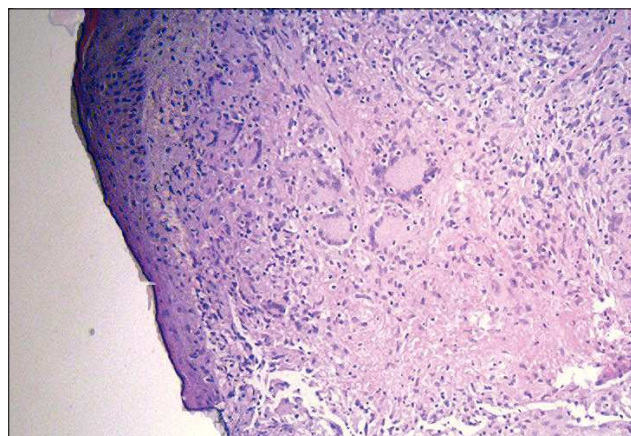


Figura 2. Estudio histopatológico: dermatitis granulomatosa con focos de caseificación.

Correspondencia: Dra. M.^aD. López-Prieto.
Servicio Microbiología. Hospital del SAS de Jerez de la Frontera.
Ctra. Circunvalación, s/n. 11407 Jerez de la Frontera. Cádiz. España.
Correo electrónico: lolalopezmicro@hotmail.com

Manuscrito recibido el 13-6-2006; aceptado el 18-9-2006.

y a la existencia de múltiples variantes clínicas y requiere la correlación de hallazgos clínicos e histológicos junto con exámenes microbiológicos que conduzcan al diagnóstico de certeza⁵. En este sentido a los métodos clásicos de tinción y cultivo hay que añadir la utilización de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) por su rapidez, sensibilidad y especificidad⁶.

Nuestro caso pensamos que aporta tres cuestiones de interés: la rapidez en establecer el diagnóstico, motivada quizá por la inclusión de nuestra paciente en un estudio de contactos que aportó datos orientativos. En segundo lugar la probable adquisición exógena debida a la exposición directa de la piel previamente lesionada al caso índice con tuberculosis pulmonar y por último la utilidad de las técnicas de epidemiología molecular para establecer la conexión epidemiológica entre los 2 casos⁷.

Bibliografía

1. Farina MC, Gegúndez MI, Piqué E, Esteban J, Martín L, Requena L, et al. Cutaneous tuberculosis: a clinical, histopathological and bacteriological study. *J Am Acad Dermatol*. 1995;33:433-40.
2. Barbagallo J, Tager P, Ingleton R, Hirsh RI, Weinberg JM. Cutaneous tuberculosis. Diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2002;3:319-28.
3. García Clemente M, García Pravia C, González Budiño T. Tuberculosis cutánea por inoculación directa. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:59.
4. Khandpur S. Lupus vulgaris: unusual presentations over the face. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2003;17:706-10.
5. Lipsker D, Grosshans E. What is Lupus vulgaris in 2005? *Dermatology*. 2005; 211:189-90.
6. 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.
7. Yates MD, Drobniewski FA, Wilson SM. Evaluation of a rapid PCR-based epidemiological typing method for routine studies of *Mycobacterium tuberculosis*. *J Clin Microbiol*. 2002;40:712-4.