

Úlcera tuberculosa en paladar duro en una paciente con infección por el VIH

Sr. Editor: La tuberculosis es la infección oportunista más frecuente en nuestro medio entre los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En estos pacientes, debido a su situación de inmunosupresión, tanto la reactivación de una infección pasada como la rápida progresión de una infección reciente, es más probable que en la población general¹. Las formas extrapulmonares y diseminadas de la tuberculosis suelen presentarse cuando el recuento de linfocitos CD4 es inferior a 200 células/μl. Sin embargo, la localización oral de la tuberculosis es rara, tanto en pacientes con infección por el VIH como en inmunocompetentes. Dentro de las manifestaciones orales de la tuberculosis, la localización en paladar duro es excepcional, aunque se han descrito casos aislados². En la mayoría de estas formas, el diagnóstico es relativamente sencillo, mediante biopsia de la lesión y/o cultivo del exudado. Sin embargo, debido a la rareza de esta localización, su tratamiento suele retrasarse debido a la falta de sospecha clínica.

Se presenta el caso de una paciente con infección por el VIH que, meses después de iniciar tratamiento antirretroviral, presentó una úlcera tórpida en paladar duro.

Mujer de 32 años, fumadora de 16 paquetes/año. Antigua adicta a drogas por vía parenteral. Actualmente consume cocaína inhalada de forma ocasional. Refería Mantoux negativo hacía 20 años a raíz de estudio de contactos con un familiar conviviente afectado de tuberculosis pulmonar. Se le diagnostica infección por el VIH en estadio A2 en 1991 y coinfección por el virus de la hepatitis C, a raíz de preoperatorio para la exéresis de un tatuaje. No había realizado nunca controles médicos hasta enero de 2002, motivo por el cual no se le había repetido ningún Mantoux, y su única sintomatología referida era pérdida de peso larvada de unos 4 kg en los últi-

mos años. Su carga viral del VIH basal (CV-VIH) era de 284.000 copias/ml y el recuento de linfocitos CD4 de 117 células/μl (15%).

La paciente era muy reticente a recibir tratamiento antirretroviral, pero finalmente éste se inicia con la combinación Trizivir® 1-0-1 (zidovudina + lamivudina + abacavir), además se indica profilaxis primaria para *Pneumocystis carinii* con cotrimoxazol (trimetoprima, 160 mg, más sulfametoxazol, 800 mg/día, 3 días a la semana, asociado a ácido folínico 15 mg/día, con buena adherencia al mismo. Al año de seguimiento, su CV-VIH es inferior a 50 copias/ml y sus linfocitos CD4: 263/μl (17,3%).

En una visita de seguimiento a los 5 meses de iniciar el tratamiento antirretroviral, explica notar una úlcera dolorosa en paladar duro sin ningún otro síntoma concomitante. La úlcera presenta entonces un aspecto inespecífico, tiene 4 mm de diámetro, con fondo blanco y bordes finos. Se realiza cultivo micológico en medio de Sabouraud del fondo de la úlcera que resulta negativo y se indica carbenoxolona tópica. La lesión presenta una evolución tórpida con agrandamiento de los bordes, que se hacen irregulares, con fondo muy ulcerado y con dolor a la ingesta. Seis meses después, ante la persistencia de la lesión descrita, se realiza biopsia de la úlcera, que muestra en algunas secciones lesiones granulomatosas con necrosis central, con negatividad para la tinción de auramina y de Ziehl-Neelsen. Ante este hallazgo en la biopsia, se practica Mantoux a la paciente que resulta de 27 mm de diámetro. Finalmente se practica tinción de auramina del exudado del fondo de la úlcera que resulta negativo y en el cultivo del mismo para micobacterias, se aíslan de 1-10 colonias de *Mycobacterium tuberculosis complex*. Pese a la normalidad de la radiografía de tórax y la ausencia de síntomas respiratorios, se cursaron tres muestras de esputo cuyas tinciones no observaron bacilos ácido-alcohol resistentes, pero posteriormente en los cultivos también crecieron 1-10 colonias de *M. tuberculosis*.

La paciente completó 6 meses de tratamiento tuberculostático con isoniazida y rifampicina, además de etambutol los primeros 2 meses, mostrando la úlcera una resolución macroscópica con reepitelización completa a las 4 semanas de iniciar el mismo. En la actualidad sigue controles por su infección por el VIH y, a los 6 meses de finalizar el tratamiento tuberculostático, se mantiene asintomática.

La tuberculosis puede afectar a cualquier órgano. Aunque los pacientes inmunocomprometidos tienden a

presentar formas atípicas extrapulmonares de tuberculosis, la localización orofaríngea es inusual y por lo general secundaria a infección pulmonar por autoinoculación³. La tuberculosis orofaríngea puede existir sin afectación pulmonar, tal como se ha descrito en numerosos casos de la literatura médica⁴. En el caso descrito, cabría la posibilidad de contaminación del esputo por mecanismo de "arrastré" a través de la úlcera, pues la paciente no tenía ningún signo clínico ni radiológico de afectación pulmonar. Cabría destacar asimismo que la práctica del Mantoux en pacientes con infección por el VIH es necesaria para establecer una posible profilaxis. Aunque su negatividad pierde valor diagnóstico en los enfermos inmunodeprimidos, la conversión de la reacción tuberculínica sin demostración de tuberculosis activa indicaría quimioprofilaxis, evitando así una probable reactivación de una infección latente.

En una serie española de Ceballos et al⁵ que describe las manifestaciones orales asociadas al VIH de 396 pacientes, se observa que la periodontitis es la principal enfermedad objetivada (78%), seguida de la candidiasis (65%), la leucoplaquia oral vellosa (16%), las lesiones por herpes virus (5%), el sarcoma de Kaposi (2%) y las úlceras tuberculosas en la lengua (0,25%). Otras series que revisan retrospectivamente casos de tuberculosis orales, como la de Mignona et al⁶, describen un porcentaje de estas formas ulceradas de un 69,1%, tanto en formas primarias como secundarias, en pacientes inmunocompetentes. Suelen tratarse de lesiones únicas o múltiples, generalmente de bordes irregulares y en ocasiones dolorosas.

Así pues, la mayoría de casos descritos de tuberculosis oral tanto en pacientes VIH como en no inmunocomprometidos, son en forma de úlceras linguales. Sin embargo y, con menos frecuencia, se describen también en la literatura especializada la localización amigdalal, faríngea, parotídea, labial, mandibular, gingival, y en localización palatina, tanto en paladar blando como en paladar duro⁷⁻⁹.

Sería pues un diagnóstico que debe tenerse en cuenta ante una lesión ulcerada oral de evolución tórpida, por lo que sería recomendable considerar la biopsia de la misma en estos casos.

Anna Soler, Elisabet Deig,
Mònica Vila y Enric Pedrol

Unidad de Enfermedades Infecciosas-VIH.
Hospital General de Granollers.
Granollers, Barcelona, España.

Bibliografía

1. Daley CL, Small PM, Scheter GF. An outbreak of tuberculosis with accelerated progression among persons infected with the HIV. *N Engl J Med* 1992;36:231-5.
2. Brooks J, Marier R, Sanders CV. Ulcer of hard palate. *JAMA* 1982;97:91-9.
3. Cakan A, Mutlu Z, Ozsoz A, Erbaycu AE, Unal T, Koynocu BO. Tuberculosis of oral mucosa. *Monaldi Arch Chest Dis* 2001;56:315-7.
4. Sierra C, Fortun J, Pais J, Gómez-Mampaso E. Tuberculosis of the palate without lung involvement. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1992;10:509-10.
5. Ceballos A, Aguirre JM, Bagan JV. Oral manifestations associated with human immunodeficiency virus infection in a Spanish population. *J Oral Pathol Med* 1996;25:523-6.
6. Mignona MD, Muzio LLO, Faula G, Ruoppo E, Sammartino G, Zarrelli C, et al. Oral tuberculosis: a clinical evaluation of 42 cases. *Oral Diseases* 2000;6:25-30.
7. Molina M, Ortega G, Vera V, Pérez R. Tuberculosis del paladar. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1996;14:630-1.
8. Fortun J, Sierra C, Raboso E, Pérez C, Plaza G, Navas E, et al. Tuberculosis of the otorhinolaryngologic region: laryngeal and extra-laryngeal forms. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1996;14:352-6.
9. De Pablo MA, Lamelas JA. Lingual tuberculosis in an HIV-positive patient. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1994;12:361-2.