

Diagnóstico a primera vista

Una causa inusual de absceso cutáneo a tener en cuenta



An unusual cause of cutaneous abscess to keep in mind

Lidia Maroñas-Jiménez^{a,*}, Diana Menis^a, María Garrido-Ruiz^b y Agustín Blanco-Echevarría^c

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^c Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

Caso clínico

Mujer de 57 años, natural de Rumanía, sin antecedentes personales conocidos. Acudió a urgencias por una tumoración cutánea abscesificada e indolora en el muslo izquierdo de un mes de evolución. En la exploración física presentaba una placa nodular ulcerada de bordes abruptos y fondo caseificado, junto a un gran conglomerado adenopático indoloro en la ingle izquierda (fig. 1). La paciente

estaba afebril y el resto de la exploración por aparatos fue anodina. En la analítica básica únicamente se evidenció una linfopenia de 200 células/mm³ (rango: 1,20-4,20 × 10³).

Se realizó una biopsia cutánea profunda que mostró granulomas necrotizantes en dermis y tejido celular subcutáneo (fig. 2). Con la tinción de Ziehl-Neelsen se observaron aislados bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) (fig. 3). La siembra posterior en medio de Löwenstein-Jensen evidenció el crecimiento de colonias no

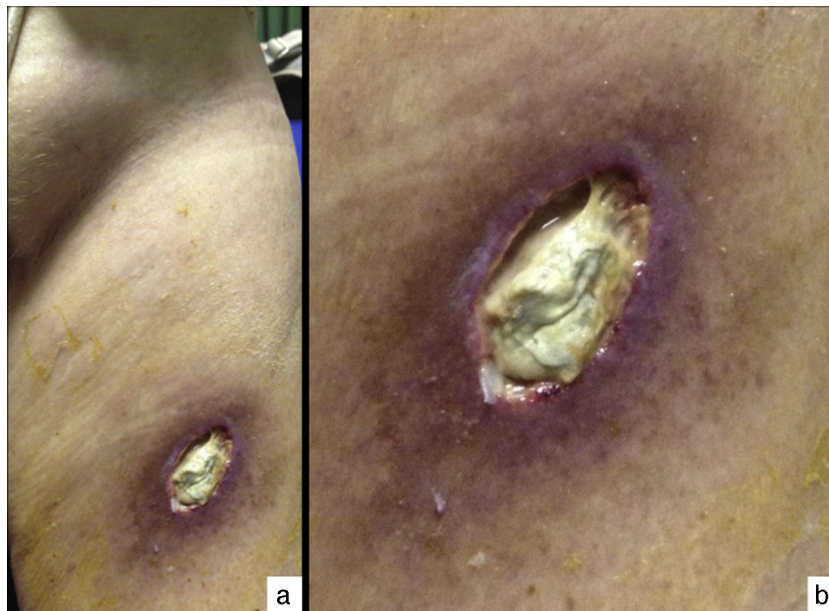


Figura 1. A) Conglomerado adenopático inguinal izquierdo y lesión cutánea ulcerada en muslo izquierdo de una paciente rumana de 57 años. B) Detalle clínico de la lesión cutánea, observándose una placa nodular eritematosa, ovaliforme de 12 × 6 cm, que presenta una úlcera central de bordes socavados intensamente violáceos con material caseoso.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lydia.marosjimenez@gmail.com (L. Maroñas-Jiménez).

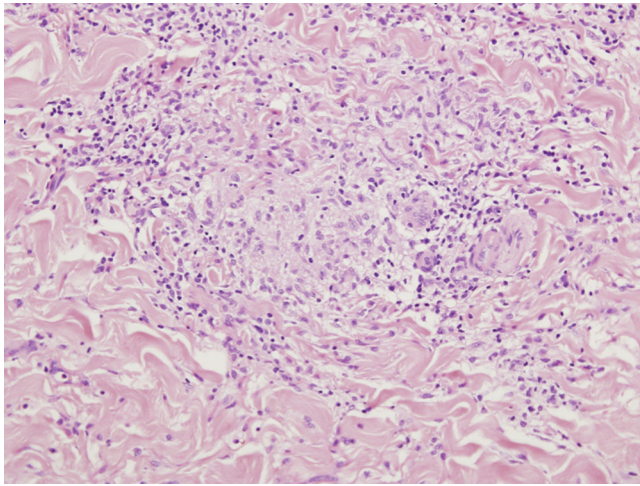


Figura 2. Detalle histológico de un granuloma tuberculoide, en el que se observa una pequeña zona central de necrosis rodeada por una corona inflamatoria compuesta por linfocitos y células gigantes multinucleadas (hematoxilina-eosina, $\times 200$).

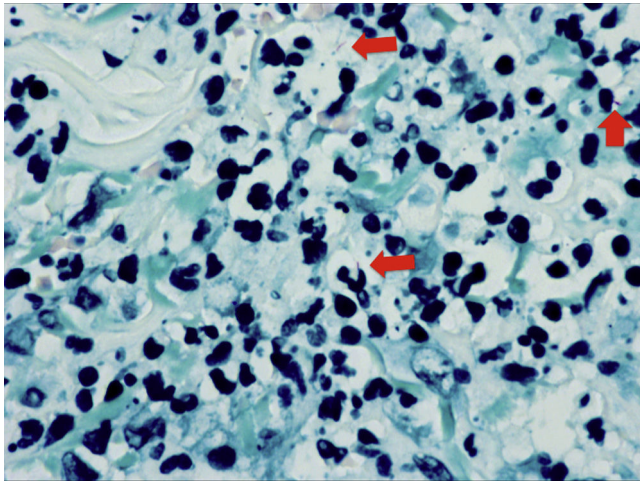


Figura 3. Aislados bacilos ácido-alcohol resistentes, finos y de morfología ligeramente curvada (flechas) tras la tinción con Ziehl-Neelsen.

pigmentadas, de aspecto rugoso y seco que recordaban a «migas de pan», tras 5 semanas de incubación. Las colonias aisladas en medio líquido (tubos MGIT[®]) fueron identificadas como *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*) complex por inmunocromatografía. La intradermorreacción de Mantoux, las baciloscopias en esputo y orina y los hemocultivos fueron negativos. Con pruebas de imagen se hallaron múltiples paquetes adenopáticos paraaórticos, ilíacos y sobre todo inguinales izquierdos y en las serologías se objetivó una infección previamente no conocida por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), con más de 10^7 copias/ml y 22 CD4/mm^3 . Los hallazgos clínicos y microbiológicos fueron compatibles con el diagnóstico de gomas cutáneas y afectación ganglionar por *M. tuberculosis* en el contexto de inmunosupresión severa por VIH. Tras 2 semanas de antituberculosstáticos (5 mg/kg/día INH, 10 mg/kg/día RIF, 20 mg/kg/día PZA y 15 mg/kg/día EMB), se inició tratamiento oral con EFV/FTC/TDF (600/200/245 mg/día), presentando un cuadro general de reconstitución inmune que se resolvió paulatinamente tras 15 días de prednisona (1 mg/kg/día)

e indometacina (25 mg/8 h) vía oral. En los 6 meses posteriores a la finalización del tratamiento antituberculoso, se observó una buena evolución clínica (resolución *ad integrum* de la lesión cutánea y desaparición de las adenopatías en control tomográfico), con recuperación inmunológica parcial (180 CD4/mm^3) y descenso de la carga viral a 50 copias/ml.

Comentario

La tuberculosis gomosa o colicuvativa (abscesos metastásicos tuberculosos) es una variante rara de la tuberculosis cutánea generalmente producida por la diseminación hematogena de *M. tuberculosis* desde un foco primario o en el seno de una tuberculosis miliar¹⁻⁴. A diferencia del escrofuloderma, no existe contigüidad con ningún foco de tuberculosis ósea o ganglionar subyacente²⁻⁴. Suele afectar a niños malnutridos y pacientes inmunodeprimidos (ID) aunque de forma excepcional se describen casos en huéspedes inmunocompetentes (IC)^{1,5,6}. Clínicamente se caracteriza por la formación de nódulos subcutáneos indolores de lento crecimiento o abscesos fríos con edema fluctuante, localizados principalmente en el tronco y las extremidades, que tienden a ulcerarse dando lesiones de bordes abruptos violáceos con supuración típicamente caseificada^{1,5}. A diferencia del caso que presentamos, las lesiones cutáneas aisladas son características de pacientes IC mientras que una afectación cutánea múltiple en localizaciones atípicas debería orientar hacia el estudio de inmunosupresión^{1,5,7,8}. En la histología se suelen encontrar granulomas tuberculoideos caseificantes y áreas de necrosis junto a un infiltrado inflamatorio inespecífico mixto que contiene abundantes BAAR, que pueden ser escasos o estar ausentes en los ID¹⁻⁵. El principal diagnóstico diferencial incluye las piodermis abscesificadas y procesos granulomatosos como las micosis profundas, los gomas sifilíticos y la leishmaniasis cutánea. No obstante, la escasa sintomatología local y la presencia de bordes socavados eritematopurpúricos en úlceras indolentes de perfil infeccioso son 2 hallazgos clínicos clave que deben hacernos sospechar y descartar un origen tuberculoso.

Agradecimientos

Agradecer a nuestros compañeros Rafael San Juan, Sara Gómez y Paula López, miembros del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario 12 de Octubre, su ayuda técnica y su excepcional colaboración en el estudio del caso.

Bibliografía

1. Almagro M, del Pozo J, Rodríguez-Lozano J, García Silva J, Yebra-Pimentel MT, Fonseca E. Metastatic tuberculous abscesses in an immunocompetent patient. *Clin Exp Dermatol.* 2005;30:247-9.
2. Bravo FG, Gotuzzo E. Cutaneous tuberculosis. *Clin Dermatol.* 2007;25:173-80.
3. Frankel A, Penrose C, Emer J. Cutaneous tuberculosis: A practical case report and review for dermatologist. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2009;2:19-27.
4. Barbagallo J, Tager P, Ingleton R, Hirsch RJ, Weinberg JM. Cutaneous tuberculosis: Diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2002;3:319-28.
5. Vidal D, Barnadas M, Pérez M, Coll P, Alomar A. Tuberculous gumma following venepuncture. *Br J Dermatol.* 2001;144:601-3.
6. Bachmeyer C, Ammouri W, Moguelet P, Charoud A, Buot G, Grateau G, et al. Metastatic tubercular abscesses (tuberculous gumma): An unusual diagnosis in France. *Ann Dermatol Venerol.* 2007;134:49-52.
7. Silva GA, Motta RN, Carvalho de Souza R, Lupi O, Azevedo MC, Ferry FR. Cutaneous tuberculous gummata in a patient with polymyositis. *An Bras Dermatol.* 2013;88:98-101.
8. Kalaria VG, Kapila R, Schwartz RA. Tuberculous gumma (cutaneous metastatic tuberculous abscess) with underlying lymphoma. *Cutis.* 2000;66:277-9.