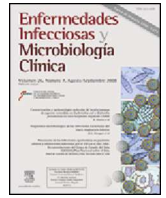




Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Prueba de la tuberculina en paciente con psoriasis

Tuberculin skin test in a patient with psoriasis

José Manuel Romero León*, María Carmen Gálvez Contreras y Luis Felipe Díez García

Unidad de Infecciosas, Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España



Caso clínico

Varón de 40 años y nacionalidad española con antecedentes personales de psoriasis en placas y artritis psoriásica. Tras el fracaso de diversas líneas de tratamiento convencional se decide el inicio de terapia biológica con infliximab (5 mg/kg i.v. en las semanas 0, 2 y 6). El paciente no presenta síntomas compatibles con tuberculosis y su radiografía de tórax es normal. Se envía desde Reumatología a la consulta de enfermedades infecciosas para valoración de una prueba de tuberculina (PT) previa al inicio de este tratamiento. A las 72 h se objetivó, en el lugar de la intradermorreacción con PPD-RT 23, una pápula inflamatoria eritematosa y descamativa, dolorosa, de 10 mm de diámetro (fig. 1).

Evolución

A las 2 semanas de la aplicación del PPD se delimita claramente una placa de unos 22 mm central, rodeada de un halo claro y una placa eritemato-escamosa de gran tamaño compatible con psoriasis (fig. 2). Se recibió el resultado de un test IGRA (*Interferon γ Release Assays*), que fue positivo. El diagnóstico fue de infección tuberculosa latente y fenómeno de Koebner secundario a la intradermorreacción con PPD-RT 23.

Comentario

El fenómeno de Koebner se define como la aparición de lesiones típicas de una determinada dermatosis en áreas de piel sana desencadenadas por diferentes procesos, entre los que se encuentran traumatismos, infecciones, exposición al frío o calor, presión, radiación X o radiación ultravioleta^{1,2}. Se ha observado en diferentes patologías como artritis reumatoide, dermatomiositis, lupus eritematoso sistémico, vitíligo, liquen plano y psoriasis³. Generalmente se limita al área afectada por la agresión, aunque puede extenderse a otras zonas. Su patogenia no es bien conocida; se ha propuesto que en respuesta a la agresión externa son liberadas numerosas citocinas proinflamatorias como la interleucina-1,

el factor de necrosis tumoral alfa y el factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos, que podrían inducir la aparición de la lesión⁴.

La aparición de un fenómeno de Koebner puede dificultar la lectura de la PT al malinterpretarse como una reacción al PPD positiva (falso positivo)⁵. Por ello, el diagnóstico de infección tuberculosa conviene confirmarse con la realización de una prueba alternativa como el IGRA, que en nuestro caso permitió asegurar que la lesión del paciente correspondía a una PT positiva, cuya administración desencadenó un fenómeno de Koebner secundario.

Si bien el fenómeno de Koebner es bien conocido por los dermatólogos, su descripción asociada a la realización de la PT es muy infrecuente y solo hemos encontrado 3 notificaciones en la literatura revisada hasta el momento de redactar este artículo. Piaserico



Figura 1. Lesión inflamatoria eritemato-escamosa aparecida a las 72 h en el lugar de la aplicación del PPD.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: peperomeroleon@hotmail.com (J.M. Romero León).



Figura 2. Gran placa psoriásica centrada en el punto de inyección del PPD, a los 14 días de su aplicación.

et al.⁶ y Sánchez-Moya⁷ describen 2 casos similares al aquí presentado con aparición de lesiones psoriásicas tras la inoculación del PPD. Khanna et al.⁸, por su parte, han notificado el desarrollo de psoriasis en una paciente previamente sana tras la realización de la PT.

Finalmente, recordamos que es fundamental realizar el cribado de una infección tuberculosa latente antes de iniciar cualquier terapia biológica.

Bibliografía

1. Sagi L, Traub H. The Koebner phenomenon. *Clin Dermatol.* 2011;29:231–6.
2. Weiss G, Shemer A, Trau H. The Koebner phenomenon: Review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2002;16:241–8.
3. Rubin AI, Stiller MJ. A listing of skin conditions exhibiting the Koebner and Pseudo-Koebner phenomena with eliciting stimuli. *J Cut Med Surg.* 2002;6:29–34.
4. Raychaudhuri SP, Jiang WY, Raychaudhuri SK. Revisiting the Koebner phenomenon. Role of NGF and its receptor system in the pathogenesis of psoriasis. *Am J Pathol.* 2008;172:961–71.
5. Lima EV, Lima MA, Duarte A, Marques C, Benard G, Lorena V, et al. Investigation of latent tuberculosis infection in patients with psoriasis who are candidate for receiving immunobiological drugs. *An Bras Dermatol.* 2011;86:716–24.
6. Piaserico S, Dan G, Peserico A. Koebner phenomenon in psoriasis induced by Mantoux test. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009;23:1103–5.
7. Sánchez-Moya AI. Infección y enfermedad tuberculosa en el paciente con psoriasis en tratamiento biológico [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma; 2012.
8. Khanna D, Singal A, Gupta R. Onset of psoriasis triggered by Mantoux test. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2014;80:451–4.