

Aspectos patológicos de tuberculosis cutáneas

Consideraciones generales: diagnóstico, medicina preventiva y tratamiento

Por los Dres.:

HÉCTOR A. GÓMEZ CANTERO, FERNANDO FERNANDEZ

LOURDES PEDROSO, ELEUTERIO MEDEROS,

JOSÉ DÍAZ DE LA ROCHA, CARLOS CASTAÑEDO.

1. Consideraciones generales.
2. Revisión sobre tuberculosis verrucosa cutis.

- | | | | |
|--------------|---|----------------------|------------|
| 2.1. | — | Sinonimia. | |
| 2.2. | — | Concepto. | |
| 2.3. | — | Etiología. | |
| 2.4. | — | Cuadro clínico. | |
| 2.5. | — | Histopatología. | |
| 2.6. | — | Diagnóstico, | positivo y |
| diferencial. | | | |
| 2.7. | — | Pronóstico. | |
| 2.8. | — | Medicina preventiva. | |
| 2.9. | — | Tratamiento. | |

Hemos tenido la oportunidad de estudiar y tratar en el Dpto. de Dermatología del Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Joaquín Albarrán”, de La Habana, algunos casos de tuberculosis cutáneas, los cuales pasamos a mostrarles:

En todos estos casos, si bien 110 fue posible su verificación de acuerdo con los postulados de Koch, sí se pudo llegar a conclusiones definitivas tomando como puntos de apoyo para establecer el diagnóstico: el cuadro clínico, el resultado del estudio histopatológico y la buena respuesta obtenida ante las medidas terapéuticas puestas en práctica.

Dichos casos son:

1. Chancro de inoculación (1).
2. Tubercúlides nódulo-necrótica (2).
3. Tuberculosis verrucosa (2).
4. Tuberculosis ósea fistulizada (1). debido a lo extenso del tema y habiéndonos llamado poderosamente la atención el hecho de encontrar en un número tan limitado de pacientes dos casos de tuberculosis verrucosa, hemos tratado de presentar en detrimento de otros aspectos, no por ello menos importantes, un estudio más detenido de esta entidad. Poniendo énfasis especial en el papel tan importante que puede y debe desempeñar la medicina preventiva en la erradicación de esta forma clínica de la tuberculosis, que aunque poco frecuente en nuestro medio, estamos en la obligación de esforzarnos cada vez más, basta lograr su total desaparición.

a) SINONIMIA.

A. Riehl y Paltauf, en 1886, después del estudio por ellos realizado, debemos el término de tuberculosis verrucosa, el

9 Del Departamento de Dermatología, Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Joaquín Albarrán”, La

Habana, Cuba.

cual sustituyó al tle escrofulide verrugosa (*Hurdy*, 1860), de lupus verrucosus (*Mac Cali Anderson*, 1877) y el de lupus escleroso y papilomatoso (*Vidal y Leioir*, 1882 I.

B) CONCEPTO.

Inoculación de la piel, *in situ*, por el mycobacterium tuberculoso y a la cual los bacilos pueden llegar, o bien del mismo enfermo (autoinoculación), o bien, del exterior, (inoculaciones profesionales de veterinarios, médicos, personal sanitario, matarifes, estudiantes de medicina). Debido a esto último, es la variedad de tuberculosis cutánea más frecuentemente debida a bacilos bovinos.

c) ETIOLOGÍA.

Existen varias razas de bacilos tuberculosos, las cuales no son igualmente patógenas para el hombre y de las cuales el bacilo tuberculoso bovino es el causante de la mayor incidencia de lesiones, que responden a la forma clínica de tuberculosis verrucosa, con la variedad de tubérculo anatómico o verruga necrogénica incluida dentro de esta forma clínica. También, aunque escasamente, se reportan casos de tuberculosis verrucosa, cuyo agente causal ha sido el bacilo tuberculoso humano.

d) CUADRO CLÍNICO.

Después de un período de incubación corto (a veces no comprobado) hace su aparición en el sitio atacado un eritema ligeramente doloroso (que a veces puede no existir), el cual se infiltra *a posteriori*, apareciendo en su superficie una pequeña pústula, una lesión úlcero-costrosa o un nódulo pequeño de color rojo o violáceo y hasta negruzco en la raza de color y de

estructura córnea, el cual a veces puede transformarse en absceso.

Así constituida la lesión en esta primera fase, se extiende con lentitud por sus bordes, aumentando cada lesión por invasión periférica, y no por confluencia de los nódulos; su porción central sufre una infiltración y aparece sobre ella una cobertura córnea, papilomatosa, surcada por grietas profundas de las cuales la presión puede hacer brotar a veces pequeñas gotas de pus.

En el período de estado, las lesiones están constituidas casi siempre por placas secas, hipertróficas, duras, únicas o múltiples de forma irregular, más o menos redondeadas; aunque a veces, pueden afectar tipos framboesiferomes y vegetantes. En dicho período de estado pueden exhibirse a nivel de las lesiones tres zonas distintamente constituidas. La primera de ellas, su borde externo de varios milímetros de anchura, el cual se eleva ligeramente de la piel normal, es infiltrado de color rojo oscuro o rojo violáceo, y está tapizado por una epidermis normal.³

La zona inedia, la cual se eleva algunos milímetros sobre la epidermis, se nos presenta ya francamente córnea, papilomatosa, verrucosa. En esta zona es posible apreciar grietas más o menos profundas y algunas veces pequeñísimas ulceraciones que se hallan cubiertas por costras bastantes adherentes. A la presión se observan salir pequeñas gotas de pus.²

La zona central, que a veces puede ser uniformemente lisa y de aspecto cicatricial, se nos presenta las más de las veces francamente verrucosa, con su base esclerosa y faltando en ella las ulceraciones que pueden ser constatadas en la zona media. El centro tiende lentamente a la curación por aplanamiento de las zonas primeramente atacadas,

luego pierde su color rojo que cambia en blanco mate y finalmente, queda una cicatriz atrófica pigmentada o no, que está libre para siempre de recidivas.²

De esta forma establecidas las lesiones en su período de estado y dejadas a su evolución natural, ésta se nos presenta en forma muy crónica durando años enteros, en los que su crecimiento es extraordinariamente lento, en forma serpiginosa, de donde la placa puede cicatrizar parcialmente pero la curación espontánea y de una forma completa, es rara.⁴

En estas condiciones puede mantenerse localizada o puede propagarse a los vasos linfáticos y ganglios regionales y aún, a veces, a la generalización visceral. Es pues, esta forma de tuberculosis una lesión bastante grave. La participación linfática, que sólo se da en esta tuberculosis cutánea (así como en el complejo primario), hace pensar en la posibilidad de una primoinfección, o por lo menos, en que una tuberculosis anterior, si la hubo, estará ya tan curada clínica y biológicamente que el organismo responde a una infección exógena con las lesiones linfáticas características del primer estadio.⁴

No es raro que los ganglios regionales sufran inflamaciones específicas; sirva de ejemplo, el ganglio cubital para la tuberculosis verrucosa de los dedos, pudiéndose ver entre la mano y el foco ganglionar los cordones linfáticos afectados, donde a su vez, no siempre se originan abscedaciones tuberculosas. En ocasiones también, se reblandecen los ganglios y se vacían a través de la piel.

Las localizaciones que más frecuentemente se observan en la práctica médica son las manos y los pies, sobre todo en el dorso de manos y dedos, y más aún, región interdigital del índice, pulgar y meñique; en los pies tenemos puntos preferidos, como

son tobillos y talones. Pero pueden verse localizaciones en cualquier lugar, como son en regiones glúteas, y aún en mucosas (observación de *Pautrier*).

f) DIAGNOSTICO. POSITIVO Y DIFERENCIAL.

Diagnóstico positivo:

Para llegar a un diagnóstico positivo dentro de esta entidad nosológica disponemos de armas muy poderosas y precisas como son:

1. Inoculación al cobaya (ya que los bacilos que se encuentran en las lesiones son muy escasos).

2. Cuadro histopatológico.

Disponiendo además del cuadro clínico.

Diagnóstico diferencial:

1. Cromoblastomycosis.

Diagnóstico diferencial más importante y uno de los más difíciles, por presentar esta afección un cuadro clínico muy parecido y localizaciones bastante similares. Pero puede establecerse el diagnóstico, al microscopio, al encontrar el organismo productor, o por biopsia al aislarse los esclerotes (*Sclerotic Fungus Cells*) en dermis profundo o en epidermis. Además de la siembra en medio de Sabouraud en que observamos una masa de tipo aterciopelado, negro intenso, sin difundir el pigmento en el medio.V.^{6*7}

2. Piodermitis vegetantes.

Su evolución es más aguda así como su crecimiento mucho más rápido. Puede alcanzar en semanas, el tamaño que la tuberculosis verrucosa necesita años para obtener. Sus sín-

tomas inflamatorios se revisten de una mayor agudeza, la supuración al comprimir la lesión es más abundante.^{2,8,9}

En algunos casos el diagnóstico sólo puede ser logrado mediante la ayuda del laboratorio (existencia del bacilo de Koch) si se cura la lesión rápidamente con tratamiento local a base de antisépticos.

3. *Botón de Oriente.*

Diagnóstico que también se presta a la confusión pero debajo de la capa hiperqueratósica del Botón de Oriente y en su superficie adherente se nos presentan unos espigones córneos bastante desarrollados.

Al hacerse el raspado de la úlcera y del material así obtenido para un frotis, se encuentran Lihsmánias.

4. *Bromides.*

Su cuadro clínico característico y la historia de ingestión del medicamento, son datos concluyentes que nos permiten hacer un diagnóstico bastante fácil.^{2,9}

5. *Pénfigo vegetante.*

Sus sitios habituales, axilas, ingle, región umbilical, boca y faringe, los trastornos generales que lo acompañan, el signo de Nikolsky, y el resultado de la biopsia en que, según Lever, las bulas están reducidas a meras fisuras, nos orientan fácilmente.

Pudiendo observar además en la electroforesis de las proteínas, inversión del índice serina-globulina.⁵

6. *Sífilis terciaria.*

La evolución de la enfermedad, sil cuadro clínico, con toma de diferentes sistemas de la economía y en especial del sistema nervioso, así como la aerología y examen del LCM, nos

permiten hacer rápidamente un diagnóstico de lúes.

7. *Psoriasis.*

El aspecto estructural de las lesiones, así como sus localizaciones habituales en superficies de extensión, los signos de *Auspitz* y de la Mancha de Esperma, prontamente nos dan el diagnóstico de esta entidad.^{6,6}

8. *Liquenificación verrucosa.*

Afección muy pruriginosa que persiste sin modificarse años enteros y que no es más que una variedad atípica de liquen plano y en la cual, el hallazgo fundamental en las biopsias de una banda de infiltración en dermis superior compuesta casi totalmente de linfocitos, nos aclara el diagnóstico.

9. *Sarcoides.*

Diagnóstico a veces muy difícil clínicamente, pero la biopsia y examen del corte nos permite hacer el diagnóstico con bastante presteza, al observar, como detalle sobresaliente, células epitelioides separadas entre sí por bandas de células linfocitarias.^{2,9,11}

e) HISTO PATOLOGIA.²¹ "

El aspecto estructural de la tuberculosis verrucosa se nos presenta bastante característico.

La epidermis se nos muestra grandemente alterada. Se observa una gran hiperqueratosis que tapiza de una capa córnea el vértice papilar y se infiltra entre las papilas, observándose verdaderas columnas córneas que según el plano en que han sido cortadas se asemejan a globos córneos que, aunque raro, pueden encontrarse.

R. C. M.
JUNIO 30. 1966

La capa granulosa se nos presenta también engrosada.

El cuerpo mucoso de Malphigio está afecto de una enorme acantosis, se constatan prolongaciones irregulares en dirección al dermis, las cuales al ser seccionadas oblicuamente en algunos cortes aparecen como islotes epidérmicos aislados. También podemos observar abundantes leucocitos los cuales se re-unen en algunos puntos del corte formando microabscesos intraepidérmicos.

En el dermis se observa un infiltrado abigarrado del cual forman parte células linfoides, leucocitos, fibroblastos, pocas plasmáticas e irregularmente agrupadas células gigantes y epitelioides, las cuales no configuran folículos verdaderos.

La trama conjuntiva se nos presenta edematosa, los vasos ectasiados. Hay escasez de bacilos pero su presencia puede ser demostrada casi siempre por la inoculación al cobaya.

g) PRONOSTICO.

Siempre ante un caso de tuberculosis verrucosa existe la posibilidad de que se originen linfangitis y adenitis tuberculosas satélites y aún tuberculosis generalizadas de evolución fatal, lo cual nos obliga a ser reservados en su pronóstico.

h) MEDICINA PREVENTIVA.

Debido a ser el mycobacterium tuberculoso bovino en la mayor parte de las veces, el responsable de esta entidad nosológica, aunque como ya se explicó anteriormente, puede ser debida al mycobacterium tuberculoso humano, se imponen ciertas medidas que a la luz y avance de la medicina preventiva en nuestro país, resultarán a la larga más prácticas y beneficiosas para el paciente y la comunidad que el mejor de los tratamientos

clínicos, que si bien bajo los conocimientos actuales son extraordinariamente efectivos, 110 es menos cierto, que con ellos no se consigue el verdadero fin y objetivo que debe plantearse todo estudioso ante una enfermedad, que es, el de la erradicación de un mal y no el triunfo más o menos dudoso que se obtiene ante un paciente con la aplicación del mejor, o más nuevo de los procedimientos terapéuticos.

Por todo lo anteriormente expuesto se aconsejan:

1. Estricto control sanitario sobre el ganado bovino.
2. Extremar las medidas protectoras y de higiene, personal y ambiental, por los compañeros trabajadores que desenvuelven su labor alrededor de la industria de la carne de res y sus derivados.
3. Charlas periódicas en sus centros de trabajo a fin de darles a conocer el porqué de estas medidas y su importancia.
4. Chequeo clínico periódico y en su mismo centro de trabajo por el dermatólogo.
5. No descuidar por parte de compañeros trabajadores médicos, veterinarios, personal sanitario y estudiantes de medicina, las medidas de protección usuales cuando se están manipulando organismos animales o humanos en la práctica diaria.
6. Reportaje obligatorio como enfermedad transmisible que es.

i) TRATAMIENTO.

(Véase cuadro sinóptico en la página siguiente).

- 1—**General.** 11
- 2—**Local.**

Electrocoagulación.

Droga	Dosis	Duración del Tratamiento	Toxicidad	Control
Estreptomicina	10-15 mg./Kg./día	4-16 semanas	Sistema vestibular Audición Renal	Audiometría Ex. Clínico Ex. Orina
Isoniazida	8 mg./Kg./día	18-36 meses	Neuritis	Ex. Clínico Fondo de ojo
Calciferol	600.000 U./semana	2 años	Vómitos Poliuria Polidipsia Pérdida de peso	Ex. Clínico Dosif. del calcio en sangre y orina. Eritrosedimentación.

RESUMEN

No perder de vista que ante un caso de tuberculosis extrapulmonar no debemos concretarnos a resolver los problemas que atañen exclusivamente al órgano o sistema dañado y privar a estos pacientes de las enormes ventajas de una quimioterapia intensiva.

De ahí que, una vez resueltos los problemas particulares de cualquier órgano o sistema atacado, debemos continuar con un esquema quimioterápico suficiente y adecuado; a este fin, entendemos que debe haber una íntima relación entre el dermatólogo y el tisiólogo, ya que biológicamente ante la presencia de una

forma extrapulmonar de tuberculosis debemos sospechar, hasta que no se demuestre lo contrario, la posibilidad de una diseminación.

Por todos estos motivos, los médicos debemos recordar que cualquier caso de tuberculosis extrapulmonar debe ser declarado inmediatamente a las Dependencias de Salud Pública, con el objetivo de iniciar el contacto con los convivientes, y de esta manera establecer medidas inmediatas de control a fin de cumplir con el principal postulado de la Medicina Preventiva, que es "impedir la propagación de las enfermedades trasmisibles".

BIBLIOGRAFIA

1. —*Darier*: Dermatología.
2. —*Gay Prieto*: Dermatología, 1962.
- 3.—*P^r Castelló*: Dermatología y Sifilología. 1953.
- 4- *Kalkoff*: Tuberculosis Cutáneas. 1951.
5. *C. Castañedo y cois*: Dermatología para el médico práctico, 1965.
6. —*Suzberger-U'olf-Witten*: Dermatology Diagnosis and Treatment, 1961.
- 7—*Dario Arguelles*: Histopatología.
- 8—*Pillsbury*: Shelley Kligusan, Dermatology, 1956.
- 9.—*Sutton*: Dermatology..