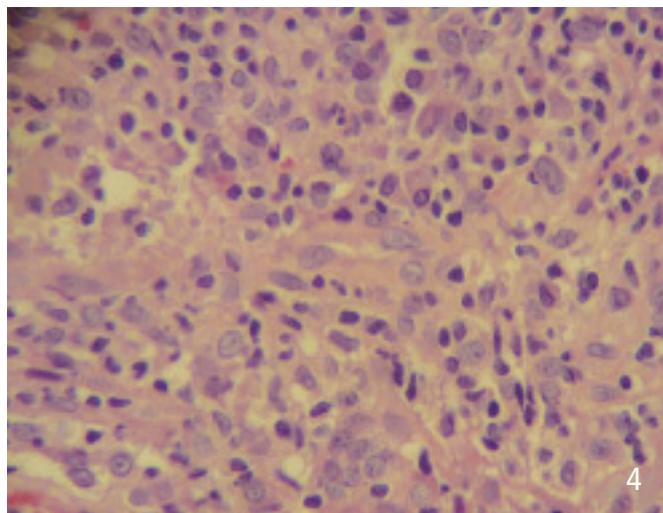
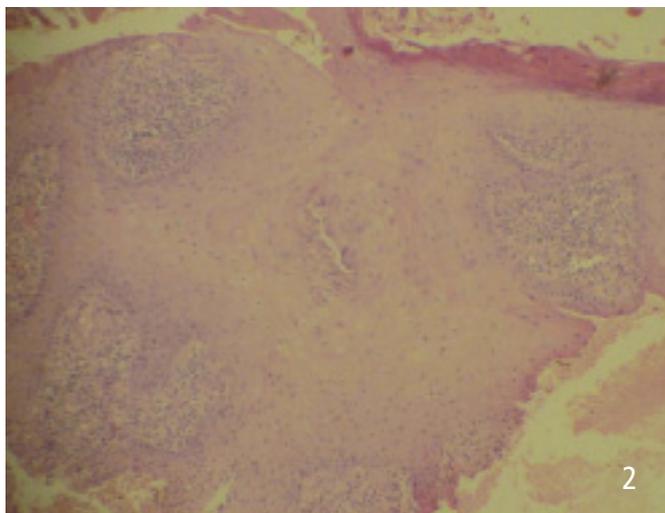


Responsable Dra. Ingrid Rivera

# Adolescente con placa costrosa en rodilla izquierda.

LIDIA GÓMEZ ROCHA<sup>1</sup>, INGRID RIVERA<sup>1</sup>, RICARDO SANDOVAL<sup>1</sup>, JACOBUS DE WAARD<sup>2</sup>, OSCAR REYES-JAIMES<sup>3</sup>, ELSY CAVALLERA<sup>3</sup>, OLGA ZERPA<sup>4</sup>.



**Figura 1:** placa costrosa en rodilla izquierda; **Figura 2:** Gruesa hiperqueratosis laminar. Hiperplasia epitelial irregular. Presencia de infiltrado difuso en dermis superficial y profunda; **Figura 3:** cicatriz residual en rodilla izquierda posterior a tratamiento; **Figura 4:** macrófagos con diferenciación epitelioides, células linfoides y células plasmáticas.

### Historia

Adolescente masculino de 15 años de edad, natural y procedente de Caracas, quien desde hace 7 años presenta placa eritematosa, indurada, costrosa en rodilla izquierda tratada tópicamente sin mejoría.

Antecedentes familiares abuelo materno con tuberculosis pulmonar.

### Estudios de Extensión

Pruebas Intradérmicas

- PPD: 24 mm
- Leishmanina: 0 mm
- Esporotriquina: 0 mm

Directo Micológico:

- Negativo

Cultivos:

- Bacteriológico: negativo
- Micológico: negativo
- Micobacterias: negativo

<sup>1</sup> Dermatólogos egresados del Instituto de Biomedicina. UCV

<sup>2</sup> Jefe Laboratorio de TBC del Instituto de Biomedicina. UCV

<sup>3</sup> Dermatólogos adjuntos del Instituto de Biomedicina. UCV

<sup>4</sup> Dermatologa Instituto Medico la Floresta. Ex coordinadora de la sección de Leishmaniasis del Instituto de Biomedicina

Autor para correspondencia:

Dra. Gómez Rocha Lidia.

Correo electrónico:

lidiagomezrocha@yahoo.com

## ¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO? TUBERCULOSIS VERRUGOSA CUTIS

### Discusión

La tuberculosis ha sido un problema de salud pública desde tiempos remotos; actualmente ha recobrado importancia por una reemergencia de la infección en el siglo XX debido a la pandemia del VIH, al creciente número de personas que se encuentra en tratamiento inmunosupresor por diversas causas, las inmigraciones y al surgimiento de cepas multiresistentes<sup>1</sup>. Sin embargo la escasa investigación en el área ha llevado a clasificarla como una enfermedad huérfana, junto con otras 9 patologías infecciosas desatendidas (malaria, tripanomiasis africana, dengue, leishmaniasis, esquistomiasis, enfermedad de Chagas, lepra, filarisis linfática y concocercosis) que afectan desproporcionalmente a las poblaciones pobres y marginalizadas en las regiones en desarrollo de África, Asia, Centroamérica y América del Sur. La Organización Mundial de la Salud desarrolla una estrategia llamada Alto a la Tuberculosis (2006-2015) la cual plantea detener y reducir la incidencia para el año 2015, reducir la prevalencia y mortalidad en un 50% para el 2015 y eliminarla para el año 2050 (1/1.000.000 hab)<sup>2</sup>.

Las puertas de entrada de la infección son, mayormente, la vía pulmonar e intestinal, siendo la tuberculosis cutánea una manifestación de compromiso sistémico. Sin embargo hay casos en que la puerta de entrada es la piel<sup>3</sup>.

Este caso se trata de una Tuberculosis Verrugosa Cutis, una forma de tuberculosis cutánea que se desarrolla como resultado de la inoculación del *M. tuberculosis* en la piel de un huésped previamente sensibilizado. Se localiza en sitios propensos a traumatismos como manos y miembros inferiores. Suelen ser lesiones únicas, no asociadas a adenitis regional. El PPD es positivo por ser formas de alta inmunidad celular pudiendo ser necesarios repetidos intentos para aislar el agente.

Los agentes etiológicos aislados son el *Mycobacterium tuberculosis*, aunque el *Mycobacterium bovis* y el bacilo de Calmette-Guérin, empleado en la vacuna BCG, también son capaces de producir lesiones cutáneas<sup>4</sup>.

La tuberculosis cutánea representa un pequeño porcentaje de todos los casos de tuberculosis, entre 1 y 2%, pero en países con alta prevalencia de la enfermedad, cobra importancia el número de casos debido a su difícil diagnóstico y tratamiento, lo cual representa un alto costo. La incidencia en niños es variable de 12,8-45,1%. La escrofuloderma y el lupus vulgar son las dos formas clínicas más comunes<sup>5,6</sup>. La asociación entre TBC cutánea y visceral se da en aproximadamente 28% de los casos<sup>7</sup>.

El diagnóstico de tuberculosis cutánea se basa en la historia clínica y el examen físico; el aislamiento del germen se realiza fundamentalmente a través de 3 formas: observación directa por tinción de muestras clínicas (tinciones de Zielhl-Neelsen y auramina), aislamiento de las micobacterias en cultivos en medios sólidos como Lowenstein-Jensen y agar sangre, o medios líquidos radiométricos, y técnicas de biología molecular como la reacción

en cadena de la polimerasa (PCR)<sup>7</sup>. Sin embargo la confirmación bacteriológica no siempre es posible.

En este paciente en base a los antecedentes epidemiológicos y un PPD positivo recibió una prueba terapéutica con pirazinamida, rifampicina e isoniacida con mejoría completando los 6 meses de tratamiento y sin recidiva a los 3 años de tratamiento.

En Venezuela, las Unidades Sanitarias, que son las encargadas de suministrar al paciente el tratamiento antituberculoso, exigen el aislamiento del germen para dar el tratamiento al paciente, sin embargo, en ocasiones como las de este caso no es posible lograrlo, ya que las pruebas diagnósticas actuales si bien son muy específicas, tienen sensibilidades muy bajas<sup>2,7</sup>. Es por ello que la prueba terapéutica está cobrando cada vez mayor importancia como diagnóstico en este tipo de tuberculosis; de ahí la importancia de este caso<sup>1,5,8</sup>. ●

### Resumen

La tuberculosis ha sido un problema de salud pública desde tiempos remotos; actualmente ha recobrado importancia debido a la pandemia del VIH, al creciente número de personas en tratamiento inmunosupresor por diversas causas, las inmigraciones y el surgimiento de cepas multiresistentes. Los autores describen un caso de tuberculosis cutánea en rodilla izquierda en un adolescente masculino de 15 años, cuyo diagnóstico se realizó a través de un hallazgo histopatológico en la biopsia incisional de granuloma por agente vivo y prueba terapéutica.

**Palabras clave:** *tuberculosis cutánea, prueba terapéutica.*

### Diagnosis:

#### Teenager with scabby plaque on left knee

### Abstract

Tuberculosis has been a public health problem since ancient times; now it has regained importance due to the HIV pandemic, the growing number of people receiving immunosuppressive therapy for different pathologies, immigration, and the emergence of multidrug-resistant pathogens. The authors describe a case of cutaneous tuberculosis on left knee in a 15 year old male, whose diagnosis was made by the histopathological finding in the incisional biopsy of a live agent granuloma and a therapeutic trial.

**Key words:** *cutaneous tuberculosis, therapeutic trial.*

### Referencias

1. Concha, M et al. Tuberculosis cutánea: reporte de dos casos y revisión de la literatura. Rev. chil. infectol.[online]. 2011; 28: 262-8.
2. Dubrous P, Alaoui H, N'Dounga Mikolo B et al. Diagnosis of tuberculosis in developing countries: new perspectives. Med Trop (Mars). 2009;69:618-28.
3. Handog E B, Gabriel T G, Pineda R T. Management of cutaneous tuberculosis. Dermatol Ther 2008; 2: 154-61.
4. Mataix J, Botella R, Herrero A et al. Tuberculous primary complex of the skin. Int J Dermatol 2008; 47: 479-81.
5. Saritha M, Parveen B A, Anandan V et al. Atypical forms of lupus vulgaris - a case series. Int J Dermatol 2009; 48 : 150-3.
6. Bravo F G, Gotuzzo E. Cutaneous tuberculosis. Clin Dermatol 2007; 25: 173-80.
7. Derese Y, Hailu E, Assefa T et al. Comparison of PCR with standard culture of fine needle aspiration samples in the diagnosis of tuberculosis lymphadenitis. J Infect Dev Ctries. 2012;6: 53-7.
8. Panzarelli A. Tuberculosis cutánea. Derm venez 1998;36:45-51.