

III. Tubercúlides de la cara: Una expresión diferente de la tuberculosis

Gisela Navarrete*

La tuberculosis cutánea es una enfermedad infecciosa crónica, causada por el *Mycobacterium tuberculosis*; generalmente por reinfección a través de una vía endógena o exógena¹

Clínicamente es una dermatosis polimorfa, de ahí que presente numerosas variedades clínicas, lo que da lugar a diversas clasificaciones de las cuales la más utilizada en México es la de Latapí, Escalona y Estrada, que se menciona a continuación:

1. Formas fijas, tuberculosis verdaderas, habitadas o normérgicas.
 - Tuberculosis colicuativa.
 - Tuberculosis luposa.
 - Tuberculosis verrugosa.

- Tuberculosis ulcerosa.
 - Tuberculosis miliar aguda.
2. Formas diseminadas, hematógenas, tubercúlides, no habitadas o hiperérgicas:
 - Tuberculosis nodular profunda.
 - Tuberculosis nódulo-necrótica.
 - Tuberculosis liquenoide.
 - Tuberculosis nodulares de la cara.

En el primer grupo puede encontrarse el bacilo en las lesiones cutáneas, de ahí el nombre de habitadas o verdaderas, en cambio en el segundo caso no se encuentra el bacilo, son dermatosis provocadas por una reacción alérgica al bacilo o a los productos del mismo, por eso el nombre de tubercúlides o no habitadas.¹

* Subjefe del Laboratorio de Dermatopatología del Centro Dermatológico Pascua. Profesor Adjunto del Curso de Posgrado en Dermatopatología, UNAM. Presidente de la Sociedad Mexicana de Dermatología.

Hasta hace unos años, las variedades clínicas más frecuentes eran las formas fijas y de éstas la colicuativa, la luposa y la verrugosa, y del grupo de las llamadas tuberculoides, la tuberculosis nodular profunda, conocida también como eritema indurado de Bazin; las demás formas clínicas eran verdaderamente excepcionales. Actualmente esta circunstancia ha sufrido cambios importantes como lo demuestra un estudio realizado en el Centro Dermatológico Pascua que abarca un período de 15 años (1985-2000) y en el que se encuentran 443 casos de tuberculosis cutánea, de los cuales 158 correspondieron a tuberculosis nodular profunda, 116 a las llamadas tuberculoides nodulares de la cara y 59 a tuberculosis verrugosa.²

Las tuberculoides nodulares de la cara que en este caso ocupan el segundo lugar en frecuencia, hasta hace unos años se presentaban muy rara vez.²

El término tuberculoides fue utilizado por primera vez en 1896, por Darier, para designar a un grupo de lesiones cutáneas asociadas con tuberculosis de órganos internos, las cuales se caracterizaban por ser simétricas, su aparición era por brotes, su evolución era benigna y su estructura histológica variaba desde cambios inflamatorios banales, hasta una estructura tuberculosa.³

En 1917, Lewandowsky describió las llamadas tuberculoides rosaceiformes⁴ y Ardnt en 1911 habló de un cuadro clínico similar al que denominó lupus miliar diseminado facial. Pautrier considera a todos estos términos sinónimos de una misma entidad.^{5,6}

La etiopatogenia de las tuberculoides nodulares de la cara hasta la fecha es motivo de controversia, ya que no se demuestra la presencia del bacilo de la tuberculosis. Por otro lado, la respuesta al PPD es muy variable en estos pacientes, no siempre existen focos tuberculosos concomitantes y algunos autores incluso refieren pobre o nula respuesta a la terapéutica antifímica.⁷

Las tuberculoides nodulares de la cara, se observan en ambos géneros, con predominio en el femenino y sobre todo en adolescentes y adultos jóvenes.^{2,8}

La topografía de elección es la cara, pero puede presentarse en zonas vecinas a la misma como son pabellones auriculares, cuello, tórax, etc., es bilateral y simétrica. Morfológicamente, la lesión es nodular, de tamaño que varía de 1 a 3 mm o más, de color rojo, rojo amarillento, traslúcido, etc. Las lesiones, habitualmente numerosas se inician de manera súbita y evolucionan por brotes hacia la cronicidad.

Degos clasificó a las tuberculoides nodulares de la cara en dos grupos: de grandes y pequeños elementos. La primera corresponde a nódulos voluminosos, brillantes que tienden a la supuración, esta forma también es conocida como acnitis de Barthelémy por su gran parecido con los cuadros de acné vulgar. La segunda forma: de pequeños elementos, corresponde a la forma rosaceiforme de los franceses.^{2,5,6}

Desde el punto de vista histopatológico el hallazgo constante en todos estos casos es el granuloma tuberculoide, y únicamente varía el grado de reacción inflamatoria y la presencia o ausencia de necrosis.²

En la casuística del Centro Dermatológico Pascua, los 116 casos estudiados de tuberculoides nodulares de la cara presentaron la estructura granulomatosa y la necrosis se observó en el 10% de ellos. Por otro lado, 10 pacientes mostraron alteraciones oculares que correspondieron a una flictenulitis límbica cuyo signo cardinal fue la fotofobia.

La respuesta al PPD fue muy variable en todos los pacientes y se encontró un foco tuberculoso concomitante en el 10% de los casos.

El diagnóstico de la tuberculosis cutánea, en general sigue siendo de exclusión. En el caso de las tuberculoides nodulares de la cara, se debe establecer principalmente con acné, rosácea y demodocidosis, entre otros.⁹

Con respecto al tratamiento, es exactamente el mismo que para la tuberculosis sistémica: estreptomicina, 0.5 g diarios ó 1 g cada tercer día hasta completar 30 g sin pasar de esta dosis para evitar alteraciones del VII par e isoniazida, de 5 a 8 mg por kg de peso por día o bien; rifampicina, 600 mg diarios; etambutol, 600 mg por día, pirazinamida, 20-25 mg por kg de peso por día. Pueden utilizarse estos esquemas que son los tradicionales o bien los actuales, pero siempre administrar por lo menos dos medicamentos.^{1,2,9}

En las lesiones de la tuberculosis cutánea la respuesta terapéutica al tratamiento antifímico es relativamente rápida, independientemente de la variedad clínica de que se trate, pero se recomienda mantenerlo de 10 a 12 meses para evitar recidivas.^{1,2,9}

Referencias

1. **Saúl A.** Enfermedades producidas por Micobacterias. Tuberculosis cutánea. Lecciones de Dermatología. Méndez Editores. 1³a. Edición, México; 1993:72-84.
2. **Novales J.** Tuberculosis de la piel. Programa de Actualización Continua en Dermatología. Galderma. 1^a. Edición. México 2000:40-52.
3. **Snapp RH.** Lewandowsky's Rosacea-Like eruption. A clinical study. J Invest Derm 1949;13:175-190.
4. **Michelson HE.** Does the Rosacea-Like Tuberculid exist?. Arch Dermatol 1958:681-688.
5. **Pautrier LM.** Tuberculose cutanee. Nouvelle pratique Dermatologique Masson et Cie Paris 1936;3:361-972.
6. **Pautrier LM, Woringer FR.** Tuberculoides micronodulares de la cara. Bulí Soc Fr Derm Syph 1938;45:121-129.
7. **Calnan CD.** Revisión sobre Tuberculoides. Medicina cutánea 1967:61-64.
8. **Shitara A.** Lupus miliaris disseminatus faciei. Int J Dermatol 1984; 23:542-544.
9. **Rodríguez O.** Tuberculosis cutánea. Rev Centro Dermat Pascua 1993;2:53-64.