

Coordinador: Manuel de la Llata-Romero
Colaboradores: Juan Urrusti-Sanz
Jesús Aguirre-García
Roberto Sánchez-Ramírez

Mujer de 56 años de edad con nódulos dolorosos y úlceras cutáneas

Luis Alejandro Sánchez-Hurtado,^a Leonor Elia Zapata-Altamirano^a y Leticia Pérez-Sáleme^{b,*}

^aServicio de Medicina Interna, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México D.F., México

^bServicio de Infectología, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México D.F., México

Presentación del caso

Paciente femenina de 56 años de edad, originaria de Oaxaca, residente en la ciudad de México desde hace 5 años. Empleada doméstica, soltera. Combe positivo, padre y hermano con historia de tuberculosis pulmonar. Portadora de hipertensión arterial sistémica desde hace 21 años, controlada con metoprolol. Artritis reumatoide diagnosticada hace 12 años, bajo tratamiento con AINES; previamente fue tratada con metotrexato y azatioprina. Al momento de su valoración inicial sin datos de actividad. Al interrogatorio intencionado niega ingesta de esteroides para el control de la AR.

Inicia 4 años previos a su ingreso con lesiones eritematosas de aspecto papular, a nivel de los dedos de ambas manos, dolorosas, que drenaban material sero-purulento y evolucionaron a úlceras, con exacerbaciones y remisiones intermitentes y pobre respuesta al tratamiento con antibióticos diversos (ciprofloxacino, dicloxacilina, metronidazol y eritromicina, entre otros).

En septiembre del 2004 inicia con dermatosis caracterizada por nódulos dolorosos en ambos codos, de consistencia remitente, sin cambios en el aspecto de la piel, con duración de 2 semanas que remitieron espontáneamente. Posteriormente se agregan lesiones nodulares dolorosas en codo izquierdo una de las cuales evolucionó hacia una úlcera de bordes bien delimitados, en sacabocado, profunda, de 2 cm. de diámetro, así como otras 2 lesiones nodulares dolorosas, que evolucionaron también a úlceras, en la cara anterior del antebrazo derecho en su tercio distal, con una base eritematoviolácea, dejando expuesto el plano muscular de 2 x 2 cm. Se agregó también una lesión en la parte proximal del pulgar derecho, de 1 x 1 cm, de características similares a las anteriores, así como aumento de volumen en la región interescapulovertebral derecha, fluctuante y dolorosa a la palpación. El resto de piel y anexos sin alteraciones.

Durante su evolución la paciente presentó fiebre de predominio vespertino, hasta de 38.5° C, acompañada de diaforesis de forma intermitente, sin ninguna otra sintomatología sistémica, motivo por el que es referida a nuestra unidad.

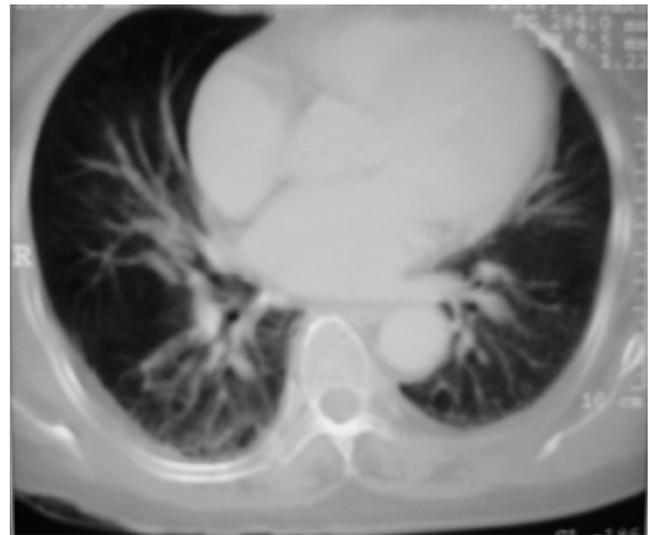


Figura 1. TC de tórax donde se evidencia infiltrado con patrón miliar bilateral, así como el involucro de tejidos blandos de la región dorsal.

Estudios realizados

A su ingreso se le practicaron biometría hemática, química sanguínea y electrolitos séricos; las pruebas de funcionamiento hepático no mostraron alteraciones. PPD negativo, sin testigo. Baciloscopias de expectoración negativas, serología para VHB, VHC y VIH, también negativas.

Radiografía de tórax, reportada sin alteraciones; sin embargo una TC de alta resolución de tórax, evidenció parénquima pulmonar con patrón reticular difuso, paquipleuritis bilateral y presencia de colecciones en tejidos blandos del dorso (Figura 1).

Se realizó drenaje y lavado de gran cantidad de material purulento, cuya tinción de Ziehl-Neelsen demostró la presencia de abundantes bacilos ácido alcohol resistentes (Figura 2).

*Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dra. Leticia Pérez-Sáleme, Servicio Infectología Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. Av. Cuauhtémoc 330, Col. Doctores, Deleg. Cuauhtémoc, 06725 México D.F. Correo electrónico: lepesa@prodigy.net.mx

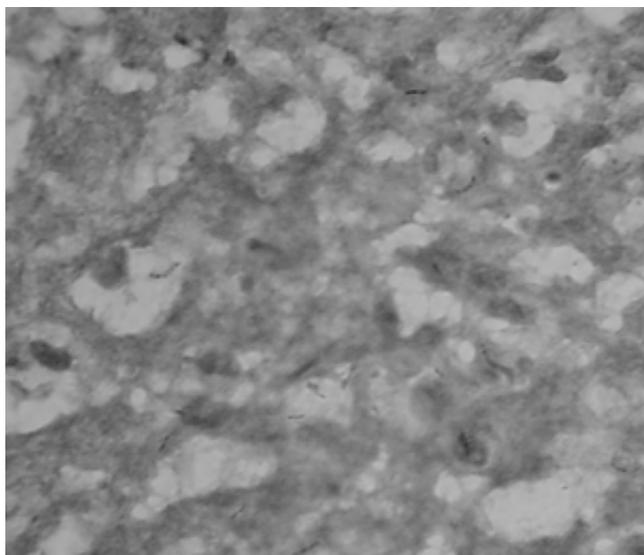


Figura 2. Tinción de Ziehl-Neelsen de la secreción obtenida de las úlceras, donde se observan bacilos ácido alcohol resistentes.

La biopsia escisional de la piel de las lesiones ulcerosas mediante tinción de hematoxilina-eosina reveló datos de paniculitis granulomatosa de predominio septal; vasos con necrosis fibrinoide (Figura 3). La tinción de Ziehl-Neelsen fue negativa en la biopsia de piel, sin embargo el cultivo para micobacterias, en medio líquido (BACTEC) aisló *M. tuberculosis*, identificado mediante prueba rápida de ADN por hibridación de ácidos nucleicos (AccuPROBE) (Figura 4). Se realizó prueba de sensibilidad cualitativa para isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol, mediante el equipo

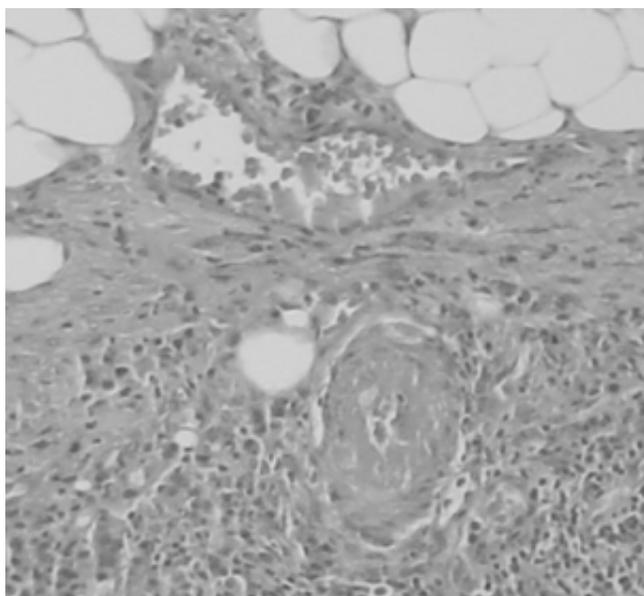


Figura 3. Biopsia de piel, donde se observan datos de paniculitis granulomatosa de predominio septal en la dermis, con datos de necrosis fibrinoide (hematoxilina-eosina, 20x).

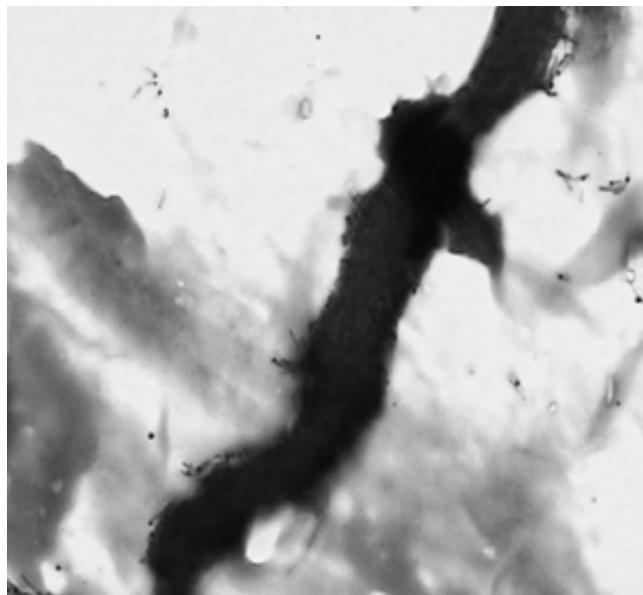


Figura 4. Cultivo de *Mycobacterium tuberculosis*, obtenido de la biopsia de piel.

farmacológico BACTEC SIRE, resultando sensible a todos los antifímicos probados.

Con los datos de laboratorio e histopatología se estableció el diagnóstico de tuberculosis miliar con afección cutánea y pulmonar por *Mycobacterium tuberculosis*. Se inició tratamiento antifímico el día 2 de diciembre de 2004, con Rifater (isoniazida 300 mg/d, rifampicina 600 mg/d, pirazinamida 1600 mg/d) y etambutol 1200 mg/d, con adecuada respuesta al tratamiento.

Durante su evolución la paciente presentó infarto agudo al miocardio (marzo de 2005), resolviéndose sin complicaciones ni deterioro de su clase funcional.

Posteriormente la paciente es hospitalizada del 30 de marzo al 14 de mayo del 2005, por ataque al estado general, síndrome febril, pérdida de peso y disnea, documentándose derrame pleural bilateral importante y reactivación de lesiones cutáneas, por lo que se realizó lavado quirúrgico. Al interrogatorio intencionado refería pobre adherencia al tratamiento antifímico, hecho que se consideró causa de la recaída. En esta ocasión no se pudo realizar aislamiento de la cepa. Se inició tratamiento empírico con Rifater + etambutol + ciprofloxacino + amikacina + imipenem, con respuesta favorable durante su hospitalización, egresando por mejoría y siendo enviada para continuar su TAES (tratamiento acortado estrictamente supervisado) en su unidad de medicina familiar.

Discusión

La tuberculosis miliar cutánea es una rara infección diseminada por *Mycobacterium tuberculosis*, consignando la literatura 40 casos, 20 de los cuales corresponden a pacientes con coinfección por VIH, considerándose una manifestación de la diseminación hematogena del bacilo a la piel a partir de un foco primario, en la mayoría de los casos pulmonar.²⁰

En este caso aun cuando no se presentó sintomatología respiratoria, los hallazgos de los estudios de imagen, sugieren un patrón de distribución miliar y paquipleuritis por infección pulmonar, con lo cual asumimos que éste es el foco primario, desde donde se diseminaron las microbacterias, vía hematogena, a la piel.

Es importante resaltar, que la presentación de la tuberculosis miliar cutánea generalmente se asocia con situaciones de inmunosupresión, siendo la infección por VIH la entidad más frecuentemente asociada a esta variante clínica de TB cutánea.^{1,9,10} Esta paciente cursa con enfermedad reumatológica, artritis reumatoide, que puede condicionar alteración de la inmunidad celular, a la que se suma el efecto del tratamiento inmunosupresor previamente recibido (azatioprina y metotrexato).

Se han descrito casos de TB cutánea con ligero predominio en mujeres, como sucedió en nuestra paciente.^{9,12, 13}

Conclusión

La presentación de este caso es importante, ya que es el primero en la literatura mundial donde se documenta asociación de artritis reumatoide con tuberculosis miliar cutánea. Por otra parte, lograr el aislamiento de esta cepa traduce una gran carga bacilífera, probablemente debido a su cronicidad y a la inmunosupresión asociada. Así mismo, demuestra la importancia de sospechar etiología tuberculosa, en los casos que involucran lesiones crónicas, de evolución atípica, con ausencia de respuesta a los antibióticos.

Por otra parte, el apego por parte del paciente y la supervisión estricta del tratamiento son fundamentales para la adecuada respuesta del proceso infeccioso, así como para evitar recaídas del mismo.

Referencias

1. **Ramesh V, et al.** Isolation of drug-resistant tubercle bacilli in cutaneous tuberculosis. *Pediatric Dermatology* 2001;18:393-395.
2. **Kaur Ch, Sarkar R, Kanwar A.** How safe is nose-piercing? Inoculation cutaneous tuberculosis revisited. *Int J Dermatol* 2003;42:645-646.
3. **Gussman J, Starke J, Correa A, et al** A report of cutaneous tuberculosis in siblings. *Pediatric Dermatology* 2003;20:404-407.
4. **ngus B, Yates M, Byren I.** Cutaneous tuberculosis of the penis and sexual transmission of Tuberculosis confirmed by molecular typing. *CID* 2001;33:e132-e134.
5. **Diaz-Betancourt M, Muñoz-Olano A, Klinger J.** Micobacterium tuberculosis responsible of cutaneous disease alter percutaneous inoculation of solutions: a case report. *Int J Dermatol* 2003;42:464-566.
6. **Güclüer H, Demarcay Z, Gürbüz O.** Cutaneous tuberculosis. *Scand J Infect Dis* 2000;32:434-436.
7. **Hui Ch, Garg A, Pennie R.** Is cutaneous tuberculosis infectious? A case presentation and practical management plan. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2003;24:870-871.
8. **Villalba-Caloca et al** Tuberculosis: un problema de actualidad. *Gac Méd Méx* 2003;139:471-480.
9. **Kivanc-Altunay I, Baysal Z, Rezan T, Köslü A.** Incidence of cutaneous tuberculosis in patients with organ tuberculosis. *Int J Dermatol* 2003;42:197-200.
10. **Parapeto F.** Tuberculosis cutánea ¿Enfermedad emergente? *Piel* 2004;19: 63-66.
11. **Chowdhury M, Varma S, Howell S, et al.** Facial cutaneous tuberculosis: an unusual presentation. *Clin Exp Dermatol* 2000;25:48-50.
12. **Fenniche S, Ben Jennet S, Marrak H et al.** Cutaneous tuberculosis: anatomoclinical features and clinical course 26 cases. *Ann Dermatol Venereol.* 2003;11:1021-1024
13. **Hamada M, Urabe K, Moroi Y, et al.** Epidemiology of cutaneous tuberculosis in Japan: a retrospective study from 1906 to 2002. *Int J Dermatol* 2004;43: 727-731.
14. **Datta S, Spencer J.** Cutaneous tuberculosis in pregnancy. *J Obst Gynecol* 2004;24:455.
15. **Senturk N, Aydin F, Haciomeroglu P, et al.** Pulmonary tuberculosis and cutaneous mycobacterial infection in a patient with incontinentia pigment. *Pediatr Dermatol* 2004;21:660-663.
16. **Faghihi G, Yoosefi A.** Unusual case of cutaneous tuberculosis associated with rheumatoid arthritis: a case report and literature review. *Int J Dermatol* 2002;41:913-916.
17. **Thompson K, Donzelli J, Jensen J, et al.** Breast and Cutaneous mycobacteriosis: diagnosis by fine-needle aspiration biopsy. *Diagnostic cytopathology* 1997;17:45-49.
18. **Rodríguez Acar M, Aguilera Martínez V.** Tuberculosis cutánea verrugosa. Presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2003;12:71-74.
19. **Cabrera Hernandez E, Cancela García B.** Tuberculosis nodular profunda. Reporte de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua.* 1997;6:45-47.
20. **High W, Evans C, Hoang M.** Cutaneous military tuberculosis in two patients with HIV infection. *J Am Acad Dermatol* 2004;50: s110-s113.
21. **Ponce de León A, García-García M, García-Sancho M, et al.** Tuberculosis and diabetes in Southern Mexico. *Diabetes Care* 2004;27:1584-1590.
22. **García-García M, Small P, García-Sancho M, et al.** Tuberculosis epidemiology and control in Veracruz, Mexico. *Int J Epidemiol* 1999;28:130-140.
23. **Baez-Saldaña R, Pérez Padilla J, Salazar Lezama M.** Discrepancias entre los datos ofrecidos por la Secretaría de Salud y la Organización Mundial de la Salud sobre tuberculosis en México, 1981-1998. *Salud Pública Mex* 2003; 45:78-83.
24. **Corbett E, Watt C, Walter N, et al.** The growing burden of tuberculosis *Arch Intern Med* 2003;163:1009-1021.