

Tuberculosis Cutanea

REPORTE DE UN CASO

AUTORES: RIZZO C.; BISERO E.; LUQUE G.; MELILLO K.; FAVIER M. I.; ZAPATA A.; CUELLO M.S.
Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas - El Palomar - BA
Neumonología Infantil - Dermatología - Bioquímica - Anatomía Patológica

INTRODUCCION: Se denomina tuberculosis cutánea a la enfermedad infecciosa crónica, ocasionada por el *Mycobacterium tuberculosis*. Es poco frecuente y particularmente difícil de diagnosticar.

OBJETIVO: Se presenta un caso de tuberculosis cutánea en un niño con lesiones dermatológicas crónicas, de evolución tórpida, sin respuesta a los tratamientos instituidos y con biopsia de piel con granulomas caseosos.

CASO CLÍNICO: Niño de 8 años, procedente de la localidad de Moreno, provincia de Buenos Aires, de mal medio socioeconómico, con malas condiciones de higiene y hacinamiento, desnutrido. Con antecedentes patológicos de: hipotiroidismo congénito (tratado con levotiroxina), episodios de obstrucción bronquial recurrente desde los 2 años, otitis y laringitis a repetición, hipoacusia. Antecedentes familiares de asma. Consulta a dermatología por presentar lesión alopecíca ulcerada en cuero cabelludo de más de dos meses de evolución (tratada con corticoides locales), máculas hipo pigmentadas rugosas al tacto en mejillas, lesión en región suprapúbica redondeada con pérdida de sustancia, ulcerada y dolorosa, tratada con griseofulvina sin respuesta (sin estudio micológico previo) y blefaritis en ojo izquierdo (tratado con colirio con antibiótico más dexametasona). Imagen N° 1-2-3

Diagnósticos presuntivos dermatológicos: micosis profundas, epitelomas, sífilis y leishmaniasis. Se solicita examen micológico de las lesiones en cara y cuero cabelludo con resultado negativo. Continúa con griseofulvina, incorporándose cefalexina por sospecha de sobre infección bacteriana. Se indica suspender la crema con hidrocortisona aplicada en la lesión de cuero cabelludo. Se recibe serologías para *Histoplasma capsulatum*: IgM e IpgH negativas. A las dos semanas se observa empeoramiento de las lesiones en cuero cabelludo y región suprapúbica (aumento de tamaño y mayor secreción). Se solicita consulta oftalmológica: secreción purulenta de párpado superior, caída de pestañas, ojo rojo y chalazión.

Laboratorio: GB 6600/mm³, Hb 12.6 gr/dl, PQT 279000/mm³. Función renal y hepática normal. Perfil lipídico normal. Hormonas tiroideas normales. Serologías: V.D.R.L. y HIV: negativos. Proteinograma con IEF normal. IgG: normales. Hisopado nasal negativo. Orina normal.

Se programa biopsia de cuero cabelludo, lesión suprapúbica y cara. Dermatología solicita consulta con neumonología infantil. BCG con 1 cicatriz de RN, P.P.D 2UT de ingreso y a los 2 meses de inm. Rx de tórax normal. TACAR normal Ecografía abdominal normal. Radiografía de ambas caderas y cráneo normales. Búsqueda de foco: negativo

Se recibe anatomía patológica de la lesión suprapúbica: dermatitis granulomatosa con sectores de necrosis caseosa. Ziehl-Nielsen y PAS negativos. Cultivo 30 y 45 días negativos.

Con diagnóstico de probable tuberculosis cutánea por la cronicidad del proceso, falta de respuesta a los tratamientos instituidos, tipo de lesiones y resultado de la biopsia se asume como tuberculosis cutánea forma gomosa, inicia tratamiento con H (5mg/kg/d), R (10mg/kg/d), Z (25mg/kg/d) y E (10mg/kg/d) más Vit. B6 con buena evolución de las lesiones a los meses de tratamiento (Imagen N° 4).



Imagen N°1. Secreción purulenta de párpado superior, caída de pestañas, ojo rojo y chalazión.



Imagen N°2. Lesión alopecíca ulcerada en cuero cabelludo.



Imagen N°3. Lesión en región suprapúbica redondeada con pérdida de sustancia, ulcerada y dolorosa.



Imagen N°4. Evolución de la lesión a los 2 meses de tratamiento.

CONCLUSIONES:

La TBC cutánea es infrecuente. Suele pasar desapercibida por mucho tiempo. Su diagnóstico debe ser considerado tanto en pacientes inmunocompetentes como en inmunodeprimidos que presenten lesiones crónicas en la piel, sin respuesta a los tratamientos instituidos.