Rev Clin Esp. 2018;218(Espec Congr):475

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-252 - TUBERCULOSIS CUTÁNEA

C. Helguera Amezua[1], M. Nataya Solís[2], J. Rodríguez Prida[1], J. Javier Santamaría del Tío[3], L. Pérez Casado[1], C. Delgado Verges[1], M. Campoamor Serrano[1] y G. López-Colina Pérez[1]

[1]Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias). [2]Medicina Interna. Hospital V. Álvarez Buylla. Mieres (Asturias). [3] Medicina Interna. Hospital Comarcal de Jarrio. Coaña (Asturias).

Resumen

Objetivos: Describir las características clínicas, pruebas diagnósticas, evolución y tratamiento de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis cutánea en el Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón).

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de tuberculosis cutánea diagnosticados en nuestro centro entre el año 2015 y el año 2017.

Resultados: Se han diagnosticado 4 casos de tuberculosis cutánea, 3 de los cuales eran hombres (75%), con una media de edad al diagnóstico de 76 años (DE ± 22,2). La manifestación cutánea más frecuente fue en forma de placas ulceradas supuradas en tres de los casos y en el caso restante en forma de nódulo cutáneo-subcutáneo no supurado sin signos inflamatorios. Las lesiones se localizaban en las manos en la mitad de los pacientes y en el tórax en la otra mitad. Ninguno de los pacientes presentaba inmunodepresión. El quantiferon fue positivo en 3 de los pacientes (75%) e indeterminado en 1. La baciloscopia fue negativa en todos los casos y la PCR positiva tan sólo en 1 (25%). La biopsia mostró inflamación granulomatosa necrotizante y caseificante en todos ellos. El cultivo dio el diagnóstico definitivo etiológico, siendo el causante el Micobacterium tuberculosis en la totalidad de los pacientes. El tiempo medio desde la aparición de la lesión cutánea hasta el diagnóstico definitivo mediante cultivo fue de 12,5 meses (DE ± 8,1, rango 6-24). En los pacientes con afectación de la mano, se les diagnosticó también de tuberculosis ósea. Sólo uno de los casos presentaba además infección tuberculosa pulmonar. En tres casos (75%), el diagnóstico definitivo fue escrofuloderma. El tratamiento recibido fue cuádruple terapia con rifampizina, isoniazida, pirazinamida y etambutol durante 8 semanas, seguido de rifampizina e isoniazida durante 12 semanas en tres de los pacientes. El otro paciente realizó tratamiento con etambutol, pirazinamida, moxifloxacino e isoniazida durante 10 semanas, seguido de isoniazida y etambutol hasta completar 12 semanas por reacción adversa con fiebre al inicio de la cuádruple terapia habitual.

Discusión: La forma más frecuente fue el escrofuloderma. Su vía de infección es endógena, en nuestro estudio por contigüidad en dos pacientes por su asociación con la tuberculosis ósea. Con frecuencia, como se refleja en esta revisión, la baciloscopia puede ser negativa, siendo de gran importancia la toma de biopsia cutánea (con hallazgos característicos) y la realización de cultivo, el gold standard.

Conclusiones: La baja prevalencia de la tuberculosis cutánea y la inespecificidad de las lesiones provocan un claro retraso en el diagnóstico, de ahí la importancia de la sospecha clínica, sobretodo en pacientes inmunodeprimidos y en regiones donde la prevalencia de la tuberculosis sea elevada.

0014-2565 / © 2018, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.