

Tuberculíde papulonecrótica. Caso clínico

Papulonecrotic tuberculid. Case report

Dra. Z. Meltem Akkurt^a, Dra. Derya Uçmak^a, Dr. Veysi Fidan^a, Dra. Gül Türkcü^b y Dra. Selvi Kelekçi^c

RESUMEN

Una niña de 12 años fue atendida por presentar pápulas milimétricas diseminadas que involucraron hacia escaras varioliformes. La prueba de tuberculina fue fuertemente reactiva. Se diagnosticó una tuberculosis pulmonar subyacente y la paciente respondió al tratamiento antituberculoso. La tuberculíde papulonecrótica es una erupción cutánea que se cree debida a hipersensibilidad ante un foco subyacente de tuberculosis y sería un indicador de buen estado inmunitario.

Palabras clave: tuberculíde papulonecrótica, tuberculosis cutánea, niño.

SUMMARY

A 12-year-old girl was seen with widespread millimetric papules which resolved leaving varioliform scars. Tuberculin test was strongly reactive. Underlying pulmonary tuberculosis was diagnosed. The patient responded to antituberculous treatment. Papulonecrotic tuberculid is a skin eruption thought to be due to hypersensitivity to an underlying focus of tuberculosis and is an indicator of good immunologic status.

Keywords: *Papulonecrotic tuberculid, cutaneous tuberculosis, child.*

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2013.e5>

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Una niña de 12 años consultó en forma ambulatoria por presentar pápulas eritematosas y pruriginosas de un año de evolución. Las lesiones cicatrizaban en 2 a 3 semanas y no respondían a la administración de antibióticos tópicos o sistémicos. No había antecedentes familiares de lesiones similares o de tuberculosis. En el examen físico se observaron cicatrices varioliformes diseminadas de 2 a 3 mm de diámetro. Entre ellas había también algunas papulovesículas grisáceas, ligeramente eritematosas.

La prueba de tuberculina tuvo una respuesta vesicular fuertemente positiva de 30 mm (*Figura 1*). La histopatología de las lesiones mostró infiltración perivascular linfocitaria, atrofia moderada en el área epidérmica, con degeneración del colágeno en la dermis subyacente. En la dermis profunda, había infiltración linfocitaria en las paredes vasculares con células endoteliales prominentes. Estos hallazgos se consideraron compatibles con un estadio temprano de tuberculíde papulonecrótica. En la radiografía de tórax se observaron lesiones cavitarias bilaterales y linfadenopatías. La paciente comenzó el tratamiento antituberculoso con cuatro fármacos. Seis semanas después refirió que había cesado la aparición de nuevas lesiones.

DISCUSIÓN

La tuberculíde papulonecrótica es una erupción cutánea que se cree debida a hipersensibilidad ante un foco subyacente de tuberculosis. La erupción que se observa con mayor frecuencia se presenta en forma de pápulas necróticas agrupadas; es crónica, recurrente y asimétrica. Al comienzo las lesiones son pápulas eritematosas asintomáticas. Luego la necrosis del centro de la lesión produce la formación de una úlcera en forma de cráter, cubierta por una costra. A medida que la lesión se cura, queda una escara atrófica algo pigmentada. Con frecuencia están afectadas las extremidades.

En los pacientes con tuberculíde papulonecrótica habitualmente hay un foco latente de tuberculosis en los órganos internos o en los ganglios linfáticos. Las lesiones se deberian a la diseminación hematogena del microorganismo. En 30% a 40% de los casos, el foco primario es una tuberculosis extracutánea. Los focos más frecuentes son los ganglios linfáticos. Aunque la mayoría de los casos se deben a infección por *M. tuberculosis*, también puede ocurrir después de la vacunación con BCG.

La prueba de tuberculina en general es positiva. La tuberculíde papulonecrótica se cree que ocurre por liberación de mediadores inmunitarios contra un foco interno de tuberculosis en pacientes con inmunidad moderada o alta. Se piensa que sería un indicador de buen estado inmunitario.

a. Departamento de Dermatología.

b. Departamento de Patología.

c. Departamento de Pediatría.

Dicle University, Facultad de Medicina, Diyarbakir, Turquía.

Correspondencia:

Dra. Z. Meltem Akkurt: meltem@doctor.com

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 6-7-2012.

Aceptado: 29-9-2012.

La tinción y cultivo de las lesiones dérmicas no muestra bacilos. Sin embargo, se ha identificado DNA micobacteriano en hasta 80% de las biopsias cutáneas de pacientes con tuberculide papulonecrótica.^{1,2}

El diagnóstico puede demorarse, dado que la tuberculide papulonecrótica es infrecuente y puede no haber un foco abierto de tuberculosis. Aunque la histopatología y la prueba tuberculínica indican el diagnóstico, la respuesta al tratamiento es la confirmación definitiva.³

Histopatología

Los hallazgos histopatológicos varían según el estado de las lesiones cutáneas. Se puede observar vasculitis leucocitoclástica, linfocítica o granulomatosa. Puede acompañarse de necrosis fibrinoide y oclusión trombótica de los vasos. Los cambios vasculares son infrecuentes en los niños. Algunos casos muestran recanalización vascular y zonas de necrosis con forma de cuña con la base hacia la epidermis, rodeadas por células gigantes y epiteloides. Se pueden ver también empalizadas histiocíticas similares al granuloma anular. Aunque se puede encontrar necrosis folicular o supuración, las células inflamatorias agudas son infrecuentes. En las lesiones más avanzadas, en la dermis, un área de necrosis por coagulación se extiende hacia el tejido subcutáneo rodeada de células inflamatorias. La tinción de Ziehl-Neelsen es negativa y en la tinción inmunohistoquímica predominan los

linfocitos T, lo que es compatible con una reacción de hipersensibilidad de tipo IV. También pueden encontrarse algunas células presentadoras de antígenos. No se observan linfocitos B.^{3,4}

Enfermedades asociadas y diagnóstico diferencial

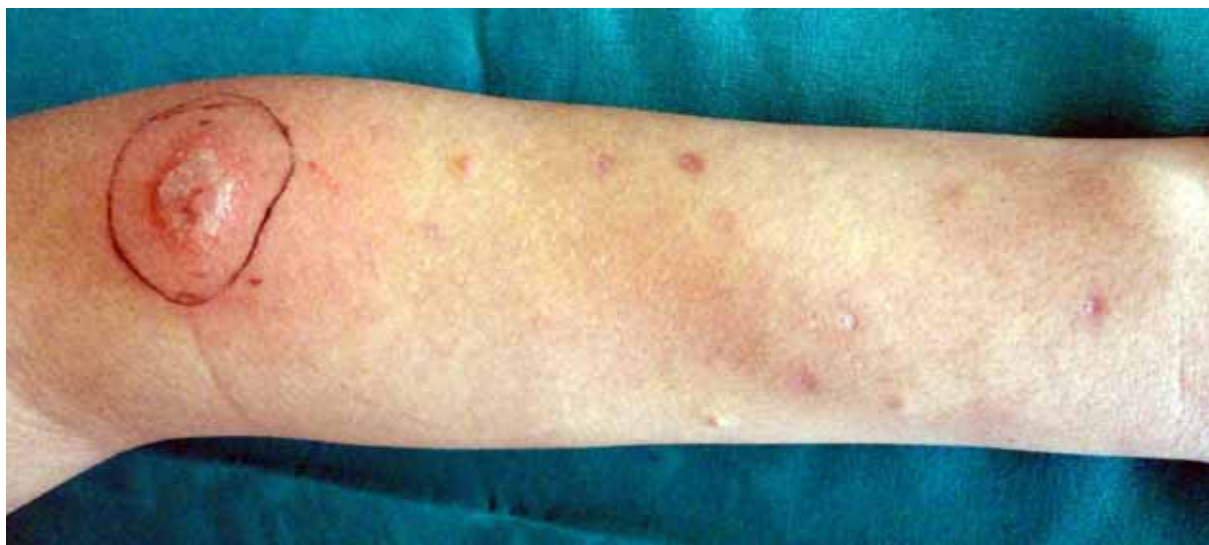
La tuberculide papulonecrótica ha sido asociada con tuberculosis cutánea, como el lupus vulgar, el eritema indurado de Bazin y el escrofuloderma. También se comunicó asociada a la arteritis de Takayasu, el lupus eritematoso discoide y el eritema nudoso. Se sabe que la tuberculide papulonecrótica puede progresar a lupus vulgar o liquen escrofuloso.

Se deben considerar como diagnósticos diferenciales: picadura de insecto, prurigo, vasculitis leucocitoclástica, pitiriasis liquenoide aguda, granuloma anular perforante, foliculitis supurativa, sífilis secundaria, tuberculosis miliar y papulosis linfomatoidea.³

Tratamiento

Las lesiones no se resuelven espontáneamente, pero responden al tratamiento antituberculoso. Mitsubishi y cols., han comunicado casos de pacientes con remisión espontánea. Se propuso como explicación el alto estado inmunitario observado en estos pacientes.¹ Sin embargo, no se debe demorar el tratamiento antituberculoso en los enfermos con tuberculide papulonecrótica.

FIGURA 1. Cicatriz varioliforme en el antebrazo. A la izquierda, marcada con un círculo, prueba de tuberculina fuertemente reactiva



Puntos claves

- Prueba de tuberculina fuertemente reactiva.
- La tuberculide papulonecrótica sería un indicador de buen estado inmunitario.
- El foco tuberculoso primario más frecuente es el ganglio linfático.
- La tinción y el cultivo de las lesiones no muestran el microorganismo.
- El DNA micobacteriano se encuentra en 80% de las lesiones.
- Las lesiones se resuelven con tratamiento antituberculoso. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Mitsuishi T, Iida K, Kawana S. Papulonecrotic tuberculid with spontaneous remission. *J Dermatol* 2006;2:112-4.
2. Quiros E, Bettinardi A, Quiros A, et al. Detection of mycobacterial DNA in papulonecrotic tuberculid lesions by polymerase chain reaction. *J Clin Lab Anal* 2000;14:133-5.
3. Niemeyer-Corbellini JP, Spinatto D, Boechat N, et al. Papulonecrotic tuberculid on the scalp. *Int J Dermatol* 2008;47:1028-32.
4. Wong S, Rizvi H, Cerio R, O'Toole EA. An unusual case of vulval papulonecrotic tuberculid. *Clin Exp Dermatol* 2010;36:277-80.