

mi paciente es...

## Una mujer de 44 años con una lesión de lóbulo auricular derecho



**Rosario Alarcón Cabrera**  
Dermatóloga.  
Facultad de Medicina.  
Universidad de Concepción.  
Chile.



**Felipe Solís Huerta**  
Alumno de la  
Facultad de Medicina.  
Universidad de Concepción.  
Chile.



**Carolina Delgado Schneider**  
Patóloga. Colaboradora  
Docente. Facultad de  
Medicina. Universidad  
de Concepción. Chile.

Mi paciente es una mujer de 44 años que acude a la consulta por presentar lesión de lóbulo auricular derecho, de unos 5 años de evolución, del tamaño de una lenteja rosada, que ha ido creciendo con el paso del tiempo, tornándose más violácea, hasta cubrir casi la mitad del pabellón; por ese motivo decidió consultar a su médico general, el cual nos la remitió para valoración. No tiene antecedentes personales ni familiares de relevancia.

A la exploración apreciamos una paciente con buen estado general, que presentaba una placa elevada eritematoviolácea, de superficie papulosa descamativa, blanda, no dolorosa al tacto, que cubría la mayor parte del lóbulo auricular derecho, insinuándose hacia la mejilla y extendiéndose hacia arriba hasta la mitad del hélix (figs. 1 y 2). La vitropresión



**Figura 1.** Placa eritematoviolácea de lupus vulgar hipertrófico, de superficie papular descamativa en cara anterior de lóbulo auricular.



**Figura 2.** Afectación de cara posterior de lóbulo auricular.

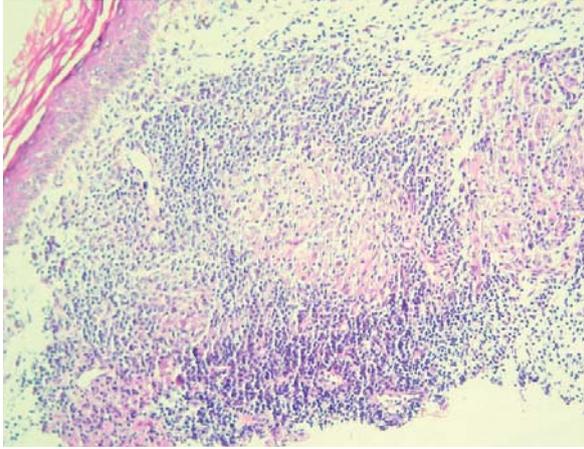
reveló color amarillento. Presentaba una adenopatía submandibular derecha de aproximadamente 0,5 cm de diámetro.

Con estos antecedentes propusimos dos diagnósticos diferenciales: sarcoidosis sobre cicatriz de orificio del aro y tuberculosis cutánea.

Tomamos una pequeña biopsia para estudio histopatológico que se informó de la siguiente manera: piel, dermatitis y paniculitis granulomatosa de tipo tuberculosa; auramina y Ziehl Nielsen: (-); Grocott: (-) (fig. 3); reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para bacilo tuberculoso: (+).

Frente a estos hallazgos, efectuamos notificación de tuberculosis cutánea tipo lupus vulgar e ingresa en el programa nacional de tratamiento antituberculoso con pirazinamida, rifampicina e isoniazida.

El lupus vulgar es la forma más frecuente de tuberculosis cutánea en



**Figura 3.** Endermis, presencia de granulomas epitelioides sin necrosis caseosa, rodeados por linfocitos.

países desarrollados. Extremadamente crónica, esta forma paucibacilar posprimaria se presenta en individuos sensibilizados, con moderada inmunidad y alto grado de sensibilidad tuberculínica, y afecta a individuos de todas las edades, preferentemente a mujeres<sup>1</sup>.

Se origina a partir de otro foco, ya sea por diseminación hematogena, linfática o de contigüidad, más a menudo desde una adenitis cervical o tuberculosis pulmonar y, a veces, desde un antiguo complejo primario tuberculoso. Las lesiones suelen ser solitarias, pero pueden estar comprometidos dos o más sitios simultáneamente, y en pacientes con tuberculosis pulmonar activa se pueden desarrollar focos múltiples. En aproximadamente el 90 % de los casos están comprometidos la cabeza y el cuello, originándose en nariz o mejillas y extendiéndose lentamente a áreas adyacentes como micronódulos asintomáticos dérmicos (lupomas), café amarillentos a la vitropresión (aspecto «jalea de manzana»), que se unen formando una placa papulosa lisa o escamosa que evoluciona con adelgazamiento central con microulceraciones, costillas y periferia eritematoviolácea. Se observan áreas de involución junto a áreas de expansión; pueden convertirse en placas planas de contorno serpiginoso y superficie lisa o en escamas psoriasiformes. Las formas hipertróficas se aprecian como una masa blanda de superficie nodular,

hiperqueratósica. El edema, la estasis linfática, la erisipela recurrente, el engrosamiento elefantíaco y la intensa fibrosis y dilatación vascular pueden ocasionar deformaciones y contracturas. En las variedades ulcerosas puede haber necrosis progresiva del tejido subyacente; el compromiso del cartílago nasal o auricular causa destrucción y desfiguración<sup>1,2</sup>.

La característica semiológica más importante es la cicatrización atrófica, con o sin ulceración previa. Es frecuente la recurrencia en zonas ya cicatrizadas. Sólo un pequeño porcentaje de lesiones asienta en extremidades. Las mucosas pueden afectarse primariamente o por extensión de lesiones cutáneas con pápulas pequeñas, blandas, grises o rosadas, úlceras o masas de granulación fácilmente sangrantes. En la fase inicial del lupus nasal, a menudo el único síntoma es rinitis seca, pero pueden llegar a destruir el tabique<sup>1</sup>.

De curso extremadamente crónico, sin tratamiento se extiende durante años dejando secuelas funcionales y/o estéticas. El desarrollo de carcinoma, especialmente espinocelular, es una complicación grave, con elevada incidencia de metástasis<sup>1</sup>.

El diagnóstico de lupus vulgar se basa en la historia clínica, el estudio histopatológico, el estudio microbiológico y técnicas de biología molecular.

El sello histopatológico de la tuberculosis es el folículo de Koester, que consiste en la acumulación de histiocitos epitelioides con células gigantes de Langhans entre ellos y una cantidad variable de necrosis caseosa central, rodeada por un anillo de linfocitos y monocitos. Este granuloma tuberculoide es característico de varias formas de tuberculosis, pero no patognomónico<sup>1</sup>.

La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) se ha tornado cada vez más útil en el diagnóstico de diferentes formas de tuberculosis cutánea, con sensibilidad y especificidad del 100 % en la enfermedad multibacilar y del 55 % en la enfermedad paucibacilar<sup>1,3-5</sup>.

El diagnóstico microbiológico se basa en la demostración de bacilos ácido-alcohol resistentes

tes en muestras de lesiones, pero es poco sensible y específico.

Por tanto, el cultivo es fundamental, tanto para el diagnóstico definitivo como para la identificación de la especie, la elaboración del antibiograma y el control de la respuesta al tratamiento; sin embargo, es negativo en un importante número de casos de tuberculosis cutánea, por lo que el diagnóstico depende a veces de criterios relativos<sup>1</sup>.

La lentitud en la multiplicación de los bacilos de Koch y la complejidad de las modalidades de cultivo ha estimulado la búsqueda de métodos de detección más eficientes. Por ello, se han desarrollado técnicas como la de BACTEC, que incorpora carbono 14 al medio de cultivo, que es utilizado por micobacterias para formar CO<sub>2</sub>, marcado radiactivamente<sup>6</sup>.

El diagnóstico diferencial de lupus vulgar incluye sarcoidosis, linfocitoma, lupus eritematoso discoide, sífilis terciaria, lepra, blastomycosis u otras micosis profundas, leishmaniasis y piodermitis vegetante crónica<sup>1-3</sup>.

Los objetivos del tratamiento antituberculoso son curar las lesiones lo más rápidamente posible, prevenir recidivas y evitar la aparición de cepas resistentes. El manejo de la tuberculosis cutánea

sigue las mismas pautas y es similar a la tuberculosis de otros órganos. La quimioterapia es el tratamiento de elección, pero pueden requerirse medidas auxiliares<sup>1-3</sup>.

Los fármacos antituberculosos tienen cierta toxicidad, por lo que es preciso realizar exámenes previos al tratamiento: hemograma, uricemia, transaminasas, bilirrubina y examen oftalmológico.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Tappeiner G, Wolff K. Tuberculosis y otras infecciones por micobacterias. En: Fitzpatrick TB, Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K, Goldsmith LA, Katz SI, editores. *Dermatología en medicina general*. 6.ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2005. p. 586-94.
2. Ramos e Silva M, Ribeiro de Castro M. Infecciones por micobacterias. En: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editores. *Dermatología*. Vol. 1. 1.ª ed. Madrid: Elsevier España, SA; 2004. p. 1721-32.
3. Lupi O, Madkam V, Tyring SK. Tropical dermatology: bacterial tropical diseases. *J Am Acad Dermatol*. 2006;54:559-78.
4. Degitz K, Plewig G. Diagnosis of cutaneous tuberculosis. *J Am Acad Dermatol*. 1996;35:135-6.
5. Arora SK, Kumar B, Sehgal S. Development of polymerase chain reaction dot-blotting system for detecting cutaneous tuberculosis. *Br J Dermatol*. 2000;142:72-6.
6. Angel DI, Alfonso R, Faizal M, Ricaurte O, Baez JA, Rojas A, et al. Cutaneous tuberculosis diagnosis in an hospital Amazonian region by means of telemedicine and molecular biology. *J Am Acad Dermatol*. 2005;52:S65-8.