



Universitas Médica

ISSN: 0041-9095

revistascientificasjaveriana@gmail.com

Pontifícia Universidad Javeriana

Colombia

MEJÍA, MADDY; HOYOS, ELSA VICTORIA; MALDONADO, JULIANA

Lupus vulgar, reporte de un caso

Universitas Médica, vol. 52, núm. 1, enero-marzo, 2011, pp. 100-105

Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231019866009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

REPORTE DE CASO

Lupus vulgar, reporte de un caso

MADDY MEJÍA¹, ELSA VICTORIA HOYOS², JULIANA MALDONADO³

Resumen

El lupus vulgar es una de las formas más frecuentes de tuberculosis cutánea. Se trata de una forma crónica y benigna que se presenta en pacientes previamente sensibilizados a *Mycobacterium tuberculosis* y su diagnóstico se basa principalmente en los hallazgos clínicos e histopatológicos.

Se presenta el caso de un paciente de 48 años con antecedentes de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que desarrolló lupus vulgar en el codo derecho, de un año de evolución.

Palabras clave: lupus vulgar, tuberculosis cutánea, *Mycobacterium tuberculosis*, diagnóstico.

Title

Lupus vulgaris: a case report

Abstract

Lupus vulgaris is one of the most common forms of cutaneous tuberculosis. It is a chronic and benign form that usually occurs in patients that had been previously sensitized to *Mycobacterium tuberculosis* and its diagnosis is based mainly in the clinical and histopathological findings.

1 Médica patóloga; docente de Patología, Pontificia Universidad Javeriana; patóloga, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia.

2 Médica dermatóloga, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia.

3 Médica, residente de II año de Dermatología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia.

Recibido: 02-03-2010

Revisado: 02-05-2010

Aceptado: 10-10-2010

We present the case of a 48 year old male with HIV infection, who developed lupus vulgaris on his right elbow over a one year period.

Key words: lupus vulgaris, cutaneous tuberculosis, *Mycobacterium tuberculosis*, diagnosis.

Introducción

La tuberculosis es una enfermedad conocida desde la antigüedad y por muchos años ha constituido la más importante de las afecciones humanas, con morbilidad y mortalidad devastadoras en su prevalencia global[1]. Hasta hace algunos años, se encontraba en descenso como consecuencia de la mejoría en los niveles de vida, de la inmunización con BCG y del uso de tratamientos quimioterapéuticos efectivos de curso corto[1,2]. Sin embargo, su incidencia ha aumentado en los últimos años, sobre todo en áreas con alta prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), posiblemente por reactivación de bacilos en huéspedes inmunocomprometidos e infección por micobacterias de baja virulencia debido a una deficiente inmunidad celular y anergia inmunológica[1-3].

La tuberculosis cutánea es una forma poco frecuente de la tuberculosis extrapulmonar. Se estima que corresponde a menos de 1,5% de los casos de tuberculosis diseminada y la importancia de su conocimiento radica en que su sospecha clínica puede ser la vía para llegar a un diagnóstico de tuberculosis[4,5]. El lupus vulgar, una de las formas más frecuentes de tuber-

culosis cutánea, es una forma crónica y progresiva que se produce ya sea por inoculación directa del bacilo en la piel, por diseminación hematogena o linfática de un foco endógeno en un paciente previamente sensibilizado con un alto grado de inmunidad frente a *Mycobacterium tuberculosis*, o por contigüidad con un foco tuberculoso subyacente[4, 6, 7].

La presentación clínica es variable, lo que hace difícil el diagnóstico y genera demoras en el tratamiento [4,8]. El estudio histopatológico muestra granulomas tuberculosos que usualmente contienen células gigantes de tipo Langhans, no suele encontrarse necrosis caseosa y el cultivo es negativo en la mayoría de los pacientes[6].

Presentamos el caso de un hombre de 48 años de edad con antecedentes de infección por VIH, que se encontraba en tratamiento antirretroviral con una adecuada evolución virológica e inmunológica, que desarrolló una lesión de lupus vulgar en el codo derecho.

Descripción del caso

Se trata de un hombre de 48 años de edad, con antecedentes de infección por VIH diagnosticada en 1995, en tratamiento actual con abacavir, lamivudina y efavirenz, con una evolución inmunológica y virológica adecuada, desde diciembre de 2007. Fue remitido por el Servicio de

Infectología del Hospital Universitario San Ignacio a nuestra consulta, por un cuadro clínico de un año de evolución, caracterizado por la aparición de una lesión eritematosa, permanente y asintomática en el codo derecho.

En el examen físico se observaba una placa eritematosa de 3 x 2 cm, única, no infiltrada y de superficie escamosa (figuras 1A y 1B), que estaba siendo tratada por el médico general con hidrocortisona en crema, desde hacía varios meses, con mejoría parcial. No se observaron otras alteraciones.



Figura 1A. Placa eritematosa en el codo derecho.



Figura 1B. Detalle de su superficie escamosa.

Se tomó una biopsia de la lesión descrita en el codo derecho. En el estudio histopatológico se encontró una epidermis de aspecto hiperplásico, con una gruesa escamocrosta paraqueratósica y cúmulos focales de neutrófilos (figura 2).



Figura 2. Gruesa escamocrosta paraqueratósica y cúmulos focales de neutrófilos. Hematoxilina eosina, 4X.

En la dermis, se encontraron granulomas epiteloides con centro necrótico, bordeados por un infiltrado linfoplasmocitario (figura 3) y la tinción de Ziehl-Neelsen para bacilos ácido-alcohol resistentes, fue positiva (figuras 4A y 4B).

Como pruebas complementarias, se cuantificaron bilirrubinas, transaminasas y fosfatasa alcalina, que fueron normales, la radiografía de tórax no mostró alteraciones. Con todos estos hallazgos se estableció el diagnóstico de lupus vulgar y se inició tratamiento con isoniacida, rifampicina y pirazinamida.

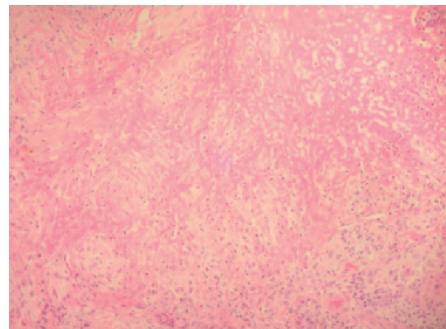


Figura 3. Granulomas epitelioideos con centro necrótico e infiltrado linfoplasmocitario en la periferia.
Hematoxilina eosina, 10X

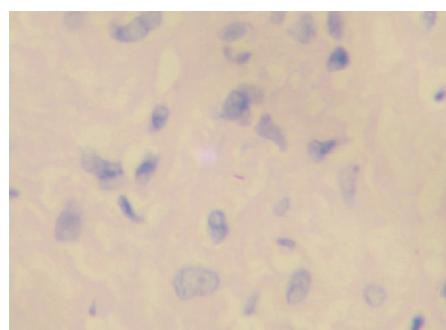


Figura 4A. Presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes, Ziehl-Neelsen, 40X.

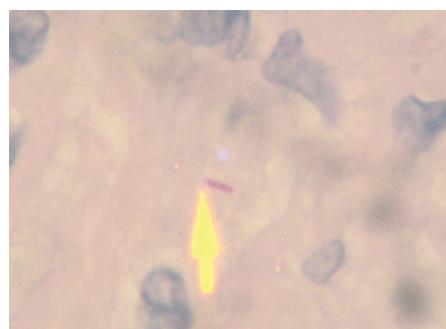


Figura 4B. Detalle de los bacilos ácido-alcohol resistentes, Ziehl-Neelsen, 100X.

Discusión

La tuberculosis cutánea, después de un periodo de baja incidencia, comienza a ser un hecho cada vez más frecuente debido en gran parte al VIH[2].

El lupus vulgar, una de las formas más frecuentes de tuberculosis cutánea, se produce generalmente por reinfección de la piel mediante diseminación hematogena o linfática desde un foco endógeno en personas con alto grado de inmunidad frente al bacilo[6,9].

Su presentación clínica es variable, por lo que existen varios tipos: en placa, como en el caso de nuestro paciente, ulcerativo y mutilador, vegetante, pseudotumoral, posexantemático y de las membranas mucosas[2,8].

Sin embargo, las lesiones típicas de lupus vulgar consisten en placas formadas por pequeñas pápulas pardoritematosas de bordes irregulares y crecimiento lento, que a la diascopía producen una imagen característica en “jalea de manzana”[5,6]. La localización más frecuente es en cabeza y cuello[1], pero pueden aparecer en cualquier parte del tegumento. Con el tiempo, la lesión presenta ulceración central y formación de cicatrices que pueden producir deformaciones o mutilaciones[8, 10].

Desde el punto de vista histológico, el lupus vulgar se caracteriza por la presencia de granulomas tubercu-

loides en la dermis reticular[1, 6]. Estos, están formados por células epitelioides (histiocitos) y células gigantes de tipo Langhans, rodeados por una corona de linfocitos[10]; esto los diferencia de los granulomas sardoideos, que se describen clásicamente como desnudos, debido a que el infiltrado linfocitario acompañante es prácticamente nulo[6]. La coloración de Ziehl-Neelsen usualmente es negativa[6,7]; sin embargo, en lesiones recientes, como en este caso, puede ser positiva, lo que la convierte en una herramienta adicional muy importante para el diagnóstico.

El diagnóstico es principalmente clínico e histopatológico[1, 7], ya que otros exámenes adicionales suelen ser negativos, como el cultivo, que solamente es positivo en 6% de los casos[5]. Aunque la prueba de Mantoux generalmente es positiva, un resultado negativo no excluye el diagnóstico, ya que esto puede indicar un grado de inmunosupresión que hace más probable el compromiso tuberculoso visceral, el cual ocurre en 9% a 19% de los casos de lupus vulgar[6,7].

Además, vale la pena anotar que, aunque el pronóstico es bueno pues se considera una forma crónica y benigna de la tuberculosis cutánea, se han descrito algunos casos de desarrollo de carcinoma escamocelular a partir de lesiones de lupus vulgar[6].

Finalmente, en cuanto al tratamiento, según la Organización Mundial de

la Salud, es el mismo que para la tuberculosis pulmonar. Es decir, un esquema de isoniacida, rifampicina y pirazinamida por dos meses, seguido de cuatro meses de isoniacida y rifampicina[3, 6, 11] en pacientes inmunocompetentes y de siete meses en pacientes inmunocomprometidos.

Bibliografía

1. Tincopa-Wong O, Jave-Morales B. Tuberculosis cutánea: estudio clínico, histopatológico y de frecuencia. *Dermatología Peruana*. 1999;9:10-8.
2. Panzarelli A. Tuberculosis cutánea. *Revista Dermatología Venezolana*. 1998;36:45-51.
3. Rodríguez O. Tuberculosis cutánea. *Revista Facultad de Medicina UNAM*. 2003;46:157-61.
4. Uttawichai P, Igarashi T, Kawana S. Case of lupus vulgaris diagnosed 50 years after onset. *J Dermatol*. 2009; 36:103-5.
5. Wozniacka A, Schwartz R, Sysa-Jedrzejowska A, Borun M, Arkuszewska C. Lupus vulgaris: Report of two cases. *Int J Dermatol*. 2005; 44:299-301.
6. Serra-Guillen C, Requena C, Alfaro A, Hueso L, Nagore E, Botella-Estrada R, et al. Lupus vulgar de 50 años de evolución. *Actas Dermosifiliogr*. 2005; 96:376-8.
7. Afsar F, Afsar I, Diniz G, Asilsoy S, Sorgue Y. Lupus vulgaris in a pediatric patient: A clinical-histopathological diagnosis. *Braz J Infect Dis*. 2008; 12:152-4.

8. Saritha M, Parveen B, Anandan V, Priyavathani M, Tharini K. Atypical forms of lupus vulgaris. *Int J Dermatol.* 2009;48:150-3.
9. Fariña MC, Gegúndez MI, Piqué E Esteban J, Martín L, Requena L, Barat A, Fernández Guerrero M Cutaneous tuberculosis: A clinical, histopathologic and bacteriologic study. *J Am Acad Dermatol.* 1995;33:433-40.
10. Oliver M, Paéz E, Anidjar E, García M, Henríquez JJ, Rondón AJ. El espectro de la tuberculosis cutánea: presentación de 4 casos clínicos. *Revista Dermatología Venezolana.* 1996;34:11-7.
11. Motta A, Feliciani C, Toto P, De Benedetto A, Morelli F, Tulli A. Lupus vulgaris developing at the site of misdiagnosed scrofuloderma. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2003;17:313-5.