

Escrofuloderma

Samuel Matos Berroa^a, Fabiola Rodríguez Tébar^b, Rafael Roldán Martínez^b, Francisco Escobar Rabadán^a

^aZona IV de Albacete.

^bCentro de Salud de Alcaidozo.

Correspondencia:
Samuel Matos Berroa,
Centro de Salud Zona IV,
C/ Seminario, 4,
02006-Albacete,
Tf.: 675222443,
e-mail:
samuelmatos15@hotmail.com.

Recibido el 2 de febrero de
2012.

Aceptado para su publicación el
21 de marzo de 2012.

RESUMEN

Presentamos una paciente que consultó en su centro de salud por una masa en región supraclavicular derecha. Tras su valoración clínica y con sospecha diagnóstica de escrofuloderma, se realizaron las exploraciones pertinentes para confirmar el diagnóstico e indicar el tratamiento específico.

Palabras Clave. Tuberculosis, Tuberculosis cutánea, Adenopatías tuberculosas.

ABSTRACT

Scrofuloderma

We presented a patient who sought medical attention at a health centre concerning a mass in the right supraclavicular area. After clinical evaluation and with diagnostic suspicion of scrofuloderma, appropriate examinations were carried out to confirm the diagnosis and to advise specific treatment.

Key Words. Tuberculosis, Tuberculosis Cutaneous, Lymph node.

INTRODUCCIÓN

Las formas extrapulmonares constituyen alrededor del 10% de los casos de tuberculosis, siendo las presentaciones cutáneas solo una pequeña proporción de las mismas¹. En los últimos años estas formas de tuberculosis están resurgiendo, especialmente en áreas con una alta incidencia de infección por VIH y tuberculosis pulmonar multiresistente. Tanto *Mycobacterium tuberculosis* como *Mycobacterium bovis*, así como la vacuna con BCG pueden originar afectación de la piel. Las verdaderas lesiones de tuberculosis cutánea pueden ser adquiridas tanto de forma exógena como endógena, mostrando un amplio espectro morfológico en cuanto a las lesiones que pueden originar².

El escrofuloderma es una tuberculosis subcutánea desencadenada generalmente por diseminación directa a la piel, por contigüidad desde un foco tuberculoso subyacente, una adenitis en la gran mayoría de los casos, y de forma muy especial en la región cervical, pero también desde otras estructuras como huesos, articulaciones o incluso el epidídimo^{3,4}. Aunque las lesiones son muy características, existen múltiples patologías que cursan de forma similar, con adenopatías, sobre todo cuando afectan a regiones supraclaviculares, submandibulares o laterocervicales, que debemos considerar en el diagnóstico diferencial. Se hacen pues necesarias unas correctas anamnesis y exploración física, que permitan una buena orientación diagnóstica y el tratamiento de la patología de base.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Mujer de 81 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, accidente cerebro-vascular y poliartrosis. No tiene hábitos tóxicos ni otros

antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Está en tratamiento diario con Enalapril (20 mg) y Ácido acetil-salicílico (300 mg). Tiene un índice de Katz de A, y no presenta deterioro cognitivo. Vive con su marido, disfrutando de un buen apoyo familiar.

La paciente acudió a su Centro de Salud por presentar, desde hacía aproximadamente un mes, una masa en región supraclavicular derecha, con aumento progresivo de tamaño en los últimos días, indoloro y sin otros síntomas acompañantes.

En la exploración física, presentaba una tensión arterial de 130/85, con una frecuencia cardíaca de 84 latidos por minuto. La frecuencia respiratoria era de 22 por minuto, con una saturación arterial de oxígeno del 96%. La paciente estaba consciente y orientada, y su estado general era bueno. La auscultación cardiopulmonar y la exploración abdominal eran normales.



Figura 1. Aspecto inicial de la lesión en región supraclavicular derecha.

Tras PAAF, el estudio anatomopatológico fue negativo para células tumorales malignas, siendo positiva la técnica de Ziehl Neelsen para la detección de bacilos ácido-alcohol resistentes. En el cultivo se aisló *Micobacterium Tuberculosis*.

Se instauró tratamiento con Isoniazida (300 mg diarios) y Rifampicina (600 mg diarios), durante nueve meses.

Se realizaron curas locales de la lesión cutánea, con el siguiente esquema:

1ª fase: desbridamiento, con Irujol[®] y Catix[®].

2ª fase: regeneración tisular, con la aplicación de Aquacell[®].

A nivel del tercio interno de la región supraclavicular derecha se apreciaba una masa redondeada de unos 4 cm, fija, ulcerada, de bordes irregulares y con secreción seropurulenta (figura 1).

En las pruebas complementarias destacaba la presencia de un 6,9% de eosinófilos en la fórmula leucocitaria y una VSG de 26, sin que el resto de la analítica mostrara otros datos relevantes. En la radiografía de tórax (figura 2) se apreciaba una tumorción de partes blandas en región supraclavicular derecha. Junto a esto podemos subrayar la existencia de elongación y ateromatosis de aorta, con un índice cardio-torácico aumentado, así como escoliosis y signos degenerativos en columna. Una ecografía de cuello confirmó la presencia de una adenopatía supraclavicular derecha de unos 3,2 cm.



Figura 2. Radiografía de tórax.



Figura 3. Aspecto de la lesión tras el tratamiento.

3ª fase: recubrimiento con parches de Comfeel[®]. Como podemos observar en la figura 3, la evolución de la lesión cutánea fue satisfactoria.

COMENTARIOS

La presentación más común del escrofuloderma es en forma de nódulos subcutáneos firmes, que inicialmente se desplazan con facilidad. Posteriormente la lesión se vuelve empastada y evoluciona a un nódulo o placa irregular con ulceración^{5,6}.

Se debe a la invasión cutánea desde focos tuberculosos subyacentes. El mecanismo más frecuente de diseminación endógena hacia la piel es por continuidad a partir de ganglios linfáticos afectados, o bien de huesos o articulaciones⁷. Es decir, el escrofuloderma se da en personas que han padecido previamente una infección tuberculosa.

Clínicamente suele presentarse como uno o varios nódulos subcutáneos adheridos y duros (absceso frío), indoloros, de color marrón-rojizo, que progresivamente (semanas) aumentan de tamaño, se tornan fluctuantes y drenan con ulceración y formación de trayectos fistulosos que drenan material acuoso, purulento o caseoso. La ulceración resultante tiene los bordes azulados, con márgenes socavados y tejido de granulación friable en la base. Frecuentemente se resuelven con cicatrices queiloideas y retráctiles^{4,7}.

Las lesiones asientan habitualmente sobre las regiones ganglionares de cara y cuello, y con frecuencia son bilaterales. Puede afectar cualquier otro grupo de la cadena ganglionar axilar, inguinal y epitroclear⁵.

El diagnóstico se establece por los hallazgos clínicos e histopatológicos confirmados por el aislamiento de *Micobacterium Tuberculosis* en el cultivo.

Ha de realizarse diagnóstico diferencial con las patologías que afectan principalmente las regiones parotídea, submandibular, supraclavicular y región lateral de cuello, y que cursen con lesiones fistulosas exudativas como la hidradenitis supurativa, el acné conglobata severo, infecciones fúngicas dimorfas u oportunistas, esporotricosis, coccidioidomicosis, actinomicosis, nocardiosis, amebiasis, goma sifilítica o la osteomielitis crónica bacteriana^{4,5,7}.

El tratamiento es el mismo que para la tuberculosis sistémica: Isoniazida (5 mg/kg/día, con un máximo de 300 mg) y Rifampicina (10 mg/kg/día, con un máximo de 600 mg)⁷. El tratamiento debe mantenerse durante al menos 9 meses, pudiéndose acortar a 6 meses si añadido a estos se administra una combinación de hasta cuatro fármacos, con Etambutol, Estreptomina o Pirazinamida⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Puri N. A clinical and histopathological profile of patients with cutaneous tuberculosis. *Indian J Dermatol.* 2011;56:550-2.
2. Barbagallo J, Tager P, Ingleton R, Hirsch RJ, Weinberg JM. Cutaneous tuberculosis: diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2002;3:319-28.
3. Monteagudo B, García-Rodríguez JF, de las Heras C, Cacharrón JM. Escrofuloderma con linfadenitis tuberculosa. *Piel.* 2007; 22: 374-7.
4. Roche E, García-Melgares ML, Vilata JJ, Fortea JM. Escrofuloderma de larga evolución. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96:522-4.
5. Armijo Moreno M., Camacho Martínez F. Tratado de Dermatología. Vol.2. Madrid: Aula Médica, 1998.
6. Klaus Wolff, Richard Allen Johnson. Fitzpatrick: Atlas en Color y Sinopsis de Dermatología Clínica. 6ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 2011.
7. Frankel A, Penrose C, Emer J. Cutaneous Tuberculosis. A Practical Case Report and Review for the Dermatologist. *J Clin Aesthetic Dermatol.* 2009;2:19-27.