

Un caso de tuberculosis cutánea semejante a una vasculitis paraneoplásica

Joana Atxotegi Sáenz de Buruaga^a, Mariví Montejo Olivares^b, Alberto Alonso Ruiz^a, Jesús Gardeazabal García^c, Elena Urra Zalbidegoitia^d y Pilar Manrique Martínez^e

^aSección de Reumatología. Hospital de Cruces. Barakaldo. Vizcaya. España.

^bMedicina de Familia. Hospital de Cruces. Barakaldo. Vizcaya. España.

^cServicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Barakaldo. Vizcaya. España.

^dServicio de Microbiología. Hospital de Cruces. Barakaldo. Vizcaya. España.

^eSección de Dermatología. Hospital de Galdakao. Galdakao. Vizcaya. España.

Presentamos el caso de un paciente con linfoma no hodgkiniano tipo T, en remisión clínica después de tratamiento con quimioterapia y radioterapia, que ingresa por lesiones cutáneas necroticohemorrágicas en mano derecha, sospechosas de vasculitis paraneoplásica. Sin embargo, el estudio del paciente y las pruebas complementarias condujeron al diagnóstico de tuberculosis deseminada con afectación cutánea (tuberculosis miliar cutánea) y pulmonar. Se instauró tratamiento tuberculostático con resolución del cuadro clínico.

Palabras clave: Tuberculosis extrapulmonar. Linfoma no hodgkiniano. Seudovasculitis. Tuberculosis diseminada.

A Case of Cutaneous Tuberculosis is Simulating Paraneoplastic Vasculitis

We present the case of a patient with type T non-Hodgkin lymphoma, in clinical remission after treatment with chemo and radiotherapy, who was hospitalized due to hemorrhagic and necrotic skin lesions on his right hand and a clinical suspicion of paraneoplastic vasculitis. Nonetheless, study of the patient and complementary testing led to the diagnosis of disseminated tuberculosis with skin and lung involvement (cutaneous millary tuberculosis). Anti-tuberculosis treatment was initiated with a satisfactory resolution of symptoms and signs.

Key words: Extrapulmonary tuberculosis. Non-Hodgkin lymphoma. Pseudovasculitis. Disseminated tuberculosis.

Correspondencia: Dra. J. Atxotegi Sáenz de Buruaga.
Sección de Reumatología. Hospital de Cruces.
Pl. de Cruces, s/n. 48903 Barakaldo. Vizcaya. España.
Correo electrónico: reumatologia@hcru.osakidetza.net

Manuscrito recibido el 21-7-2006 y aceptado el 1-3-2007.

Introducción

Presentamos el caso de un varón de 68 años afecto de linfoma no hodgkiniano, tratado con varios ciclos de quimioterapia y radioterapia, que ingresa en reumatología por tumefacción de la mano derecha, con lesiones cutáneas de mes y medio de evolución que indican vasculitis. El paciente fue diagnosticado y tratado de tuberculosis miliar cutánea, con buena evolución.

Caso clínico

Paciente afecto de diabetes mellitus, porfiria hepatocutánea tardía y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fue diagnosticado en septiembre de 2001 de linfoma no hodgkiniano tipo T en estadio IIB y tratado con varios ciclos de quimioterapia y radioterapia. Presentó 2 recidivas, y se halló adenopatías abdominopelviánas en noviembre de 2002 y una masa paravertebral derecha a nivel D8-D9 en octubre de 2004. En el momento de su ingreso (enero de 2006) se encontraba en remisión, pero persistía la pancitopenia. Había recibido el último ciclo de quimioterapia en noviembre de 2005. Mes y medio antes de ingresar en reumatología, el paciente comienza con tumefacción de instauración progresiva en la mano derecha, con aparición de lesiones cutáneas escasamente dolorosas. Consultó en el servicio de oncología desde donde se lo ingresó en reumatología el 8 de enero de 2006 por posible vasculitis o artritis.

El paciente estaba afebril, con aceptable estado general. No se palpaban adenopatías. La exploración cardiopulmonar y abdominal era normal. La mano derecha estaba tumefacta, con una zona eritematosa hipersensible en el área de la epífisis cubital y dos ampollas secas de aspecto hemorrágico con bordes delimitados a nivel de la falange media del segundo dedo y la falange distal del primer dedo (fig. 1A; segundo día de ingreso).

Los estudios de laboratorio mostraron: proteína C reactiva, 8,7 mg/dl; VSG, 55 mm/h; hemoglobina, 9 g/dl;



Figura 1. A: dos lesiones hemorrágico-necróticas en el primero y el segundo dedos (segundo día de ingreso). B: evolución de las úlceras con fondo necrótico (quinto día de ingreso). C: lesiones en proceso de cicatrización (día 16 del ingreso, tras el tratamiento).

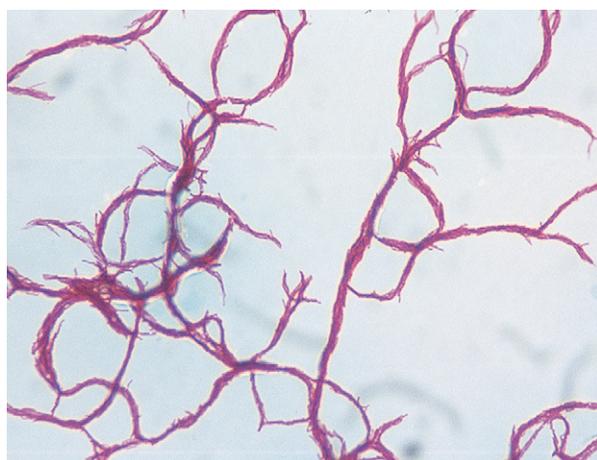


Figura 2. Cultivo de *Mycobacterium tuberculosis*.

trombocitos, 50.000/ μ l, y leucocitos, 3.500/ μ l. El resto de las determinaciones (bioquímica, proteinograma, coagulación, orina y sedimento, autoanticuerpos anticardiolipínicos y crioglobulinas) fueron normales o negativas.

El estudio radiológico mostró un pequeño derrame pleural descrito previamente en la historia y, en la mano derecha, una imagen ósea con patrón mixto esclerocitolítico inespecífico en hueso piramidal y pisiforme. Una tomografía computarizada toracoabdominopelvis fue normal y en la resonancia magnética se observó un marcado edema de tejido celular subcutáneo y de todos los planos musculares de la mano derecha, sin sinovitis ni afcción ósea.

Con el posible diagnóstico de vasculitis paraneoplásica, fue valorado por dermatología, cirugía vascular y oncología. Se realizó arteriografía, donde se apreció una significativa hiperemia focal de los dedos primero y segundo, región carpiana y pulpejo del tercer dedo, y se descartó etiología isquémica del proceso.

Las lesiones cutáneas evolucionaron en 3 días a úlceras con fondo necrótico (fig. 1B; quinto día de ingreso), con la aparición de una nueva lesión en pulpejo del tercer dedo, coincidiendo con el inicio de fiebre hasta 39,5 °C, nocturna y bien tolerada. Iniciamos tratamien-

to intravenoso con amoxicilina-clavulánico 1 g/8 h durante 3 días, a lo que se añadió después ciprofloxacino intravenoso a 400 mg/12 h durante 6 días más; los picos febriles persistían.

Se tomó muestra de las lesiones cutáneas para gérmenes aerobios y anaerobios y micobacterias. Se observaron bacilos resistentes a ácido-alcohol (auramina positivo). Suspendimos la administración del ciprofloxacino (9 días después de la imagen de la fig. 1B) e iniciamos tratamiento antituberculoso con rifampicina 600 mg, isoniazida 300 mg y pirazinamida 1.500 mg/día, con lo que desaparecieron progresivamente los picos febriles en un período de una semana.

El cultivo de las lesiones fue positivo para *Mycobacterium tuberculosis* (fig. 2). Los urocultivos y hemocultivos fueron negativos, y el cultivo de esputo fue positivo para *M. tuberculosis*. El *booster* fue negativo. Progresivamente, las úlceras fueron cicatrizando y la lesión del pulpejo del tercer dedo no evolucionó a una úlcera (fig. 1C; día 16 del ingreso).

Discusión

Se trata de un paciente con un linfoma no hodgkiniano de tipo T que ingresa en un servicio de reumatología por la sospecha de un síndrome vasculítico paraneoplásico. Las enfermedades linfoproliferativas se pueden asociar con vasculitis paraneoplásica con necrosis digital^{1,2}. Nuestro paciente no refería fenómeno de Raynaud pero, teniendo en cuenta el rápido desarrollo de necrosis cutánea, se realizó una arteriografía que permitió descartar el mecanismo de isquemia como causa de la necrosis. A pesar de que el diagnóstico del paciente no fue sospechado por ninguno de los especialistas que lo valoraron (reumatólogos, dermatólogos, oncólogos y cirujanos vasculares), en los cultivos realizados de las lesiones cutáneas, se objetivaron bacilos resistentes a ácido-alcohol.

Existen casos de tuberculosis diseminada en asociación a procesos tumorales, tras quimioterapia o tratamientos prolongados con corticoides³. La afcción cutánea es una forma rara de tuberculosis. En nuestro paciente la

forma de aparición fueron lesiones caracterizadas por vesículas, hemorragia y úlceras necróticas compatibles con tuberculosis miliar cutánea⁴, que es una forma muy rara de presentación cutánea de la tuberculosis. Se ha descrito casos aislados de pacientes con inmunodeficiencia por infección por el VIH^{5,6}, trasplante renal o neoplasia⁷⁻⁹. La evolución es rápida y el pronóstico, malo. La prueba de la tuberculina es habitualmente negativa.

Con la instauración del tratamiento antituberculoso, el paciente evolucionó favorablemente, desapareció la fiebre y curó progresivamente de las lesiones cutáneas. La lesión necrótica del pulpejo del tercer dedo no progresó a úlcera probablemente debido al tratamiento antituberculoso. Este caso viene a reflejar que enfermedades muy raras y con presentación atípica (como la tuberculosis cutánea miliar) pueden semejarse a procesos reumáticos y constituir un difícil problema diagnóstico.

Bibliografía

1. Petri M, Fye KH. Digital necrosis: a paraneoplastic syndrome. *J Rheumatol.* 1985;12:800.
2. Ohtsuka T, Yamakage A, Yamazaki S. Digital ulcers and necroses: novel manifestations of angiocentric lymphoma. *Br J Dermatol.* 2000;142:1013.
3. Kaplan MH, Armstrong D, Rosen P. Tuberculosis complicating neoplastic disease: a review of 201 cases. *Cancer.* 1974;33:850-8.
4. Sahn SA, Neff TA. Miliary tuberculosis. *Am J Med.* 1974;56:494.
5. High WA, Evans CC, Hoang MP. Cutaneous miliary tuberculosis in two patients with HIV infection. *J Am Acad Dermatol.* 2004;50 Suppl 5:S110-3.
6. Daikos GL, Uttamchandani RB, Tuda C, Fischl MA, Miller N, Cleary T, et al. Disseminated miliary tuberculosis of the skin in patients with AIDS: report of four cases. *Clin Infect Dis.* 1998;27:205-8.
7. Park KW, Kim US, Shin JW, Yoo CG, Oh MD, Choe K. Disseminated Erythematous papules in a renal transplant recipient: a case of disseminated tuberculosis. *Scand J Infect Dis.* 2002;34:775-7.
8. Reitbroek RC, Dahimans RP, Smedts F, Frantzen PJ, Koopman RJJ, Van der Meer JW. Tuberculosis cutis miliaris disseminata as a manifestation of miliary tuberculosis: literature review and report of a case of recurrent skin lesions. *Rev Infect Dis.* 1991;13:265-9.
9. Del Giudice P, Bernard E, Perrin C, Bernardin G, Fouche R, Boissy C, et al. Unusual cutaneous manifestations of miliary tuberculosis. *Clin Infect Dis.* 2000;30:201-4.