

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TUBERCULOSIS CUTANEA

Estudio de 10 años (Enero 1971 - Diciembre 1981)
en el Hospital Antituberculoso San Vicente
e Instituto de Dermatología

ADOLFO NOEMIAS MIRANDA FUENTES

INDICE

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVOS
3. JUSTIFICACION
4. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA
5. REVISION BIBLIOGRAFICA
6. OBJETO A INVESTIGAR
7. MATERIAL Y METODOS
8. PRESENTACION DE RESULTADOS
9. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS
10. CONCLUSIONES
11. RECOMENDACIONES
12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

I. INTRODUCCION

La Tuberculosis Cutánea, es una Patología que se observa poco en nuestro medio, sus características clínicas son muy variables hasta llegar a simular otras entidades (1, 5, 8, 12).

El presente trabajo tiene como fin dar a conocer la frecuencia de la Tuberculosis Cutánea en el Hospital San Vicente e Instituto de Dermatología en el período comprendido de Enero 1971 a Diciembre 1981.

Además se discute la clasificación de la tuberculosis cutánea y se describe sus diferentes manifestaciones desde el punto de vista Clínico, Patológico y Diagnóstico Diferencial.

Se revisaron 48,260 expedientes de pacientes que ingresaron en el período comprendido de 1971 a 1981 con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar más lesiones cutáneas.

De estos casos 67 pacientes presentaron el diagnóstico de tuberculosis cutánea debidamente estudiados con sus respectivos laboratorios y a los cuales se les inició tratamiento con INH-Estrepto-Pas durante 1 1/2 año, se concluyó que la tuberculosis cutánea es una Patología rara pero que en países en desarrollo y con alto porcentaje de TB. Pulmonar es frecuente observarla en sus diferentes formas tipos.

II. OBJETIVOS

Establecer la frecuencia de diagnóstico de Tuberculosis cutánea del 1 de enero de 1971 al 31 de diciembre de 1981 en el Hospital San Vicente e Instituto de Dermatología.

Dar a conocer los medios por los cuales se realizó el diagnóstico de tuberculosis cutánea de los casos citados.

Dar a conocer el tipo de tuberculosis cutánea más frecuentemente diagnosticado en el Hospital San Vicente e Instituto de Dermatología.

Dar a conocer la relación de tuberculosis cutánea, y tuberculosis de otro tejido que no sea piel.

III. JUSTIFICACION

La Tuberculosis cutánea es poco frecuente en relación a otros tipos de tuberculosis, pero sus manifestaciones clínicas son variadas por lo que dificulta su diagnóstico.

Por lo que se debe contar con la ayuda de laboratorios que no permitan confirmarlo y muchas veces, a pesar de contar con esta ayuda es sumamente difícil realizar el diagnóstico.

Por lo que considero necesario conocer los medios por los cuales se ha realizado este diagnóstico en el Hospital San Vicente e Instituto de Dermatología.

IV. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La Tuberculosis es una enfermedad bastante frecuente en nuestro medio, pero la infección se da en la mayoría de los casos en tejidos internos (Pulmón, Intestino, Riñones, Cerebro, Hueso, etc.) de la economía, siendo la piel poco afectada, a pesar de estar expuesta mas igual que otros tejidos.

La infección de la piel por vía exógena es muy rara, la mayoría de la tuberculosis cutánea se debe a infección por vía endógena, (Hematógena-linfática) pero no existe una reacción paralela entre infección interna e infección de la piel.

Cuando se presenta compromiso tuberculoso en la piel, puede adoptar muchas características, por lo que el cuadro clínico que se presente puede ser confundido con otra entidad.

Las ayudas diagnósticas (Ziehl-Neelsen, cultivo tuberculina y biopsia) no son concluyentes en varios tipos de tuberculosis cutáneas (5).

Por lo anterior considero de interés dar a conocer la forma en que se diagnosticó la tuberculosis cutánea en el Hospital San Vicente y su relación con otros tipos de tuberculosis cutánea así tambien en el Instituto de Dermatología en el período comprendido de enero 1971 a diciembre 1981.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

RESUMEN GENERAL.

La Tuberculosis Cutánea es una enfermedad rara pero que en nuestro medio puede observarse con regular frecuencia.

Pudiendo manifestarse en diferentes formas, las lesiones cutáneas se componen de: Pápulas, Nódulos, Placas, Ulceras, Lesiones verrugosas, Tumores Papilomatosos, reacciones vegetativas y cicatrices infiltrativas, las diferentes formas clínicas resultan en parte en la diferencia del número y virulencia del bacilo, por la presencia o ausencia de un foco tuberculoso interno de la inmunidad específica y de la hipersensibilidad.

RESISTENCIA DE LA PIEL A LA TUBERCULOSIS CUTANEA.

La piel en condiciones normales ofrece particular resistencia a la contaminación del bacilo tuberculoso, por lo que a pesar de tener habitualmente oportunidades similares al pulmón, rara vez es infectada por el bacilo de la tuberculosis, necesitándose para que ello se produzca una solución de continuidad macroscópica como ocurre en el chancre de inoculación.

La tuberculosis cutánea aunque originada en todos los casos por la presencia directa del bacilo de Koch, en las lesiones puede ofrecer cuadros anatómo-clínicos de una extrema variedad, (superada únicamente por la sífilis), según la vía de acceso de los gérmenes su número, el estado de resistencia y sensibilidad del paciente, presentando cada forma peculiaridades bastante características.

INFECCION EXOGENA

La piel difícilmente es infectada en forma exógena por el bacilo de la tuberculosis, necesitándose para ello, un traumatismo previo o

INFECCION ENDOGENA

En cambio la piel es un órgano más susceptible frente a la contaminación endógena aunque puede considerarse de todas maneras como un protector del organismo particularmente resistente al germen.

LABORATORIOS

ZIEHL-NEELSEN

- a) Es un frotis para la detección de BK, en las distintas clasificaciones de la TB cutánea es más seguro o probable encontrar un Ziehl-Neelsen positivo en un 01% de positividad para la tuberculosis cutánea.

TUBERCULINA:

- b) El estudio de la alergia tuberculínica tiene un interés muy particular en dermatología por acompañarse la mayor parte de la tuberculosis cutánea de un estado Hiperérgico, sensibilidad mayor que la que habitualmente producen otras localizaciones tuberculosas.

Generan una sensibilidad tan alta, considerando que sin duda su terminación tiene una utilidad muy grande para su diagnóstico. Se considera que una reacción positiva utilizando una dilución de tuberculina 10^{-4} corresponde a una reactividad mediana (Nor-moergica), por encima de las diluciones 10^{-5} , 10^{-6} ; se trataría reacciones fuertes (Hiperergia), por debajo de reacciones débiles (Hipo-ergia).

Hiperergia.

Fuerte argumento que apoya la presunción diagnóstica de tuberculosis cutánea. No cabe esperar este tipo de reacción en el lupus vulgar diseminado, tuberculosis cutis orificialis, tuberculosis miliar, y sarcoido de Boeck.

Norergia o hipoergia:

Sospechoso de que estemos en presencia de una lesión cutano-tuberculosa.

Anergia:

Es un elemento decisivo en contra de la tuberculosis aunque no la descarta con una seguridad del 100%.

BIOPSIA:

La tuberculosis puede presentarse con el cuadro histológico típico del folículo tuberculoso con sus células gigantes su corona de células epitelioides circundadas con una franja de infiltración linfositaria, en este caso su significación sin ser patognomónica, es de mucho valor, lo más habitual es que la estructura sea simplemente tuberculoide, con presencia de células gigantes, o acúmulo de células epitelioides.

La estructura tuberculoide está muy lejos de significar tuberculosis y son muchos los agentes capaces de ocasionarla, siendo necesarios la sagacidad del Histopatólogo. Para su diferenciación entre los agentes que pueden producir reacciones tuberculosas, podemos citar:

- VIRUS (lifogranuloma Venéreo)
- BACILO ACIDO-ALCOHOL RESISTENTE (bacilo de Hansen)
- HONGOS (sporotrichum)
- PROTOZOARIOS (treponema pálido, amebas, leishmaniasis)

**CLASIFICACION DE LA
TUBERCULOSIS CUTANEA**

A)	Primo-infección	Complejo Primario Tuberculoso (Chancro tuberculoso)	
B)	Reinoculación	Exógena Endógena	
I.	Entidades de evolución crónica progresiva		
	Origen	Propagación	Sinonimia
Internos	Hematógena	1. Tuberculosis Colicuativa	Escrofuloderma Gomas Tuberculosas
Externos	Contigüidad Linfática	2. Tuberculosis Verrugosa	Tuberculosis Verrugosa Cutis. Lupus escleroso. Lupus escleroso-papilomatoso.
Internos o Externos	Hematógena	3. Tuberculosis Luposa	Lupus Vulgar Lupus Tuberculosos
Internos o Externos	Hematogena	4. Tuberculosis Vegetante	Tuberculosis Frambésiforme
Externos Autoexógeno		5. Tuberculosis Ulcerosa	Ulcera Tuberculosa
III.	Entidades de evolución por brotes recurrentes múltiple hematógena	1. Tuberculosis Nodular profunda	Eritema Indurado de Bazin Eritema Indurado Ulcerado
Múltiple Hematógena		2. Tuberculosis Nódulo-Necrótica	Tuberculosis Papulo-necrótica foliclis acnitis
Múltiple Hematógena		3. Tuberculosis micronodular	Tuberculide Liquenoide Líquen Escrofulosorum Tuberculosis Liquenoide

DESCRIPCION DE LA TUBERCULOSIS CUTANEA

1- Tuberculosis Cutánea Primaria (chancro tuberculoso)

Es el resultado de la inoculación de *Microbacterium tuberculosis* en la piel de un individuo con tuberculosis previa en el sitio de inoculación puede presentarse úlcera asociado a Linfadenopatía regional

En el estudio Histopatológico de la úlcera, puede demostrar reacción aguda de Neutrófilos reacción asociada al número de bacilos tuberculosos.

Después de tres a seis semanas la reacción infiltrativa se vuelve más granulomatosa aparecen las células epitelioides, células gigantes linfocitos, coincidiendo con la desaparición del bacilo.

2- Lupus Vulgar.

Es el tipo más común de tuberculosis cutánea de reinfección (origen exógeno o endógeno) tiene una respuesta grande a la tuberculosis la lesión es usualmente en la cara se caracteriza por placas solitarias asintomáticas, color rosado-café "Jalea de Manzana" Papulas nódulos o ulceración puede resultar en los casos crónicos, en las complicaciones serias puede ocurrir contracturas y destrucción del cartílago nasal asemejándose a células del carcinoma.

Histológicamente su estructura se compone de células epitelioides, células gigantes de Langhans, células mononucleares, necrosis caseosa, el bacilo de la tuberculosis es raro verlo, las lesiones secundarias consisten en: Atrofia, Ulceración, Acanthosis y Pseudoepiteloma en la epidermis.

3- Tuberculosis Verrucosa Cutis

Esta forma de tuberculosis cutánea es el resultado de la contaminación exógena o endógena por la inoculación del bacilo en forma moderada, en la piel la lesión más comúnmente ocurre en la fase dorsal de las manos, es rara la úlcera, con el tratamiento de unos meses o un año la lesión se regenera para escarificarse posteriormente.

El estudio Histológico de la lesión consiste en: Hiperkeratosis, Acanthosis, y Papilomatosis, Neutrófilos escasos produciéndose un absceso encima de la dermis, el granuloma tuberculoso puede observarse en ocasiones duro o blando con necrosis caseosa, el bacilo tuberculoso se observa en raras ocasiones.

4- Tuberculosis Cutis Colligativa (Scrofuloderma)

Representa la extensión directa de la lesión junto a la piel provocado por un foco tuberculoso más comúnmente en forma de módulos linfáticos, clínicamente es una red de nódulos indurados.

Localizados más frecuentemente en región cervical los nódulos pueden ulcerarse, observándose una úlcera con bordes determinados, estos pacientes muestran una marcada hipersensibilidad a la tuberculina.

En el examen histológico de la lesión se observa la formación en la superficie de una ulceración y absceso en la dermis y la formación de un tubérculo periférico, es marcada la presencia de la necrosis gaseosa, el bacilo tuberculoso está usualmente presente en suficiente número para la identificación.

5- Tuberculosis Cutis Orificialis.

Es una rara forma de tuberculosis cutánea, ocurre junto a las mucosas cutáneas, en pacientes que tienen una infección tuberculosa interna avanzada, la lesión resulta de la autoinoculación, la clínica consiste en en nódulos pequeños amarillos-café que rápido ataca al panículo formando úlceras, en el curso de la enfermedad la hipersensibilidad a la tuberculina está ausente o en otros casos está positiva la reacción generalmente agregada que al estado terminal de la infección, los pacientes se vuelven anérgicos a la tuberculina.

El cuadro histológico es específico caracterizado por ulceración y edema los bacilos tuberculosos usualmente se ven al examen de las células.

El cuadro histológico es específico caracterizado por ulceración y edema los bacilos tuberculosos usualmente se ven al examen de las células.

6- Tuberculosis Cutis Miliaris Diseminada.

Es causada por la diseminación hematogena del bacilo tuberculoso en pacientes que tienen tuberculosis interna, esta enfermedad se describe en dos formas:

- Pacientes con tuberculosis miliar generalizada, y pacientes que no tienen inmunidad.
- Niños después de una infección severa presentan una enfermedad exantemática acompañado de fiebre.

Las lesiones consisten en discretas pápulas rojas café, vesículas ocasionales así como necrosis, forman grandes úlceras, los pacientes no responden a la sensibilidad de la tuberculina.

El examen histológico del área focal muestra necrosis y formación de abscesos contiene regular número de bacilos tuberculosos.

7- Tuberculosis Frambesiforme o Vegetante.

Es de origen interno autoendógeno, ataca mas a los adultos que a los niños, de preferencia se localiza en las extremidades o region perianal, los bacilos tuberculosos en la lesión son abundantes y fácilmente demostrables.

El cuadro clínico consiste en un pequeño nódulo o tubérculo que al crecer se transforma en placa infiltrada, la superficie es proliferante y de tipo fungoide, hemorrágica y con pocas costras cerebrohemáticas, progresiona en forma lenta y continua.

8- Tuberculosis Ulcerosa.

Es el resultado por inoculación de tuberculosos abiertos de pulmón o intestino en pacientes con antecedentes de tuberculosis grave.

En la baciloskopía es la más habitada por el bacilo tuberculoso de las TB cutáneas, es la única localización dermatológica que exige medidas profilácticas.

Los caracteres clínicos son ulceraciones planas de bordes irre-

gulares en sacabocados o con úlceras ovales poco profundas y discretas cubiertas de costras hemáticas, se ulcerá desde el comienzo y se extiende rápidamente sin cambios favorables con la terapia, se presenta en los estadios terminales de la enfermedad.

9- Tuberculosis Nodular Profunda o Eritema Indurado de Bazin.

En nuestro medio es el más frecuente de las tuberculosis cutáneas, es de origen hematógeno y de curso crónico residivante.

Se le observa casi exclusivamente en la mujer, ataca simétricamente los miembros inferiores más particularmente las piernas.

Los caracteres clínicos son dermatosis eruptiva de proceso nodular, de localización subcutánea caracterizado por la presencia de elementos múltiples de tamaño variable y forma ovalo cilíndrica duros y relativamente indoloros adquieren un tono rojo violáceo al agruparse la piel se pone tensa y se rompe por la necrosis y aparece una úlcera circular u oval.

10- Tuberculide Papulonecrótico Acnitis.

Tuberculosis cutánea de origen hematógena, ataca más frecuentemente a niños y a jóvenes, invade una sola región o tiende a diseminarse por todo el cuerpo en la cara; se distribuye en mejillas, frente, labio superior y mentón.

Los caracteres clínicos son: pápula o nódulo infiltrativo de color rojo violáceo y de tamaño variable. Las lesiones se ulceran y se cubren de escamas o costras hemáticas, se acompaña de linfadenitis o adenitis regional.

11- Tuberculosis Micronodular Liquen Escrofulosorum.

Tuberculosis de origen hemático, ataca a niños y adolescentes, se localiza más frecuentemente en el tronco.

Sus caracteres clínicos son: pápulas de tamaño de la cabeza de un alfiler de color rojizo o amarillento, los elementos pueden ser planos o acuminados cubiertos de una escama o más raramente de una pústula.

Tienen tendencia a agruparse, curan sin secuelas.

12- Tuberculosis Rosaseiforme de Lewandowsky.

Tuberculosis cutánea de origen hematógeno de un curso crónico residivante se localiza preferentemente en la cara, ataca más frecuentemente a las mujeres.

Los caracteres clínicos: semeja al lupus miliar diseminado del que se diferencia por la presencia de una congestión mayor y de la aparición de telangiectasias, lupus miliar diseminado (alergia tuberculínica) rosácea.

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS CUTANEA

El tratamiento de la tuberculosis cutánea según la LIGA NACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS, debe tratarse como tuberculosis pulmonar de acuerdo al siguiente esquema:

1- Fase diaria por dos meses (60 dosis)

Estreptomicina (IM) 1 gr. diario

Isoniacida (oral) 300 mlg. diarios

Tioacetazona (oral) 150 mlg. diarios.

2- Fase: alterna, dos veces por semana, por 10 meses.

Estreptomicina 1 gr. 2 veces por semana

Isoniacida 800 mlg. dos veces por semana.

VI. OBJETO A INVESTIGAR

- 1- Este estudio fue realizado en el Hospital San Vicente e Instituto de Dermatología para conocer la frecuencia de la tuberculosis cutánea en los pacientes que consultaron en el período comprendido de enero de 1971 a diciembre de 1981.
- 2- Para el presente trabajo se tomaron aquellos casos positivamente diagnosticados como tuberculosis cutánea de acuerdo a: síntomas y signos clínicos, Ziehl-Neelsen, cultivos, biopsia, reacción tuberculína y respuesta terapéutica.
- 3- Se revisaron 48,260 expedientes entre los cuales 67 casos fueron encontrados con el diagnóstico de tuberculosis cutánea.

VII. MATERIAL Y METODOS

- 1- Este estudio fue realizado en el Hospital San Vicente e Instituto de Dermatología, porque es en estas Instituciones donde generalmente acuden o son referidos los pacientes que padecen de Tuberculosis, de manera que en el Hospital San Vicente se estudia todo tipo de Tuberculosis y en el Instituto de Dermatología a estudio de la piel.
- 2- Obtención de la Muestra: (Hospital San Vicente)
 - a) Se procedió a la revisión de los libros de registro de estadística El ingreso y egreso de los pacientes buscando diagnóstico de tuberculosis cutánea, pero en dichos registros sólo se concretar a poner diagnóstico de tuberculosis pulmonar mas úlcera en miembros o TB ganglionar. No estando clasificados los casos de tuberculosis cutánea.
 - b) Se revisó directamente cada una de las papeletas comprendidas del año 1971 - 1981, elaborando previamente un cuadro donde se detallaban:
 - Sexo
 - Edad
 - Motivo de consulta
 - Diagnóstico de ingreso y egreso
 - Tratamiento y evolución.
 Así como cualquier lesión que nos fuera sugestiva de tuberculosis cutánea para proceder posteriormente a su tabulación y clasificación
- 3- Se corrió la misma encuesta en el Instituto de Dermatología pero se encontró que en dicho centro los archivos están más ordenados cada caso es debidamente clasificado y ordenado por lo que en los libros de estadística existe una clasificación de los casos de tuberculosis cutánea que se han tratado en dicho centro.
- 4- Luego se clasificó el material y tabuló de acuerdo a la clasificación del Dr. Cordero (5).

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS

**TABLA 1
SEXO Y EDAD**

Edad	INSTITUCIÓN				Total	
	Hospital San Vicente		Instituto de Dermatología			
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino		
1 - 10	1	5	--	6	12	
11 - 20	1	2	9	4	16	
21 - 30	2	1	6	--	9	
31 - 40	2	3	4	2	11	
41 - 50	--	1	1	4	6	
51 - 60	1	--	4	--	5	
61 - 70	1	--	2	3	6	
71 - 80	1	--	--	1	2	
80 - más	--	--	--	--	0	
Subtotal	9	12	26	20	67	
Total		21		46		

Del total de los 67 pacientes con TB Cutánea, 35 correspondieron al sexo femenino y sólo 32 al sexo masculino, esta frecuencia representa un predominio de las mujeres con respecto a los hombres en relación de: 0.01 o/o.

La distribución por edad y sexo mostró un máximo de frecuencia en la segunda década para las mujeres, y en la primera para los hombres. El promedio global de edad fue de: 40.1 años con un intervalo de 10 a 80 años.

TABLA 2
DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

Diagnóstico ingreso TB Cutánea	Hospital San Vicente	Instituto de Dermatología	Total
Ulcera miembros Inferiores	--	7	7
Cicatriz cuello	--	2	2
Ulcera Mejilla	--	2	2
Manchas Tórax	--	2	2
Masas en Cara	--	4	4
Ulcera Cuello	2	4	6
Masa Supraclavicular	1	--	1
Masa Cuello	2	3	5
Ulcera Genital (vulva)	1	--	1
Sub-total	6	24	--
Total		30	30

Para establecer el diagnóstico Histopatológico en los 6 casos provenientes del Hospital San Vicente se contó con piezas quirúrgicas: piel región del cuello (2); ganglio región supraclavicular (1); ganglio cervical (2).

En el Instituto de Dermatología en la mayoría de los casos (24) se revisó material representativo de la lesión según su localización.

Los signos clínicos más frecuentemente encontrado en los pacientes fueron Ulcera miembros inferiores 13 casos (19o/o); Ulcera en cuello drenado 12 casos (18o/o); Masa en cuello 8 casos (12o/o).

TABLA 3
MANIFESTACIONES CLINICAS AL INGRESO

Clasificación TB Cutánea	LOCALIZACION		Total
	Hospital San Vicente	Instituto de Dermatología	
Masa cara	--	5	5
Masa cuello	4	4	8
Ulcera miembros inferiores	4	11	15
Cicatriz cuello	4	3	7
Manchas Tórax	--	6	6
Ulcera en Tórax		4	4
Miembros Inferiores	--		
Ulcera supurando Cuello	4	7	11
Ulcera Mejilla	--	2	2
Eritema Cara	--	1	1
Ulcera en Tórax	--	3	3
Fístula Pleurocutánea	1	--	1
Adenopatía sub-maxilar	2	--	2
Masa sub-clavicular derecha	2	--	2
Sub-total	21	46	
Total		67	67

En la tabla No. 3 se resumen los síntomas principales por los que los pacientes acudieron a consulta, la mayoría de los pacientes consultó cuando la lesión estaba instalada en la piel.

Los signos clínicos más frecuentemente encontrados en los pacientes fueron: ulceraciones o masas supurativas.

**TABLA 4
ATOLOGIA ASOCIADA**

Tipo TB Cutánea	TB. OTRO SITIO		
	Hospital San Vicente	Instituto de Dermatología	Total
Escrofuloderma	Miembro inferior Izquierdo 1	Pulmonar 1	2
Eritema Indurado de Bazin	Pulmonar 2	Pulmonar 1	3
Mal de Pott Fistulado	Miembro inferior Izquierdo 1		1
TB Periorificial	Pulmonar 1		1
Subtotal	5	2	
TOTAL	7		7

En 7 paciente se encontró la tuberculosis cutánea a otra alteración orgánica.

La Patología más frecuente fue: Eritema Indurado de Bazin 3 casos; Escrofuloderma asociado a Eritema Indurado de Bazin 1 caso.

Es de hacer notar que estos casos quedaron integrados como TB Asociada, Tabla número 6 pero que se consideran como casos de tuberculosis diseminada.

En la patología asociada a la TB cutánea en el Hospital San Vicente encontramos. Escrofuloderma asociado a Eritema Indurado de Bazin 1 caso (1.50/o), Eritema Indurado de Bazin asociado a TB pulmonar, 2 casos (2.10/o), es de hacer notar que estos casos aparecen sin clasificación como se observa en la tabla número 4 pero que se consideran casos de Tuberculosis de Reinoculación.

En el Instituto de Dermatología 2 pacientes presentaron TB pulmonar asociado a escrofuloderma y Eritema Indurado de Bazin (1.50/o).

**TABLA 5
DISTRIBUCION DE ESTUDIOS DIAGNOSTICOS**

Método Diagnóstico	INSTITUCION		Total
	Hospital San Vicente	Instituto de Dermatología	
Clínico	10	7	17
Tuberculina	6	6	12
Biopsia	7	25	32
Ziehl-Neelsen			
Cultivo			
Sub-total	23	38	61
Total		61	

Se estableció el diagnóstico de tuberculosis cutánea de acuerdo a los métodos que se describen.

- 1) En 17 casos el diagnóstico fue clínico sólo se realizó por el carácter de la lesión y su localización, no se tomaron otros parámetros para el origen preciso de la lesión en piel.
- 2) Se practicó la tuberculina sólo en 12 casos en el Hospital San Vicente se registraron 2 lecturas de 8 y 20 mm que correspondían a la variedad de escrofuloderma. En el Instituto de Dermatología se ignora la lectura.

Los métodos diagnósticos que se usaron en ambas Instituciones fueron:

- a) Diagnóstico clínico, 17 casos (26.85o/o), tomando únicamente lugar donde la úlcera afectaba al cuerpo.
- b) La tuberculina fue positiva en 12 casos (18o/o); no se efectuó en 55 casos (81o/o); es de hacer notar que estos exámenes se usaron para diagnosticar TB cutánea sin complementar otros estudios.

TABLA 7
TRATAMIENTO HOSPITALARIO

Tipo TB Cutánea	HOSPITAL SAN VICENTE				INSTITUTO DE DERMATOLOGIA			
	INH.	EST.	PAS	INH.	EST.	PAS.	RIF.	NYAN
1- Micobat atípica				1				
2- TB Verrugosa Cutis				6	6			
3- Escrofuloderma	8	7	1	9	10	1		
4- Tuberculide RL				5	5	3		1
5- Lupus Vulgar	1	1		4	4	1		
6- Eritema Indurado de Bazin				2	2	1		
7- TB Ganglionar				3	3	1	1	
8- Eritema Acnitis				1	1			
9- TB Papulone-crótico				1	1			
10- TB Cutánea				3	3			
11- TB asociadas:								
12- TB Pulmonar + Eritema Indurado de Bazin	2	2						
13- Mal de Pott + Eritema Indurado de Bazin	1	1						
14- Escrofuloderma + Eritema Indurado de Bazin	1	1						
Total	13	12	1	35	35	7	1	1

ABREVIATURAS

INH=	Isoniacida	PAS=	Acido Paraaminosalicilico
EST=	Estreptomicina	RIF=	Rinfapicina
		NYAN=	Nyambutol

Tuberculosis Cutánea. frecuencia de sus diferentes manifestaciones y tratamiento hospitalario de los pacientes, máximo de tiempo 1 año y medio.

Todos los pacientes recibieron tratamiento con los medicamentos INH-Estrepto-Pas. Para ambas Instituciones se reportaron 11 casos en que se tuvo que agregar Rifadin por poca respuesta terapéutica como se observa en la tabla número 7.

TABLA 8
RESPUESTA TERAPEUTICA

TIPO TB CUTANEA	HOSPITAL SAN VICENTE				INSTITUTO DE DERMATOLOGIA		
	Casos	Curados	Mejorados	Ignorados	Curados	Mejorados	Ignorados
1- Microbacteria Atípica	1					1	
2- TB Verrugosa	8					5	3
3- Escrofuloderma	26	8	3	4	6	3	2
4- Tuberculide RL	10					5	1
5- Lupus Vulgar	6	1				4	1
6- Eritema Indurado de Bazin	4					4	
7- TB Ganglionar	3					3	
8- Eritema Acnitis	1					1	
9- TB papulone-crótico	1						1
10- TB Cutánea	3					2	
11- TB Asociadas							
12- TB Pulmonar + Eritema Indurado de Bazin	2					2	
13- Mal de Pott + Eritema Indurado de Bazin	1		1				
14- Escrofuloderma + Eritema Indurado de Bazin	1			1			
TOTAL	67	9	4	7	31	9	6

Tuberculosis Cutánea: frecuencia de sus diferentes manifestaciones y evolución de los pacientes después de un año y medio de tratamiento.

Cuarenta pacientes sanaron (57.90%) en un lapso de un año estos pacientes no se les efectuó estudios posteriores, sólo se seguían por consulta externa.

No se reportaron fallecidos.

Mejoraron trece pacientes (19%) entre los que se incluyen pacientes que están tomando tres medicamentos (INH-Estrepto-Pas) y acuden regularmente a la consulta.

Trece pacientes (19%) abandonaron la consulta después de 5 meses de tratamiento.

En el Hospital San Vicente todos los pacientes tenían Rayos X de tórax y todos presentaban anomalías, éstas fueron:

- a) TB pulmonar activa.
- b) TB pulmonar moderada.

En el Instituto de Dermatología sólo dos casos tenían rayos X de tórax que eran compatibles con TB pulmonar activa, el resto no tenía rayos X de tórax.

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

- 1- Fueron estudiados 48,260 expedientes en las dos Instituciones cuya edad de los pacientes oscilaron entre 1-80 años, de éstos 6,268 pacientes en el Hospital San Vicente presentaban TB pulmonar previa, 21 pacientes estaban diagnosticados como TB. cutánea. En el Instituto de Dermatología se revisaron 41,992 papeletas que presentaban diversas patologías de la piel, de éstos, 46 pacientes fueron diagnosticados como TB cutánea. Esto demuestra que la tuberculosis cutánea es una afección poco frecuente en nuestro medio, concordante con lo que ocurre con el resto de otros países (11); pues en 10 años de estudio se diagnosticaron 67 casos, lo que indica que su frecuencia es baja.
- 2- Respecto al sexo, el femenino es el más afectado; reportándose 35 casos, y 32 casos del sexo masculino. Esto demuestra lo afirmado por autores como: DOMONKOS (1) donde la tuberculosis cutánea es más frecuente en la mujer, atribuyéndole que posiblemente existe en el sexo femenino una predisposición genética o adquirida para desarrollar la enfermedad.
- 3- Respecto a las diferentes formas en que se manifiesta la tuberculosis cutánea, dependiendo del diagnóstico que se haga de la misma así son los lugares afectados del cuerpo afectado. Coinciendo también los estudios Histopatológicos con los casos reportados en la literatura. En nuestro estudio, la entidad patológica más frecuente fue el escrofuloderma (26 casos), esta patología afecta el cuello, posiblemente porque en esta región está situada la cadena ganglionar y es asiento de lesiones por vía hematogena.
- 4- Respecto a los estudios diagnósticos que se emplearon en ambas Instituciones, llama la atención que en el Hospital San Vicente para el diagnóstico de la tuberculosis cutánea se le dá poca importancia al no completar en la mayoría de los casos estudios como Biopsia Ziehl-Neelsen, cultivos, dedicándose en absoluto al diagnóstico de la tuberculosis pulmonar más úlcera. Esto hace que los datos estadísticos no sean confiables a la frecuencia de esta enfermedad.

5. En el Instituto de Dermatología para el diagnóstico de la tuberculosis cutánea muestra procesos similares al Hospital San Vicente, los estudios que se efectuaron son poco concluyentes, pues se dedica al estudio de piel y no se puede concluir en ambas Instituciones si la TB cutánea en la mayoría de los casos es de primo o reinfección.
 6. En ambas Instituciones no había lectura previa de "BCG" en comparación a lo informado en otras series (4-8) que la sensibilización con "BCG" puede ser asiento de TB cutánea.
 7. En cuanto a los resultados obtenidos revelan que nuestro estudio es semejante a lo informado en la mayoría de series (1-5), donde el escrofuloderma ocupa más del 40% de la totalidad de los casos; llama la atención sin embargo, que siendo Guatemala un país donde prevalece un alto índice de TB, las diferentes lesiones que esta enfermedad produce por falta de un estudio completo, sea confundido con otras patologías de la piel, retardando así su diagnóstico y tratamiento.
 8. La mayoría de los pacientes eran originarios de los departamentos, por lo que el estudio epidemiológico no fue veraz, ignorándose si hay sintomáticos respiratorios en los demás miembros de la familia de estos pacientes.

X CONCLUSIONES

- 1- La Tuberculosis cutánea es una entidad patológica poco común pero que puede ocurrir en forma atípica que afectan a algunas razas y comunidades donde la incidencia de la tuberculosis permanece todavía alta.
 - 2- En nuestro estudio la entidad patológica que más se presentó fue el escrofuloderma.
 - 3- El sexo femenino fue el más afectado.
 - 4- Los métodos de diagnóstico para la tuberculosis cutánea en ambas Instituciones son poco confiables.

XI. RECOMENDACIONES

- 1- Cuando se haga estudio de diagnóstico de Tuberculosis cutánea recomendamos se utilicen todos los medios posibles al alcance para que los datos estadísticos sean confiables en cuanto a métodos de estudio.
- 2- En el Hospital San Vicente sugerimos clasificar los distintos tipos de tuberculosis cutánea, ya que actualmente no se cuenta con un archivo con datos acerca de esta enfermedad.
- 3- Sugerimos efectuar estudios epidemiológicos en los hogares de estos pacientes para la detección de posible sintomáticos respiratorios o con lesiones sospechosas de TB cutánea.

XII. BIBLIOGRAFIA

- 1- Alcides, Conti y Paulino A. Rojas. Tuberculosis cutánea. Archivos Argentinos de Dermatología 1979, Ene-Jun, 29(1-2):30-35
- 2- Amado, S Cutáneos tuberculosis in children. Pediatric Dermatology 1975, Aug, 6. 17(1):221-227
- 3- Badger, Theodore L. Tuberculosis N Eng J Med 1959, Jul; 2, 261 (1) 30-31, 1959, Jul; 9, (2):13-16, 74-80,131
- 4- Beeson, Paul B. and Walsh McDermott. Tratado de medicina interna de Cecil-Loeb. 12. ed. México, Interamericana, 1968. t.1 (pp. 50,267).
- 5- Cordero, Fernando. Dermatología médico quirúrgica. 3. ed. Guatemala, Impcolor, 1972. t.1 (pp. 1,86,201,504).
- 6- Domonkos, Antony. Andrews diseases of the skin. 6. ed. Barcelona, Salvat, 1972. 950p. (pp. 655-685).
- 7- Fitzpatrick, Thomas B. Dermatology in general medicine. New York, McGraw Hill, 1971. 347p. (pp. 215,1955).
- 8- Goodman, L.S. and A. Gilman. The pharmacological basic of therapeutics. 6. ed. New York, MacMillan, 1980. 2075p. (pp. 734, 780-781).
- 9- Harrison J. Medicina interna. 6. ed. New York, McGraw Hill, 1970, t.1 (pp. 640,967,2080).

- 10- Kalkoff, K.W. Tuberculosis de la piel. Madrid, Morata, 1951.
(140-143 240).
- 11- Litter, M. Manual de farmacología. 5. ed. Buenos Aires El Ateneo, 1975. 734p. (pp. 606-607).
- 12- Rich, A.R. The pathogenesis of tuberculosis. 2. ed. Illinois, Springfield, 1951. 670p. (pp. 89-90-91).
- 13- Rook Arthur. Text book of dermatology. Toronto, F.A. Davis, 1969. 850p. (pp. 383,399).



Urdiales

A handwritten signature in cursive ink, appearing to read "Urdiales".

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
OPCA — UNIDAD DE DOCUMENTACION

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS
DE LA SALUD
(C I C S)

CONFORME:

Dr. Jorge A. Ramírez.
ASESOR.

Dr. JORGE A. RAMÍREZ
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO NO. 2303

SATISFECHO

Mario Roberto Pinto.
Dr. Mario Roberto Pinto.

REVISOR.
Mario Roberto Pinto
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO NO. 1781

APROBADO:

DIRECTOR DEL CICS



IMPRIMASE:

DR. Mario René Moreno Cambara
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
J. SIAAC. CIEZ. A. M. DILAS
USAC
CICLO LETTIVO 1984
DECANO 87-88
Guatemala, 25 de Dr. Mario René Moreno Cambara 1984
Santamaría A.

Los conceptos expresados en este trabajo
son responsabilidad únicamente del Autor.
(Reglamento de Tesis, Artículo).