

TUBERCULOSIS ESQUELETICA CON LESIONES EN LA PIEL. INFORME DE UN CASO EN FORMA DE PRESENTACION SEUDOMALIGNA EN UNA NIÑA DE 2 AÑOS DE EDAD

INSTITUTO NACIONAL DE ONCOLOGIA Y RADIOBIOLOGIA

*Dr. Luis R. Pérez Lozano**, *Dra. Mertha Longchong Ramos***,
*Dra. Mayra Valdés Zamora****, *Dr. Julio Menéndez Venta*****
*Dra. Margárita Amigó de Quesada******
*y Dr. Santiago Quintero Cayola******

Se traslada a nuestro centro una niña de 2 años de edad que presenta dolor, signos inflamatorios e impotencia funcional de la pierna y el pie derecho; además, fiebre y lesiones en la piel. Los estudios radiográficos muestran lesiones osteolíticas en casi todos los huesos examinados. Se estudia a la paciente y los resultados de las punciones óseas, la biopsia de una de las lesiones en la piel, así como los resultados de otros estudios y la evolución clínica de la paciente, inducen al diagnóstico de una histiocitosis X. Al llegar el resultado de una segunda prueba de Mantoux con 20 mm, se reevalúa el caso y otros exámenes complementarios demuestran la naturaleza tuberculosa de las lesiones y el cuadro clínico de la paciente.

PRESENTACION DEL CASO

Una niña de 2 años de edad, blanca, es trasladada al Servicio de Oncopediatría de nuestra institución por presentar dolor y signos inflamatorios en el tercio inferior de la pierna y el pie derecho, además, importancia funcional del miembro. Los estudios radiográficos muestran múltiples lesiones osteolíticas en huesos de la pelvis, fémur, tibias y últimos arcos costales (figura 1), lesiones en la piel en la región anterior del tronco en proyección del apéndice xifoides y en la región posterior del tronco en su tercio superior, que recuerdan al eczema marginado de Ebra, de forma oval que miden aproximadamente 4 cm de diámetro y de bordes bien delimitados (figuras 2 y 3).

Con estos hallazgos y la pobre respuesta al tratamiento con antibióticos de amplio espectro, fue remitida con el diagnóstico de una reticuloendoteliosis.

* Especialista de I Grado en Medicina Interna.

** Especialista de I Grado en Pediatría. Jefa del Servicio de Oncopediatría.

*** Especialista de I Grado en Oncología.

**** Especialista de I Grado en Pediatría.

***** Especialista de I Grado en Anatomía Patológica.

***** Especialista de II Grado en Anatomía Patológica.

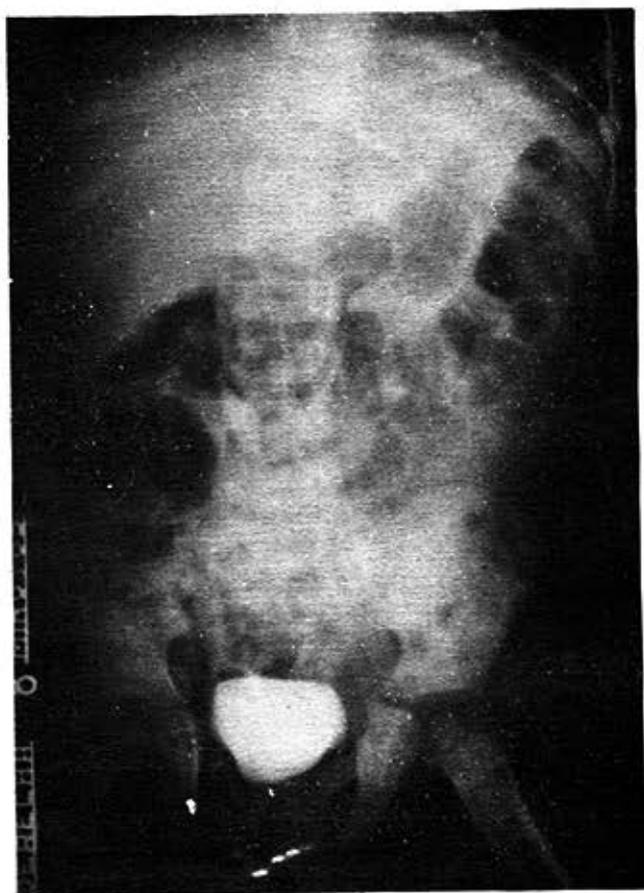


FIGURA 1. Se observan las láminas osteolíticas.

En nuestro centro se comprueban los síntomas y signos antes expuestos, además, mucosas hipocoloreadas, adenopatía axilares e inguinales de 1 cm de diámetro, no dolorosas, móviles y elásticas; no hay hepatosplenomegalia, el resto del examen físico es normal.

Se continúa su estudio y tratamiento con antibióticos, pero la evolución es tórpida, empeoran y aumentan las lesiones osteolíticas en todos los huesos examinados, aparece fiebre que evoluciona de forma paroxítica y llega hasta 39 °C.

Los resultados de las investigaciones iniciales fueron: hemoglobina 9 g %, leucograma en 11 250 leucocitos por mL con 2 stabs, eritrosedimentación en 80 mm/h, la prueba de Mantoux en 10 mm y el estudio radiográfico del tórax no mostró lesiones pleuropulmonares ni mediastinales.

Días después la fiebre se hizo más frecuente y se valoran posibilidades diagnósticas de neuroblastoma metastásico, histiocitosis X y leucemia linfática aguda. Durante las 2 primeras semanas el cuadro clínico, los resultados de laboratorio y los estudios radiográficos no muestran modificaciones evidentes. Se realizan punciones óseas en cresta ilíaca, tibia y esternón; el informe del medulograma indica que existen células tumorales y plantea como posibilidad diagnóstica una médula metastásica, además se biopsian las lesiones de la piel y el resultado de sus improntas induce al diagnóstico de una histiocitosis X. La fiebre persiste y se hace más frecuente con un estado general moderadamente conservado. En la quinta semana de su ingreso se repite la prueba de Mantoux donde se observa un resultado positivo con 20 mm. Se decide detener la terapéutica citostática propuesta al diagnóstico de histiocitosis X.

Se interroga nuevamente a la madre e insistimos sobre algún contacto tuberculoso familiar, y para sorpresa nuestra nos refiere haber padecido la enfermedad en forma

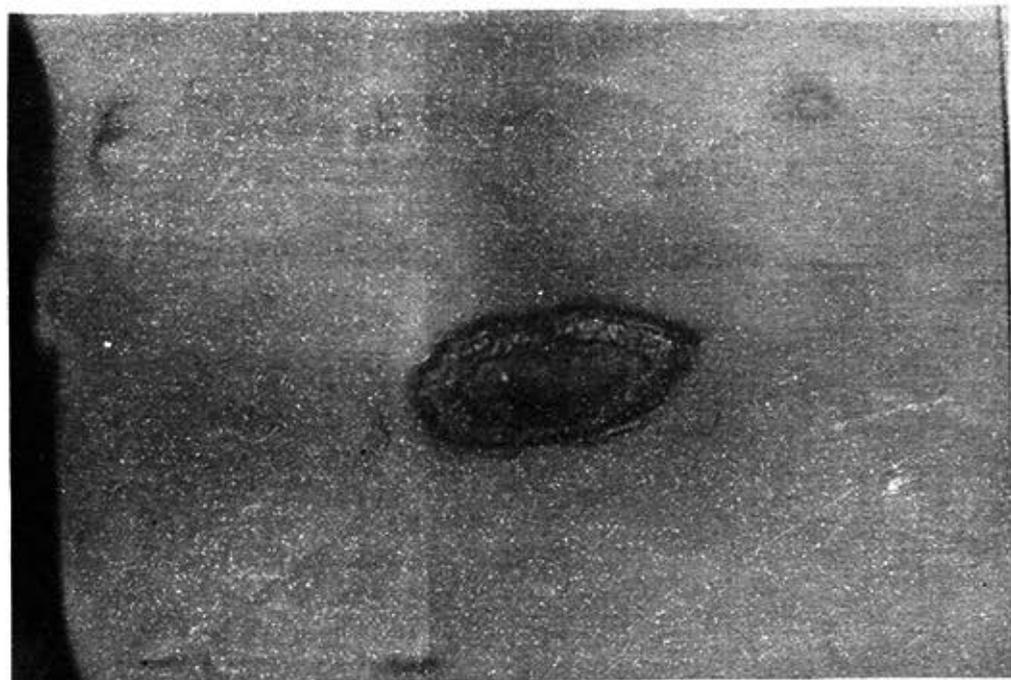


FIGURA 2. Lesión cutánea en región anterior del tronco.



FIGURA 3. Lesión cutánea en la región posterior del tronco.

ósea varios años antes de la gestación de su hija. Se recibe el informe de la biopsia de hueso donde se informa la presencia de células gigantes tipo Langhans.

Se impuso tratamiento antituberculoso y la respuesta favorable no se hizo esperar, fue espectacular; las lesiones osteolíticas, la fiebre y las lesiones en la piel desaparecieron (figura 4).

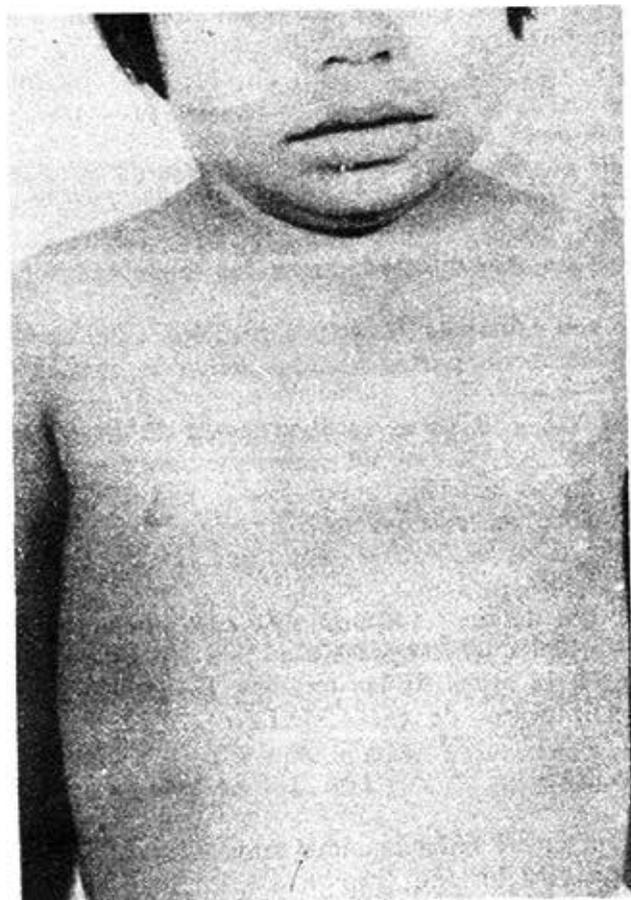


FIGURA 4. La lesión cutánea desapareció con el tratamiento antituberculoso.

DISCUSION

La reducción de la incidencia y mortalidad por tuberculosis en nuestro país, gracias a la eficiencia del programa establecido por la Revolución desde sus inicios en la década del 1960 ha sido notable, completado con leyes de seguridad social que garantizan el soporte económico de los pacientes afectados por la enfermedad, como son: el pago del 100 % de sus haberes salariales y la medicación gratuita hasta su curación.

Por ello, cada día se diagnostican menos casos y se piensa menos en esta entidad.

Las localizaciones extrapulmonares son muy infrecuentes, excepto la forma ganglionar, de ahí que localizaciones inusuales de al tuberculosis hagan más difícil su diagnóstico.

La afectación hepática por la enfermedad ha sido descrita por varios autores; *Leader*,¹ *Charickliat*,² *Ashton*,³ *Rab*,⁴ *Gracey*,⁵ *Cleve*,⁶ *Zipper*,⁷ etcétera. Nosotros informamos un caso de absceso hepático tuberculoso con lesiones osteolíticas en vértebras de la columna lumbar⁸ que daba la impresión por su forma de presentación, de un sarcoma retroperitoneal.

Otras localizaciones de la enfermedad sin afectación pulmonar han sido descritas en la laringe, parótida, intestino, cerebro, genitales, etcétera. En nuestro instituto, *Hevia* y *Fleites*, en 1985, informaron un caso de muy inusual presentación, en márgenes del ano, que en la forma de presentación de la lesión parecía ser un carcinoma.⁹

La tuberculosis esquelética en nuestro país, en la actualidad, es muy difícil de encontrar; la forma más grave de esta entidad es la enfermedad de Pott o espondilitis tuberculosa, donde se produce erosión y destrucción de cuerpos vertebrales y discos; las más afectadas son las vértebras torácicas.

Nosotros informamos un caso con osteólisis y fractura patológica del cuello del hueso fémur derecho, con absceso de partes blandas de la región afectada que simulaba un sarcoma.¹⁰

En 1970 *Davidson* publicó casos con estas localizaciones de la enfermedad.¹¹

La tuberculosis quística del hueso (caries tuberculosas) o tuberculosis múltiple quística es un proceso raro en el cual hay focos osteolíticos de huesos largos, planos, costillas y a veces huesos tubulares de las manos y los pies.^{11 12}

Es precisamente el caso que informamos un ejemplo de esta presentación inusual; además, las lesiones en la piel que desaparecieron con el tratamiento específico antituberculoso inducen a la causa de las mismas. En la literatura médica revisada no encontramos informes de casos similares.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

El caso informado es otro ejemplo de enfermedades simuladoras de procesos malignos en su presentación; las lesiones producidas en la piel y en la médula inducen a errores diagnósticos y, por ende, a una terapéutica inadecuada. Nos enseña a agotar nuestros medios de diagnóstico y profundizar en la anamnesis familiar y personal, pues se debe tener en cuenta que la tuberculosis es una enfermedad «tabú», la cual es negada por la mayoría de los pacientes que la han padecido.

Siempre debemos esperar un diagnóstico histológico de certeza para un tratamiento oncoespecífico; no precipitarnos y agotar cuantos recursos tengamos para ello, reevaluar y discutir un caso de difícil diagnóstico, las veces que sea necesario.

SUMMARY

A two year old girl presenting pain, inflammatory signs and functional impotence of the right leg and foot, as well as fever and skin lesions, is referred to our center. The radiologic studies show osteolytic lesions in almost all the bones examined. The patient is studied and results of bone punctures, biopsy of one of

the skin lesions, induce to the diagnosis of histiocytosis X. At the results of a second Mantoux test, with 20 mm, the case is evaluated again and other complementary examinations demonstrate tuberculous character of lesions and clinical picture of the patient.

RESUME

Il s'agit d'une fillette de 22 ans qui présente un tableau de douleur, des signes inflammatoires et impuissance fonctionnelle de la jambe et du pied droits, ainsi que de la fièvre et des lésions dans la peau. Les études radiographiques montrent des lésions ostéolytiques dans presque tous les os examinés. Les résultats des ponctions osseuses, la biopsie de l'une des lésions de la peau, ainsi que les résultats d'autres études et l'évolution clinique de la malade, font poser le diagnostic d'histiocytose X. Les résultats d'une deuxième épreuve de Mantoux à 20 mm imposent une nouvelle évaluation de ce cas; d'autres examens complémentaires et le tableau clinique de la malade démontrent la nature tuberculeuse des lésions.

BIBLIOGRAFIA

1. *Leader, S. A.*: Tuberculosis of the liver and gall bladder with abscess formation, a review and case report. *Int Med* 37: 594, 1952.
2. *Charickliat, T.; Spiegel, Carmelita; V. Tuazon*: Tuberculosis liver abscess. *Tubercle* 65(2): 127-131, 1984.
3. *Ashton, N.*: A case of multiple tuberculomata of the liver. *Pathol Bacter* 58: 95, 1946.
4. *Rab, S. M.; M. Z.*: Tuberculosis liver abscess. *Br J Clin Pract* 31: 157, 1977.
5. *Gracey, L.*: Tuberculosis abscess of the liver. *Br J Surg* 52: 442, 1965.
6. *Cleve, E. A.; J. R. Gibson; W. M. Weeb*: Atypical tuberculosis of the liver with jaundice. *Am Int Med* 41: 251, 1983.
7. *Zipper, R. D. et al.*: Tuberculous pseudotumors of the liver. *Am J Med* 61: 946, 1976.
8. *Pérez Lozano, L. R.; G. Hevis Estrada*: Absceso tuberculoso hepático con lesión osteolítica en columna. *Rev 16 de Abril*, 24: 20 y 48, junio, 1985.
9. *Hevia Estrada, G.; G. Fleites Batista*: ¿Cuál es su diagnóstico? Tuberculosis en margen del ano. *Rev 16 de abril*. 113; 19-48, agosto, 1985.
10. *Leal, D.; L. Pérez Lozano*: Tuberculosis ósea del fémur derecho. *Rev 16 de Abril* 129: 17-48, enero, 1987.
11. *Davidson, W. I.; I. Horowitz*: Skeletal tuberculosis. A review with patient presentations and discussion. *Am J Med* 48: 77, 1970.
12. *Beeson, P. B. et al.*: Tratado de Medicina Interna. 15ta ed. La Habana, Pueblo y Educación, 1984. Pp. 595-596.

Recibido: 6 de mayo de 1987. Aprobado: 20 de junio de 1987.

Dr. *Luis R. Pérez Lozano*. Tulipán No. 359 Apto. 4 (bajos) c/ Mariano y Vista Hermosa, Cerro. Ciudad de La Habana, Cuba.