

Hospital M. Arriarán
Sección Medicina Interna
Prof. Eugenio Ciepiuegos.
Policlinico de Lúas

TRES OBSERVACIONES DE TUBERCULOSIS CUTANEA PRECOZ EN EL NIÑO

Por el Dr. ALFREDO DABANCENS L.

La tuberculosis de la piel, sin ser en el niño una afección rara, no es tampoco de una frecuencia muy grande en nuestro ambiente, a pesar de que, como es sabido, la tuberculización infantil es cada día mayor.

El diagnóstico de esta afección, aun cuando suele sospecharse de visu, no puede establecerse a firme sino después de una observación clínica prolongada y reforzada por investigaciones de Laboratorio que resultan indispensables para demostrar la presencia del Bacilo de Koch en las lesiones, ya sea por el examen directo de las secreciones de la piel enferma (lo que sólo en contadas ocasiones es suficiente) o bien mediante el cultivo o la inoculación de aquéllas conforme a las técnicas habituales.

Según Darier se pueden distinguir 5 tipos de lesiones cutáneas tuberculosas, a saber: 1.º La úlcera tuberculosa; 2.º, la tuberculosis verrucosa; 3.º, el goma tuberculoso o escrofuloderma; 4.º, la tuberculosis fungosa, y 5.º el lupus tuberculoso.

A pesar de que dicho autor procura describir algunos caracteres diferenciales para uno y otro tipo, su sintomatología se entrelaza en tal forma que él mismo termina por declarar que un tipo puede transformarse en otro en un mismo enfermo. No entraremos por lo tanto a reproducir aquí la descripción de cada tipo sino que nos limitaremos a decir

que debe sospecharse la etiología tuberculosa de toda afección cutánea sobrevenida en un niño tuberculino-positivo, con o sin lesiones pulmonares visualizables a la radiología, siempre que dicha afección cutánea presente los siguientes caracteres:

1.º Infiltración cutánea de coloración violácea, fría, indolora, de marcha tórpida que dura meses.

2.º Tendencia manifiesta a la fistulización y a la formación de úlceras irregulares, de bordes desprendidos.

3.º Secreción saniosa, ligeramente purulenta, con frecuencia sanguinolenta, rebelde a todos los tópicos.

4.º Cicatrización retráctil e incompleta: se cierra la lesión en un punto y se abre espontáneamente en otro, o bien aparecen lesiones en otra región de la piel.

En el diagnóstico diferencial deben descartarse las micosis en general, la sífilis y las neoplasias. Ya dijimos que el verdadero fundamento del diagnóstico lo dará el hallazgo del Bacilo de Koch en las lesiones mismas.

En los últimos dos años hemos tenido ocasión de recoger tres observaciones, dos de las cuales tienen la comprobación bacteriológica positiva. La tercera no presenta esa prueba irrefutable, pero la incluimos en la casuística con diagnóstico de gran probabilidad por haberse comprobado la caseificación de un ganglio vecino.

El interés de estas observaciones radica en su precocidad, pues no se trata de casos avanzados de tuberculosis pulmonar o visceral que tardíamente hayan presentado lesiones tuberculosas cutáneas sino que por el contrario, como se verá en la descripción correspondiente, las lesiones de la piel aparecieron precozmente, aun antes de la comprobación radiológica de lesiones pulmonares.

OBS. N.º 1. — Violeta D. — 7 años. — N.º del Registro 43394.

Antecedentes familiares: Padre, 31 años, seronegativo. Madre, 32 años, seronegativa, 5 hijos, todos vivos, 3 de ellos con serología negativa, 0 abortos. No hay datos de tuberculosis.

Antecedentes personales. — Nació a término. Pecho exclusivo, 4 meses; después mixto hasta el año. Anduvo después del año y medio.

Enfermedades anteriores. — Coqueínche a los 4 años, Quemaduras de 2.º grado en la espalda.

Enfermedad actual. — Desde hace 3 meses se queja de dolor de la pierna izquierda, la que se ha hinchado y fistulizado; posteriormente le han aparecido lesiones cutáneas tuberosas infiltrativas y ulcerosas en el cuello, axila derecha e ingle izquierda.

Examen físico (5-III-42). — Estado general malo: pesa 15 kilos (en lugar de 22). Niña pálida claudica al andar por lesión profunda del 1/3 medio de la pierna izquierda, la que se presenta aumentada de volumen: dolorosa, roja, caliente y fistulizada.

Además, se comprueban lesiones ulcerativas con infarto ganglionar satélite en las siguientes regiones: látero cervical y submaxilar derecha, axila derecha; poplítea, inguinal y clavicular izquierda. Cicatrices de quemaduras en la escápula izquierda.

Examen pulmonar y cardíaco negativo. Afebril.

Diagnóstico clínico del cirujano. — Osteitis tuberculosa fistulizada tibia izquierda. Tuberculides ulceradas.

Exámenes complementarios. — Reacción de Pirquet (+++). Radioscopia de tórax (—). Reacción Wass. (+). Reacción Kahn (—). Sedimentación: 60 m. en 1 hora.

Radiografía de la tibia izquierda N.º 3400203. "Zona anular de destrucción ósea de límites netos, en el 1/3 medio de la tibia izquierda en relación con el borde anterior de la tibia; intensa ósteo esclerosis de vecindad y deformación hacia adelante del 1/3 medio de la tibia: **Aspecto de Osteomieli-
tis lútica de la tibia izquierda.**

Evolución. — En vista de la imagen radiológica se envía al Poli de Lúes, solicitando una investigación respecto a la posibilidad de que la lúes juegue un papel en la etiología de estas lesiones.

En el servicio no se encuentran antecedentes, estigmas ni síntomas clínicos de Lúes; pero dado el aspecto gomoso de la lesión tibial se procede a reactivar tanto a la niña como a la madre. El resultado de ambas reactivaciones fué totalmente negativo. El examen de fondo de ojos también fué negativo. No obstante estas circunstancias, y a pedido del Jefe de la Sección de Cirugía, se procede a practicar un tratamiento específico de prueba, usando primeramente Nearsolán hasta enterar 3 grs., o sea, 20 centígrs. por kilogramo. Después se siguió con hidróxido de Bi en número de 7 inyecciones, de 1 c.c. cada una. Terminada esta serie, la serología fué negativa por tercera vez. Se dejó 1 mes en descanso y se reanudó el tratamiento con Bi.

Durante todo este tiempo se continuó haciendo curaciones día por medio. El estado general mostró un empeoramiento, pues bajó de peso hasta 13½ kilos y presentó un estomatitis bismútica, por lo que se suspendió este tratamiento y se continuó después con jarabe de Gibert.

Siguiendo con la investigación etiológica de las lesiones, se solicitaron diversos exámenes de pus en busca de hongos, pero no se encontraron sino neumococos.

De todos modos, por el aspecto sospechoso de las úlceras y su rebeldía, se hizo, a guisa de ensayo, una serie de inyecciones de yoduro de sodio endovenoso, por si se tratara de una actinomicosis o algo parecido. Lo único que se observó fué un nuevo retroceso, tanto local como general, por lo que se de-

sistió del yeduro y se continuó con cianuro hasta terminar la segunda cura del tratamiento de prueba.

Insistiendo en la investigación bacteriológica, el examen directo del pus volvió a revelar la presencia de neumococos.



FIG. 1.

En vista de esto, se procedió a suministrar Sulfatiazol en dosis de 4 tabletas diarias.

Poco después eliminó un sequestro por la fistula tibial y la úlcera comenzó a cicatrizar, lo mismo que poco a poco se notó mejoría del resto de las lesiones ulcerosas.

A esta altura de la evolución, el laboratorio informa que han aparecido colonias de B. de Koch en medio de Petraghani a los 18 días de cultivo.

Este valioso dato viene a dar luz respecto a la cronicidad de las lesiones: explica el fracaso del tratamiento específico de prueba y el empeoramiento observado con el yoduro de sodio.

Se siguió de todos modos con Sulfatiazol, puesto que también había neumococos en el pus y en vista del buen resultado que se iba obteniendo. Tomó un total de 50 grs. en el curso de 4 meses, o sea, un tratamiento bastante suave, pero prolongado.

Se reforzó, además, el tratamiento con cloruro de calcio, bacalao y sobre-alimentación, y se hizo curaciones locales con líquido de Calot.

La niña fué sanando lentamente de sus múltiples fistulas, las que unas tras otras fueron cerrando con cicatrices queloides. Algunas más tórpidas todavía no cierran bien (Radiografía 39264-65/26-V-43). "La lesión destructiva de la tibia izquierda ya es casi inapreciable. Persiste intensa osteosclerosis que compromete sobre todo, la cortical. Ha tenido últimamente una conjuntivitis filtenular O. I., de la que sanó pronto, pero la Radioscopia revela "un pequeño nódulo denso en el hilio derecho como en vías de calcificación".

Además, un golpe que recibió en la región infra orbitaria izquierda produjo un hematoma que ha sido muy lento en reabsorberse y tiene hasta el presente una cierta tendencia a reblandecerse e infiltrarse, lo que hace temer la aparición en ese sitio de una nueva lesión cutánea del tipo escrofuloderma. El estado general no es muy floreciente: apenas ha subido 2 kilos en un año y medio y la sedimentación es de 22 mm. en la primera hora.

Comentario. — Esta observación corresponde a una tuberculosis cutánea de tipo fungoso sobrevenida en una enfermita que simultáneamente presentaba una osteitis de la tibia izquierda, posiblemente tuberculosa también. Llama la atención que los primeros exámenes radioscópicos de tórax fueron negativos, a pesar de que las tuberculinas eran positivas. Habría correspondido esto a una primo-infección pulmonar tuberculosa oculta, no visible a rayos, de la cual partió la bacteremia, que dió lugar a la lesión ósea y a las lesiones cutáneas. Posteriormente, con la mejoría del estado general y el tiempo transcurrido vino a aparecer una sombra hiliar ya en vías de calcificación.

OBS. N.º 2. — Mario H. — 8 años. — N.º del Registro 65557.

Antecedentes familiares. — Ambos padres son sanos, seronegativos. 2 hijos. No hay antecedentes de tuberculosis.

Antecedentes personales. — Nació de término. Parto normal, criado a pecho exclusivo 6 meses. Anduvo al año.

Enfermedades anteriores. — Coqueluche al año y medio. Sarampión a los 3 años. Amigdalitis crónica, por lo que se opera de tonsilectomía en este hospital el 20-IV-42, previa radioscopia pulmonar, que es negativa.



FIG. 2.

Enfermedad actual. — Al mes después de operado, presenta una adenitis submaxilar izquierda, la que se atribuyó a infección dentaria y fué atendida en el servicio respectivo.

El Mantoux al 1 o/oo era en ese momento negativo. El 12 de julio del 42, o sea, cerca de un mes después del comienzo de esta adenitis, llegó eventualmente al Servicio de Lúes y allí se comprobó una adenitis submaxilar iz-

quierda con periadenitis y tendencia inminente a la fistulización, por lo cual se procedió a drenar, saliendo abundante pus. Se dejó en tratamiento con albúcido y curaciones locales.

Veinte días después del vaciamiento del absceso periganglionar, permanecía la herida abierta, con aspecto de fistula, que daba salida a un pus viscoso y grumoso. Al hacer ligera presión, salían masas de aspecto caseoso, por lo que se repitió la reacción tuberculínica, esta vez un Pirquet, cuyo resultado fué también negativo. Quince días más tarde, no variando en nada el protoso ganglionar fistulizado, se hace un nuevo Mantoux al 1 o/oo, que resulta intensamente positivo, lo cual, junto con el aspecto caseoso de las masas que salían a través de la fistula submaxilar, hace catalogar la adenitis como bacilar.

La radioscopia pulmonar de control sigue negativa y la familia no acusa ningún dato de contagio tuberculoso. Se hace tratamiento general con calcio coloidal y Vitamina D.

El estado general del niño es bastante bueno, sube 2-3 kilos de peso, pero su lesión submaxilar no se modifica. Aparece, además, una conjuntivitis flictenular O. D., que sana muy pronto.

El 30 de setiembre de 1942, a sea, 4 meses después de iniciarse la adenitis, se observó la cicatrización de la fistula, al mismo tiempo que aparecía en la piel de la región horizontal del maxilar inferior izquierdo una infiltración de forma ovalada de color rojo violáceo, indolora, fría, con tendencia a la supuración profunda; se hizo el diagnóstico de escrófuloderma y cuando se comprobó franca fluctuación, se procedió a puncionar con aguja muy fina a través de la piel sana periférica, extrayéndose alrededor de 1 c.c. de pus y se inyectó por la misma aguja de punción 2-3 gotas de líquido de Calot, y se repitió la inyección después de 3 días. El examen del pus fué totalmente negativo.

El niño se perdió del Servicio y no fué posible ubicar su domicilio, pero al cabo de 6 meses vino a consultar por una varicela en el segundo día de evolución. La piel de la cara había sanado aparentemente, pues sólo se veía una mancha de color café cobrizo en el sitio del escrófuloderma.

Sin embargo, bien pronto pudo verse que esta curación era sólo aparente, pues la varicela le sirvió de reactivante y al cabo de 10 días, la lesión cutánea se presentaba de nuevo infiltrada, violácea, fluctuante y con pus en la profundidad. Se procedió a practicar nuevas punciones e inyecciones de líquido de Calot y se solicitaron nuevos exámenes de pus, los que por segunda vez resultaron negativos, tanto al ex-directo como el cultivo para B. de Koch y para otros gérmenes.

Después de 2 meses de evolución, sin tendencia a la mejoría, se envió en consulta al Prof. Gustavo Méndez O., del Hospital San Luis, con diagnóstico de escrófuloderma e indicación de Roentgenterapia superficial.

El Prof. Méndez estuvo de acuerdo, tanto con el diagnóstico como con el tratamiento, y le está haciendo al enfermo las aplicaciones correspondientes.

las que ha tolerado bien. Lleva 3 hasta el momento y se ha podido observar que el proceso tiende a apagarse.

Comentario. — Esta observación correspondería a una posible primo-infección tonsilar, que después de la tonsilectomía dió lugar a una adenitis submaxilar tuberculosa caseificada, la cual fistulizada, originó el escrófuloderma de la piel vecina. En apoyo de esta hipótesis patogénica tendríamos la absoluta negatividad de la radiología pulmonar.

OBS. N.º 3. — Rebeca C. — 4 años. — N.º del Registro 64304.

Antecedentes familiares. — Ambos padres sanos; seronegativos. Control de tórax negativo. No hay antecedentes de tuberculosis. Siete hijos vivos y dos fallecidos, uno de difteria a los 22 meses y uno de bronconeumonía a los 3 años.

Antecedentes personales. — Nació en parto de término. Pecho exclusivo 5 meses. Anduvo poco después del año.

Enfermedades anteriores. — Sarampión a los 6 meses.

Enfermedad actual. — Hace 15 días. Mientras andaba, tropiezo y cae apoyada en la mano derecha. La atendió un compositor y desde 6 días después presenta sollevamiento en el dorso de la muñeca derecha. Examinada en el Poli-Cirugía el 25-V-43, se comprueba, rubicundez, calor local, fluctuación franca, buena movilidad de la muñeca.

Diagnóstico probable. — Absceso frío de la muñeca derecha. Exámenes complementarios: Radioscopia pulmonar(—). Mantoux al 1 o/oo (++) . Sedimentación: 50 mm. primera hora. Tres días más tarde se incide el absceso, que da salida a escaso pus.

La evolución es tórpida, el absceso no tiene tendencia a cicatrizar, se hace radiografía de la región con resultado negativo (39374-75). Se traslada a Lúes en consulta.

En el Servicio no se comprueban síntomas, estigmas ni antecedentes de Lúes. El serocontrol es negativo en ella y su madre.

Evolución. — Se hace curación simple durante varios días y al cabo de 2 semanas se observa la aparición de un segundo absceso a unos 2 centímetros más arriba del anterior, del tamaño de un grano de uva, blanco, indoloro.

Este absceso crece un poco sin perder sus caracteres de frialdad, se punciona e inyecta líquido de Calot. El pus se envió al Laboratorio para examen directo y cultivo.

La niña mantiene su estado general sin grandes modificaciones y no presenta sino pequeñas variaciones, tanto en la úlcera como en el absceso, el cual es puncionado 3 veces, vaciado por aspiración y en seguida inyectado con 3 a 4 gotas de líquido de Calot.

El pus del primer examen se perdió, pero una segunda muestra enviada un mes más tarde y sembrada en medio de Petraghani, dió desarrollo de B. de Koch a los 30 días (7-IX-43).

Se da cuenta de este resultado al Servicio de Cirugía y allá se solicita segunda radiografía ósea, la que nuevamente es negativa (Rad. 40500-501 no muestra lesiones). La niña fué sometida desde este momento a helioterapia de



FIG. 3.

duración progresiva y las lesiones de la piel han ido regresando hasta presentarse ahora totalmente cerradas. Cicatriz de color violáceo, ligeramente resiztil indolora.

Sedimentación: 5 mm. en 1 hora. No tiene fiebre ni tos. Sin embargo, la radioscopia da adenopatía biliar izquierda. Sombra irregular de infiltración pulmonar en el 1/3 inferior del pulmón izquierdo. Campo derecho normal. Complejo primario tuberculoso izquierdo.

Comentario. — Esta observación corresponde a una lesión tuberculosa de la piel de tipo escrófuloderma en una niña cuyo foco primario pulmonar tuberculoso era en un comienzo oculto, pero que al igual que en la primera observación, se hizo evidenciable una vez iniciada la mejoría clínica.

Resumen.

Se presentan 3 observaciones de tuberculosis cutánea precoz en el niño; 2 de ellas corresponden a lesiones tuberculosas cutáneas, una de tipo fungoso y otra de tipo escrófuloderma: sobrevenidas en niñas de 7 y 4 años, respectivamente, con complejo primario tuberculoso pulmonar. Las lesiones cutáneas aparecieron con anterioridad a la visualización radiológica de la lesión pulmonar. En ambos casos se encontró el Bacilo de Koch mediante cultivo de la secreción de las lesiones, según la técnica de Petraghani.

Una observación correspondería a una lesión tuberculosa cutánea de tipo escrófuloderma consecutiva a una posible primo infección tuberculosa tonsilar y sin localización pulmonar, en un niño de 8 años de edad. En este caso, no fué posible encontrar el Bacilo de Koch ni por examen directo ni por cultivo, pero se observó la caseificación de un ganglio vecino.