

HOSPITAL GENERAL DOCENTE  
“DR AGOSTINHO NETO”  
GUANTANAMO

**GOMA TUBERCULOSO.  
INFORME DE UN CASO**

*Dra. Ania Emilia Fernández Moreno<sup>1</sup>, Dr. Yoel Antonio Fernández Moreno<sup>2</sup>,  
Dra. Idalmis Mosqueda Cala<sup>3</sup>, Dr. José Cardona Durruthy<sup>4</sup>, Dr. Felipe Saiz  
Machado<sup>5</sup>, Dra. Darcia Noa Moreira.<sup>6</sup>*

**RESUMEN**

La tuberculosis cutánea es una de las entidades que se puede considerar reemergente, es frecuente en el tercer mundo y su incidencia en los países ricos, a los que se creía libres de esta forma clínica de tuberculosis, está aumentando. El absceso tuberculoso metastásico, conocido también como goma tuberculoso, es una forma de presentación rara. Teniendo en cuenta lo anterior, se describe el caso de una paciente de 35 años de edad, que presenta manifestaciones compatibles con una tuberculosis ganglionar inguinal que evoluciona durante aproximadamente dos años sin diagnóstico y en la que finalmente aparece lesión lumbar que fistuliza. Se diagnostica tuberculosis cutánea a través de los resultados del examen directo y el cultivo.

*Palabras clave:* TUBERCULOSIS CUTANEA/ diagnóstico.

**INTRODUCCION**

A partir de la segunda mitad del siglo XX la frecuencia de tuberculosis había disminuido, de forma tal, que se llegó a pensar en su erradicación<sup>1,2</sup>; sin embargo, desde 1980 se ha observado un resurgir de la enfermedad que no está limitado a los países del tercer mundo. Este hecho se asocia con la aparición de cepas de bacilos resistentes a los fármacos, síndrome de

<sup>1</sup> *Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Neumología. Instructor.*

<sup>2</sup> *Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Hospital Militar “Joaquín Castillo Duany” Santiago de Cuba.*

<sup>3</sup> *Especialista de I Grado en Neumología. Instructor.*

<sup>4</sup> *Especialista de I Grado en Epidemiología. Instructor.*

<sup>5</sup> *Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor.*

<sup>6</sup> *Master en Enfermedades Infecciosas. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor.*

inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y formas atípicas difíciles de identificar como tuberculosas.

En este contexto la tuberculosis cutánea es una forma clínica que se puede considerar reemergente teniendo en cuenta el aumento de los casos registrados.<sup>3</sup>

La tuberculosis cutánea es frecuente en el tercer mundo<sup>1,4-6</sup> y su incidencia en los países ricos, a los que se creía libres de esta forma clínica, está aumentando.<sup>7,8</sup>

Las manifestaciones en piel son menos frecuentes, de mayor cronicidad y menos bacilíferas que las que se observan en otros sitios.<sup>9</sup> Son, además, pleomórficas, lo que ha dado lugar a un gran número de clasificaciones que coinciden en señalar formas fijas y diseminadas.<sup>10,11</sup>

El absceso tuberculoso metastático, conocido también como goma tuberculoso, es una variante de escrofuloderma de presentación rara; más frecuente en niños desnutridos y pacientes inmunológicamente comprometidos.<sup>12</sup>

Por todo lo anterior se considera de interés describir el caso de una paciente adulta con la forma más infrecuente de tuberculosis cutánea.

## **PRESENTACION DEL CASO**

Paciente del sexo femenino, 35 años de edad, saludable hasta el mes de mayo de 2005, en que comienza con cuadro febril agudo y luego advierte aumento de volumen redondeado en la región inguinal izquierda, doloroso, que luego se hace fluctuante y requiere incisión y drenaje.

Seis meses después del procedimiento la herida no había cicatrizado aún y drena material seroso. Finalmente cicatriza espontáneamente a los ocho meses. Se mantiene bien durante seis meses hasta que aparece fiebre vespertina de aproximadamente 38 °C, y, unos días después, reapertura de la herida de drenaje inguinal con la expulsión de secreciones blanco amarillentas lo que motiva el ingreso en el servicio de Cirugía; cumple tratamiento antibiótico con lo que hay mejoría y se decide el egreso después de desaparecer la fiebre.

En abril de 2007, acude nuevamente con fiebre intermitente, pérdida de peso, aumento de volumen de la región lumbar izquierda, redondeado, 8 a 10 cm de diámetro, no doloroso, que luego fistuliza y comienza a drenar material blanco amarillento por tres orificios en la piel que recubre la zona. Reingresa en el servicio de cirugía en el mes de mayo y se plantea sospecha de metástasis de tumor intrabdominal o infección bacteriana.

### **Examen físico:**

Región inguinal izquierda: Herida no cicatrizada de aproximadamente 3 cm que drena material de color blanco amarillento, la zona se aprecia indurada pero no es posible definir tumoración o adenopatía y la temperatura de la zona es normal (Figura 1).

Región lumbar izquierda: Aumento de volumen que ocupa toda la zona, de consistencia dura, no doloroso, temperatura normal. Se observan tres orificios de aproximadamente 1 cm de diámetro cada uno, con secreción de similares características a las descritas en región inguinal izquierda (Figura 2).

### **Complementarios:**

Hemoglobina: 90 g/l

Leucocitos:  $17 \times 10^9$ /l. Diferencial normal.

Eritrosedimentación: 135 mm/h

Serología: No reactiva.

VIH: Negativo.

Prueba de la tuberculina: 14 mm

Ultrasonido de partes blandas lumbar: Zona de 49 x 67 mm con aumento de ecogenicidad localizada hacia el plano muscular lumbar izquierdo.

Fistulografía: Se inyecta contraste por uno de los orificios de región lumbar y se observa trayecto de aproximadamente 3 centímetros que desemboca en bolsón de 3 cm de diámetro y sale por orificio que está por encima.

Radiografía de tórax: Normal.

Bacilo ácido alcohol resistente (BAAR) directo en secreciones: Codificación 8.

Cultivo: Codificación 8, positivo para *Mycobacterium tuberculosis* humano.

## DISCUSION DEL CASO

El goma tuberculoso es una forma clínica considerada fija dentro de las tuberculosis cutáneas, en la que es posible encontrar el bacilo en los tejidos y secreciones. Se produce por invasión y proliferación *in situ* del bacilo tuberculoso que alcanza el lugar por vía linfática o hematológica procedente de un foco a distancia, lo que explica en muchos casos la topografía de las lesiones.<sup>12</sup>

Se produce durante los períodos de menor resistencia del huésped, con un espectro clínico caracterizado por presentar las lesiones de forma aislada o múltiple. Se localiza en tronco, extremidades y cabeza, destacándose las lesiones ulceradas y las fístulas.<sup>12</sup> En el caso presentado, la localización de la lesión corresponde con la citada en la literatura consultada y la vía de diseminación parece ser la hematológica a partir de la localización inguinal inicial.

Se ha señalado que estos pacientes muestran trastornos inmunitarios que predisponen la aparición de la enfermedad. En el caso actual no hubo evidencia clínica de que así fuese pero autores como Sterling<sup>13</sup> plantean otra opción que es la disminución de la respuesta de las citoquinas en sangre periférica que sugiere una debilidad inmunitaria innata.

El diagnóstico en esta paciente fue demorado debido al bajo índice de sospecha, que llevó a considerar de inicio otras opciones como la tumoral. Se debe realizar diagnóstico diferencial, también, con paniculitis, micosis profundas y goma sifilítico.<sup>10</sup> La prueba de tuberculina fue positiva y se demostró la presencia del bacilo en las secreciones por examen directo y por cultivo, hecho que es muy frecuente en este tipo de tuberculosis cutánea.<sup>2</sup>

El tratamiento comparte las mismas reglas aplicables a las otras formas de tuberculosis. Se recomienda el aislamiento para evitar la diseminación y contagio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ramesh V, Misra RS, Jain RR. Secondary tuberculosis of the skin. *Int J Dermatol.* 2005; 26:578-81.
2. Marcoval CJ. Tuberculosis cutánea. *Piel.* 1991; 6:330-8.

3. Kivanc-Altunay I, Baysal Z, Ekmekci TR, Koslu A. Incidence of cutaneous tuberculosis in patients with organ tuberculosis. *Int J Dermatol.* 2003; 42:197-200.
4. Chong LY, Lo KK. Cutaneous tuberculosis in Hong Kong: A 10 year retrospective study. *Int J Dermatol.* 1995; 34:26-9.
5. Sehgal VN, Jain MK, Srivastava G. Changing pattern of cutaneous tuberculosis. A prospective study. *Int J Dermatol.* 2005; 28:231-6.
6. Srivastava G, Khurana VK, Sharma VK. An appraisal of epidemiologic, clinical, bacteriologic, histopathologic, and immunologic parameters in the cutaneous tuberculosis. *Int J Dermatol.* 2005; 26:521-26.
7. Bhutto AM, Solangi A, Khaskhely NM. Clinical epidemiological observations of cutaneous tuberculosis in Larkana, Pakistan. *Int J Dermatol.* 2002; 41:159-165.
8. Mangtani P, Jolley DJ, Watson JM. Socioeconomic deprivation and notification rates for tuberculosis in London during 1982-91. *BMJ.* 1995; 310:963-6.
9. Rodríguez O. Tuberculosis cutánea. *Rev Centro Derm Pascua.* 1993; 2:53-64.
10. Fitzpatrick TB, Eizen A, Wolff K, Fredberg MI, Austen KF. *Dermatology in general medicine.* 4th edition. New York: McGraw Hill; 1993:2370-95.
11. Beyt BE, Orbais DW, Santa Cruz DJ. Cutaneous mycobacteriosis: Analysis of 34 cases with a new classification of the disease. *Medicine.* 2005; 60:95-109.
12. Tincopa OW, Sánchez L. Tuberculosis cutánea. *Dermatol Per.* 2003; 13:195-217.
13. Sterling TR, Dorman SE, Chaisson RE. Human immunodeficiency virus-seronegative adults with extrapulmonary tuberculosis have abnormal innate immuneresponses. *Clin Infect Dis.* 2001; 33:976-82.

## FIGURAS



*Figura 1. Lesión de región inguinal izquierda.*



*Figura 2. Goma tuberculoso en región lumbar izquierda.*