

PRESENTACION DE CASOS

LUPUS VULGARIS INDUCIDO POR BCG

Se presenta un caso de *lupus vulgaris* como complicación en un niño de 10 meses de edad, vacunado con BCG intradérmico. La biopsia de la lesión mostró características histopatológicas de la entidad. La baciloscopia y la coloración de Ziehl Neelsen fueron negativas para bacilos ácido alcohol resistentes. Se hace una revisión de la casuística, resaltando la baja incidencia de casos en la literatura mundial.

Las complicaciones que siguen a la aplicación de BCG (Bacilos de Calmette-Guérin), son poco comunes, casi desconocidas, siendo escasos los informes sobre el tema.

Lesiones cutáneas semejantes al *lupus vulgaris* (LV) causadas por inoculación con BCG, son excepcionales; el primer caso fue informado en 1946 (1), veinticinco años después de ser empleada la vacuna por primera vez.

Isumi y Matsunaga (2) revisaron el tema en 1982 y encontraron 57 casos de LV por BCG, resumidos así: Horwitz y Meyer, 33 casos en 1957 (3); Hartston, 20 casos en 1959 (4); Dostrovsky y Segler, dos casos en 1963 (5); Fellner y col., un caso en 1963 (6); e Izumi y Matsunaga, un caso en 1982 (2).

El propósito de este informe es describir un caso de tuberculosis cutis semejante a un LV como complicación de una becegeítis.

Se trata de un niño de 10 meses de edad, procedente de Neiva (Huila), visto el 20 de agosto de 1981 en el Servicio de Dermatología del Hospital General de Neiva, por presentar tumefacción de crecimiento gradual en el hombro izquierdo, sitio de vacunación con BCG; se inició quince días después de la vacuna y tenía dos meses de evolución. Una lesión similar aunque más pequeña, apareció en la región escapular izquierda un mes y medio después de la vacunación. No se encontró historia familiar de TBC, ni exposición conocida a personas con TBC.

Al examen clínico se encontró paciente afebril, con 55 cm de talla y 7.580 g de peso. En la región deltoidea izquierda, se apreció n dulo violáceo, de superficie regular, bien demarcada, ovalado, de 1 cm de diámetro, no doloroso y con ligera renitencia en su cúspide. En la región escapular izquierda, se encontró un n dulo más pequeño, de 0,5 cm de diámetro ovalado, duro, ligeramente eritematoso (color "jalea de manzana"), bien delimitado, también indoloro, regular en su superficie y no adherido a planos superficiales ni profundo (Figura 1). Presentaba además adenopatía cervical lateral izquierda de 1 cm de diámetro y numerosas microadenopatías en cuello y axilas.

El cuadro hemático mostró hemoglobina de 9,6 g%, hematocrito de 31%, 8.200 leucocitos, con 12% de neutrófilos y 88% de linfocitos. Eritrosedimentación 36 mm a la hora. Prueba de tuberculina de 12 mm. Baciloscopia negativa. Radiografía de tórax normal.

Una biopsia de la lesión del hombro izquierdo reveló características de granuloma tuberculoso con-

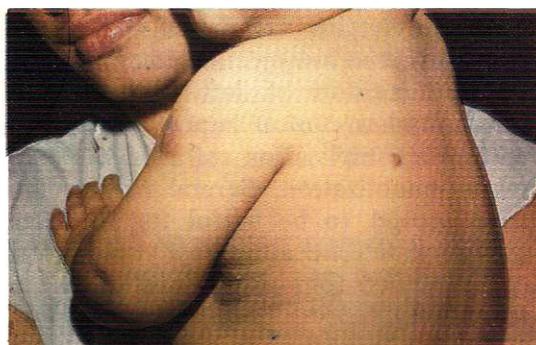


Figura 1. Características clínicas.



Figura 2. Características microscópicas de la biopsia del granuloma en hombro izquierdo.

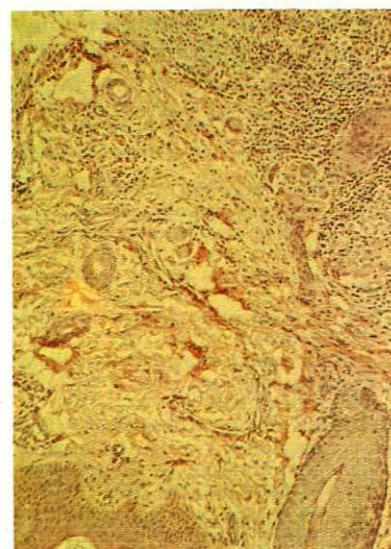


Figura 3. Características microscópicas de la biopsia del nódulo escapular izquierdo.

sistentes en: infiltrado a nivel de dermis y tejido celular subcutáneo de linfocitos, histiocitos y células gigantes tipo Langhans y a cuerpo extraño, con zonas de necrosis de caseificación (Figura 2).

El estudio histopatológico del n dulo escapular

izquierdo, mostró epidermis normal, dermis papilar y media con denso infiltrado de histiocitos, linfocitos escasos y células gigantes tipo Langhans. No se encontró necrosis de caseificación (Figura 3).

Las coloraciones para bacilos ácido alcohol resistentes, así como las coloraciones PAS para hongos, fueron negativas. No se practicaron cultivos para bacilo TBC.

Se trató con isoniacida y rifampicina diarias por catorce semanas, obteniéndose reducción de las lesiones a las seis semanas y desaparición total a las doce semanas.

DISCUSION

Normalmente la aplicación de BCG va seguida de la formación de una pápula ligeramente eritematosa, que progresa a n dulo indurado al cabo de doce semanas (7). Se han informado una serie de complicaciones postvacunales, leves, severas o fatales, las cuales todavía se consideran de incidencia poco común con relación al gran número de vacunados.

Las complicaciones post BCG se han dividido en dos grupos: a) reacciones inespecíficas, como eczemas, urticaria, eritema nodoso, eritema multiforme, púrpura, artralgias y queloides. b) reacciones específicas como ulceración, absceso, adenopatía, *liquen escrofulosorum*, *liquen nitidus*, tuberculide papular, LV y otras formas cutáneas de TBC (7).

Jorgensen y Horwitz (8) en revisión clínico-patológica de 100 pacientes con 166 complicaciones postvacunales con BCG vistos de 1944 a 1955, encontraron 71 casos de adenopatías supuradas y perforadas, 16 con adenitis simple, 11 con tuberculides, 10 con LV, 10 con reacciones lupoides, 10 con proceso ulcerativo-inflamatorio agudo referido como fenómeno de Koch, y varios casos de queloides, abscesos subcutáneos y eczemas localizados en el sitio de inoculación.

El LV es una forma progresiva de TBC cutánea, que ocurre como infección secundaria post-primaria, en una persona con un buen grado de inmunidad. Actualmente poco frecuente, es más común en la niñez y en el sexo femenino. La lesión generalmente comienza por mácula o pápula asintomática de crecimiento progresivo, convirtiéndose en n dulo de color "jalea de manzana". Luego toma formas clínicas diversas, a saber: placas con áreas de resolución y expansión, ulceración mutilante, vegetante y tuadoral. Usualmente es única y se localiza en cabeza o cuello en el 90% de los casos. Su evolución es crónica y progresiva. Puede desarrollarse en el sitio de inoculación primaria y por extensión directa de otras lesiones, por diseminación linfática o hematogena, pero en la mayoría de los casos su origen es oscuro (7-9).

Se ha dicho que el LV secundario a una vacunación con BCG es bastante raro; el riesgo ha sido estimado en cinco por millón (10), pero su incidencia es mucho mayor después de revacunación (3). En el Servicio de Dermatología del Hospital General de Neiva, se han observado 46 pacientes con coaplicaciones por BCG durante los años de 1981 y 1982, siendo éste el único de LV.

El comienzo del LV inducido por la vacuna BCG tiene un rango de tiempo de un mes hasta tres años (2), con promedio de un año. El tamaño de las lesiones va desde pocos milímetros hasta diez centímetros; muchas de estas lesiones remiten espontáneamente (4) y el resto responden exitosamente a drogas específicas (2).

En nuestro caso a pesar de la presencia de adenopatías, se obtuvo una prueba de tuberculina (PPD) positiva; la baciloscopia negativa y la ausencia de bacilos al examen histológico no son sorprendentes, ya que sólo en siete casos de 56 revisados se logró encontrar el bacilo en la lesión (3-6). Esta escasez de microorganismos es el resultado de la fuerte inmunidad del huésped contra el *mycobacterium tuberculosis*.

SUMMARY

A case of BCG-induced Lupus Vulgaris (LV) in a 10 month old baby is reported. He presented with 2 nodular lesions of 1.0 and 0.5 cm. in the left deltoid and in the left scapular areas, 2 and 6 weeks after vaccination with BCG respectively. Biopsy of one of the lesions revealed characteristic histopathologic features of LV without acid-fast bacilli.

The incidence of this complication is low; up until 1982 there were only 57 cases of BCG vaccine-induced LV in the world literature.

M. CAMPOS

BIBLIOGRAFIA

- 1.- LOMHOLT S. Lupus vulgaris developed in the reaction to a Calmette vaccination. Act Tuberc Scand 1946; 20: 136.
- 2.- IZUMI AK, MATSUNAGA J. BCG vaccine-induced lupus vulgaris. Arch Derm 1982; 118: 171.
- 3.- HORWITZ O, MEYER J. The safety record of BCG vaccination and untoward reactions observed after vaccination. Adv Tuberc Res 1957; 9: 245.
- 4.- HARTSTON W. Uncommon site reactions after BCG vaccination. Tubercle 1959; 40: 265.
- 5.- DOSTROVSKY A, SAGHER F. Dermatological complications of BCG vaccination. Br J Derm 1963; 75: 180.
- 6.- FELLNER MJ, et al. Lupus vulgaris-like reaction following BCG vaccination. J Mt Sinai Hosp 1963; 30: 161.
- 7.- WILKINSON DS. Tuberculosis of the skin. En: ROOK A, et al. eds. Textbook of Dermatology. 3a Ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1979: 680-681.
- 8.- JORGENSEN BB, HORWITZ O. Dermatological complications of BCG vaccination. Act Tuberc Scand. 1956; 32: 179-194.
- 9.- WOLFF K. Mycobacterial Diseases: Tuberculosis. En: FITZPATRICK TB, et al. eds. Dermatology in General Medicine. 2nd Ed. New York: Mc Graw Hill Book Co, 1979: 1478-1481.
- 10.- WAALER H, ROVILLON A. BCG vaccination policies according to the epidemiological situation. Bull Int Union Tuberc 1974; 29: 166-189.

Dr. Marlio Campos Rivera: Servicio de Dermatología, Hospital General de Neiva.