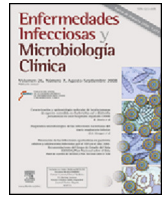




# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

## Niño con lesiones genitales al volver de Ghana

### Child with genital injuries on returning from Ghana

Yunior Dueñas Disotuar<sup>a,\*</sup>, Abián Montesdeoca Melián<sup>b</sup>, María Lecuona Fernández<sup>c</sup> y Alfredo Moleiro Bilbao<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

<sup>b</sup> Pediatría de Atención Primaria, Zona Básica de Salud de Guanarteme, Las Palmas de Gran Canaria, España

<sup>c</sup> Servicio de Microbiología y Medicina Preventiva, Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

<sup>d</sup> Servicio de Cirugía Infantil, Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España



#### Descripción clínica

Varón de 4 años, nacido y residente en Tenerife, sano, hijo de padres procedentes de Ghana, vacunado según calendario canario, además de antineumocócica trecevalente, vacuna de virus hepatitis A y antiamebílica. Acude al servicio de urgencias porque 7 días antes, estando en Ghana, comienza con fiebre de 39 °C, aparición de tumoración inguinal izquierda dolorosa y lesiones en el glande. Unas semanas antes se realizó circuncisión en clínica privada en Accra.

#### Evolución

Su pediatra inició tratamiento empírico con amoxicilina-ácido clavulánico y, al no observar mejoría, acuden al hospital. Al examen físico destaca tumoración inguinal izquierda de 3 × 5 cm, caliente, gomosa y dolorosa a la palpación. En el lado derecho se objetiva una tumoración similar de menor tamaño. En glande presenta lesiones pápulo-pustulosas y una úlcera en surco balanoprepucial. En la ecografía inguinal se observa imagen compatible con conglomerado adenopático bilateral con signos de necrosis central y en la analítica destaca leucocitosis con predominio mononuclear, PCR: 58 mg/l y VSG: 59 mm/h (fig. 1). Cultivo de exudado de lesiones: negativo para bacterias; PPD de 25 mm e IGRA (Quantiferon®-TB Gold) positivo. Serología de VIH negativa. En la biopsia ganglionar se detecta baciloscopia positiva, PCR frente a *M. tuberculosis complex* (ProbeTec® System, BD, Sparks, EE.UU.) positiva, creciendo en medio de cultivo líquido (BACTEC MGIT® 960, BD, Sparks, EE.UU.) una cepa identificada como *M. tuberculosis complex*, (Speed-oligo® Mycobacteria assay, Vircell, Granada, España) resistente a isoniazida (BACTEC MGIT® 960 SIRE/PZ BD, Sparks, EE.UU.). La anatomía patológica reveló la presencia de granulomas de células epitelioides, de tipo Langhans y linfocitos, rodeando áreas de necrosis caseosa. El estudio familiar fue negativo para tuberculosis. Antes de conocerse el



**Figura 1.** Detalle de las lesiones localizadas en el pene, acompañadas de linfadenitis regional.

antibiograma se inició tetraterapia antituberculosa (HRZE), retirándose posteriormente la H y manteniéndose RZE durante 6 meses, con buen cumplimiento y tolerancia. Tras haber cerrado la herida, se objetivó la presencia de una fístula a piel con salida de material caseificante que se resolvió con curas locales.

#### Comentario final

El género *Mycobacterium* consta de más de 60 especies, pero solo una cuarta parte son patógenas para el hombre. Las micobacterias no tuberculosas tienen como fuente de contagio el medio ambiente, a diferencia de *M. tuberculosis* y el *M. leprae* que requieren del contacto con un enfermo<sup>1</sup>. Dado el número de pacientes con inmunodepresión farmacológica o infecciosa y la aparición de cepas multirresistentes, la tuberculosis está aún lejos de controlarse<sup>2,3</sup>. La expresión clínica de la infección cutánea es muy variada. Hay que diferenciar entre la adquisición exógena, la progresión por contigüidad, las lesiones de origen hematógeno y las reacciones de

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: yuniord2@yahoo.com (Y. Dueñas Disotuar).

hipersensibilidad. En la adquisición exógena se ha de diferenciar entre inoculación primaria y *tuberculosis verrucosa cutis*, expresiones distintas de la infección dependiendo de si el paciente ha tenido o no contacto previo con el bacilo<sup>3–5</sup>.

En nuestro caso, el contacto previo es improbable, ya que nunca había visitado antes zona endémica y sus familiares no padecían la enfermedad. Se ha descrito la primoinfección a través de piel dañada o como consecuencia del contacto con material quirúrgico contaminado<sup>6</sup>, mecanismo más probable en nuestro caso. En la bibliografía internacional indexada en MEDLINE se describen solo 4 casos como el que se presenta, teniendo todos en común haber sido intervenidos en países de baja renta<sup>7–11</sup>.

### Financiación

El presente manuscrito, no recibió financiación de ninguna institución pública o privada.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Starke JR. *Mycobacterium tuberculosis*. En: Robert M. Kliegman, Bonita, Stanton, Geme JS, Schor N, Behrman RE. Nelson Textbook of Pediatrics, 19th Edition. Philadelphia: Elsevier; 2011; Chapter 207: 996-1011.
2. Morand JJ, Maslin J, Darie H. Infecciones mucocutáneas por micobacterias ambientales (incluido *Mycobacterium ulcerans*). EMC-Dermatología. 2005;39:1–21.
3. Santos JB, Figueiredo AR, Ferraz CE, Oliveira MH, Silva PG, Medeiros VL. Cutaneous tuberculosis: Epidemiologic, etiopathogenic and clinical aspects-part I. An Bras Dermatol. 2014;89:219–28.
4. Schleenvoigt BT, Keller PM, Lehmann M, Gras F, Hagel S, Stallmach A, et al. Cutaneous manifestation of tuberculosis causing impaired healing after minor injury [Article in German]. Dtsch Med Wochenschr. 2013;138:2297–302.
5. Sethuraman G, Ramesh V. Cutaneous tuberculosis in children. Pediatr Dermatol. 2013;30:7–16.
6. Sehgal VN. Cutaneous tuberculosis. Dermatol Clin. 1994;12:645–53.
7. Howell AJ, Cummins G, Isaacs D. Inguinal lymphadenitis and penile lesions after circumcision. Pediatr Infect Dis J. 2009;28:347–8.
8. Papaevangelou V, Vintila A, Papaparaskevas J, Kanavaki S, Garoufi A, Tsoukatou T, et al. Infant penile tuberculosis following circumcision. J Infect. 2009;58:83–5.
9. Annobil SH, al-Hilfi A, Kazi T. Primary tuberculosis of the penis in an infant. Tubercle. 1990;71:229–30.
10. Wilson GH. A report of two cases of primary tuberculosis of the penis following non-ritual circumcision. Ann Surg. 1912;55:305–12.
11. Mahlberg FA, Rodermund OE, Müller RW. A case of circumcision tuberculosis [Article in German]. Hautarzt. 1977;28:424–5.