



Prueba de la tuberculina con una infrecuente reacción ampollosa

Sr. Director: La prueba de la tuberculina (PT) tiene un gran uso en el diagnóstico de la infección tuberculosa latente¹. La PT se realiza mediante la intradermorreacción de Mantoux con 2 U de derivado proteico purificado de la tuberculina (PPD-RT 23) con Twen 80². La tuberculina produce en los pacientes infectados por *Mycobacterium tuberculosis* una reacción de hipersensibilidad retardada tipo IV. Se considera que la reacción es positiva cuando la induración producida a las 72 h es mayor de 5 mm, aunque en algunos casos puede tomarse como válida la lectura a los 7 días³. En otros estudios se ha observado que hasta en un 2,5% de los casos la reacción puede ser excesiva con la formación de necrosis y ampollas^{4,5}.

Mujer de 40 años, sin alergias conocidas y fumadora de 20 cigarrillos/día, que no padecía enfermedades de interés y que consultó por hemoptisis leve de unas horas de evolución. No refería síndrome tóxico. La exploración física fue normal, la paciente estaba afebril, no tenía adenopatías y la auscultación pulmonar era normal. En las pruebas de laboratorio las cifras de hemoglobina, leucocitos, neutrófilos, linfocitos T4, linfocitos T8, linfocitos T4/T8 y plaquetas eran normales. La hemostasia era también normal, al igual que CH50 y C3; los parámetros de la bioquímica y la gasometría estaban en el rango de la normalidad y la serología para el virus de la inmunodeficiencia humana fue negativa. La radiografía de tórax mostró un infiltrado en el lóbulo superior izquierdo. La broncoscopia fue normal. Se realizó la técnica de Mantoux, con 2 U de PPD-RT 23, y la lectura a las 72 h evidenció una lesión ampollosa de 60 x 30 mm (fig. 1). La biopsia de dicha lesión mostró una espongiosis epidérmica con marcado edema en la dermis papilar; también se observaba un moderado infiltrado inflamatorio crónico de predominio linfocitario. Con técnicas de inmunohistoquímica se observaba la presencia de células de Langerhans en número ligeramente superior al habitual, así como un discreto predominio de linfocitos CD8 so-



Fig. 1. Lesión ampollosa de 60 x 30 mm.

bre CD4. En la tinción de Ziehl-Neelsen del esputo se evidenció la presencia de *M. tuberculosis*. Se realizó tratamiento tuberculostático con el que se consiguió la curación de la paciente.

La PT tiene su uso en la detección de poblaciones que han tenido contacto con el bacilo tuberculoso y que presentan linfocitos T de memoria circulantes. Para que la reacción sea positiva han de transcurrir entre 2 y 12 semanas después de la infección tuberculosa³. Se considera que la intradermorreacción de Mantoux con 2 U de PPD-RT 23 con Twen 80² produce una reacción positiva cuando el tamaño de la induración es mayor de 5 mm²; en el caso de las infecciones por micobacterias no tuberculosas la reacción positiva generalmente es menor de 10 mm, y en algunos casos la positividad aparece con dosis de 250

UT. En los pacientes con vacunación antituberculosa la reacción positiva no suele ser mayor de 10 mm. La inmunidad de nuestra paciente era normal y no padecía ningún factor de riesgo para desarrollar la enfermedad tuberculosa⁴.

El hecho de que la PT provoque una reacción con vesiculación o necrosis en la zona de inoculación indica que el paciente padece una tuberculosis, con independencia del tamaño de la induración⁶. En el caso expuesto, la biopsia de la lesión ampollosa demostraba la clásica reacción de hipersensibilidad tipo IV. En ocasiones la PT puede mostrar un falso positivo, como es el caso de la hipersensibilidad a los componentes del cultivo bacilar y a los aditivos, o cuando el reactivo está técnicamente mal preparado, pero en estos casos el eritema y la induración no suelen mantenerse más de 48 h.

F.J. Nicolás-Sánchez, G. Moreno-Arias y J. Cabau-Rubies

Servicio de Medicina Interna.
Hospital Val d'Aran. Vielha.
Lleida. España.

1. American Thoracic Society. Diagnostic standards and classification of tuberculosis in adults and children. *Am J Respir Crit Care Med.* 2000;161:1376-95.
2. Grupo de Trabajo sobre Tuberculosis. Consenso Nacional para el control de la tuberculosis en España. *Med Clin (Barc).* 1992; 98:24-31.
3. American Thoracic Society. Diagnostic standards and classification of tuberculosis. Tuberculin skin test. *Am Rev Respir Dis.* 1990;142:732-5.
4. Föll M. Vermeidung überschießender Reaktionen bei tuberkulintestung nach Mendel-Mantoux. *Gesundheitswesen.* 2002;64:544-7.
5. Paxton Blossom A, Cleary JD. Atypical tuberculosis skin test reaction. *Ann Pharmacother.* 2003;37:451.
6. Caminero Luna JA, Casal Román M, Ausina Ruiz V, Pina Gutiérrez JM, Sauret Valet J. Diagnóstico de la tuberculosis. *Arch Bronconeumol.* 1996;32:85-99.

FE DE ERRORES

En el artículo "Normativa sobre valoración del riesgo quirúrgico en el carcinoma broncogénico", de G. Varela-Simó (coordinador), J.A. Barberà-Mir, R. Cordovilla-Pérez, J.L. Duque-Medina, A. López-Encuentra y L. Puente-Maestu, publicado en el número de diciembre de la revista (*Arch Bronconeumol.* 2005;41:686-97), se ha detectado un error en la filiación de R. Cordovilla-Pérez. La filiación correcta es "Servicio de Neumología. Hospital Universitario. Salamanca. España".