



## Lepra en Veracruz. Presentación de dos casos clínicos

Miguel Bada del Moral,\* Roberto Arenas Guzmán,\*\* Leticia Vergara Takahashi,\*\*\* María Elisa Vega Memije,\*\*\*\*  
Sonia Toussaint Caire,<sup>1</sup> María del Pilar Bada Pérez,<sup>2</sup> Peter Grube Pagola,<sup>3</sup> Alejandro Cruz Gómez<sup>3</sup>

### RESUMEN

La lepra es una enfermedad infectocontagiosa que se manifiesta esencialmente en la piel. Se presentan dos casos en el estado de Veracruz, ambos manifestaron eritema nudoso. La histopatología detectó en uno de los casos dermatitis nodular granulomatosa con histiocitos vacuolados y el otro caso mostró infiltrado inflamatorio perivasculoso y aneal. En ambos casos la baciloscopia resultó positiva lo que confirmó el diagnóstico.

**Palabras clave:** lepra lepromatosa, *Mycobacterium leprae*.

### ABSTRACT

Leprosy is an infectious and contagious disease that affects essentially the skin. We report two cases in the state of Veracruz both present erythema nodosum. Histopathology detected in one case a granulomatous nodular dermatitis with vacuolated histiocytes and in other one a dense inflammatory infiltrate to perianexially and perivasculoso tissue; whereas bacilloscopy was positive confirming the diagnosis in both cases.

**Key words:** lepromatous leprosy, *Mycobacterium leprae*.

\* Departamento de Dermatología e Inmunología de la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana, Región Veracruz, Ver.

\*\* Jefe de la Sección de Micología, Departamento de Dermatología, Hospital General Manuel Gea González, SS México, D.F.

\*\*\* Servicio de Dermatología del IMSS, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades número 14, Veracruz, Ver.

\*\*\*\* Departamento de Dermatología, Hospital General Manuel Gea González, SS México, D.F.

<sup>1</sup> Departamento de Análisis Clínicos del CEES Universidad Veracruzana, Región Veracruz, Ver.

<sup>2</sup> Consultorio Privado de Anatomía Patológica. Veracruz, Ver.

<sup>3</sup> Laboratorio de Análisis clínicos del IMSS, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades número 14, Veracruz, Ver.

Correspondencia: Dr. Miguel Bada del Moral. Avenida Jiménez 1575, Veracruz, Ver.

Correo electrónico: badadelmoral@yahoo.com.mx

Recibido: 30 de abril, 2010. Aceptado: julio, 2010.

Este artículo debe citarse como: Bada del Moral M, Arenas-Guzmán R, Vergara-Takahashi L, Vega-Memije ME, Toussaint-Caire S, Bada-Pérez MP, Grube-Pagola P, Cruz-Gómez A. Lepra en Veracruz. Presentación de dos casos clínicos. Med Int Mex 2010;26(6):625-628.

La lepra es una enfermedad milenaria, su origen se remonta a las primeras civilizaciones como la India, donde ya se citaba en los libros de los Vedas y 300 años aC en el Susrutha Samhita con el nombre de Kustha y en China 500 años aC era conocida con el nombre de La Feng.<sup>1</sup> Es una enfermedad infectocontagiosa crónica, poco transmisible, que se manifiesta esencialmente en la piel y en los nervios periféricos, aunque puede ser sistémica. Constituye un problema de salud pública prioritario; es la principal causa de neuropatía.<sup>2</sup> Esencialmente es una enfermedad de los nervios periféricos, pero también afecta la piel y otros órganos (mucosas, ojos, testículos, tracto respiratorio alto, músculos y huesos). El descubrimiento del bacilo causante de la lepra, *Mycobacterium leprae*, lo realizó Henrik Armauer Hansen en 1873; siendo la primera identificación de una bacteria como agente causal de una enfermedad en el hombre. Las principales zonas endémicas del planeta son: el sur y sureste de Asia, África Central Tropical, Mesoamérica y la parte septentrional de Suramérica, donde según la OPS, para estas dos últimas

zonas, las tasas notificadas oscilan entre 0.1-14.0 x 10,000 habitantes.<sup>3</sup>

En nuestro país su prevalencia ha disminuido 95% en los últimos 16 años al pasar de 16,694 casos en 1990 a 820 en 2005. El número de casos de lepra en México permaneció casi estable entre 1960 y 1990. Actualmente el estado de Veracruz no es considerado entidad con una alta endemicidad de lepra; sin embargo, debido a su proximidad con estados que sí lo son, se mantienen zonas bien delimitadas que presentan casos. Actualmente existen 3 casos en tratamiento y 15 casos en vigilancia postratamiento. La escasez de casos, condiciona su dificultad para ser diagnosticados y tratados con oportunidad. Es importante conocer la forma clínica en que se presentan, su clasificación y su vigilancia.<sup>4</sup> El uso de monoterapia como tratamiento provocaba recaídas y resistencias medicamentosas cada vez más frecuentes, es por esto que se inició el uso de lo que hoy se conoce como tratamiento multimedicamentoso. A partir de 1980-81 la OMS recomienda oficialmente los primeros esquemas. En la actualidad 100% de los pacientes de todo el mundo reciben tratamiento multimedicamentoso.<sup>5</sup>

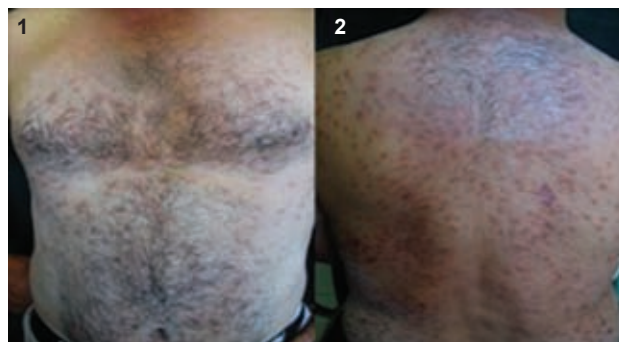
## REPORTE DE LOS CASOS

### Caso 1

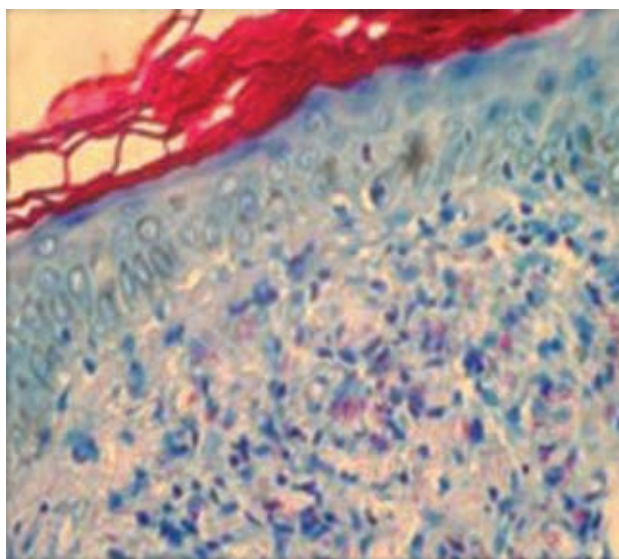
Masculino de 54 años de edad, oficio constructor, nacido en Tamaulipas y radicado en Veracruz. Presenta dermatosis diseminada caracterizada por múltiples nódulos de diferente tamaño desde 3 x 3 hasta 8 x 8 mm, algunos de coloración de la piel y otros eritematosos en tronco y extremidades superiores e inferiores de 8 meses de evolución (Figuras 1 y 2). Se diagnóstica clínicamente como micobacteriosis, a descartar lepra lepromatosa. Se realizó biopsia para estudio histológico que demostró dermatitis nodular granulomatosa con histiocitos vacuolados. La tinción de los cortes con Ziehl Nielsen resultó intensamente positiva para bacilos alcohol ácido resistentes (Figura 3). El diagnóstico histopatológico fue lepra lepromatosa, circunstancia que correlacionaba con la impresión clínica. Se dio alta posterior a dos años de tratamiento con multiterapia.

### Caso 2

Masculino de 59 años de edad, casado, oficio tablajero, nacido y radicado en Boca del Río, Ver. Presenta dermatosis diseminada caracterizada por nódulos de 5-8mm

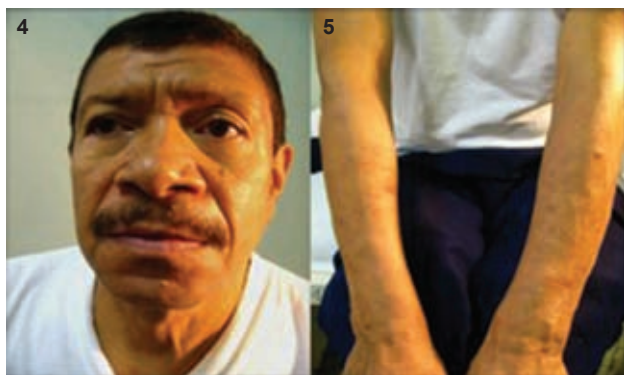


**Figuras 1 y 2.** Nódulos eritematosos, diseminados en tórax y espalda.

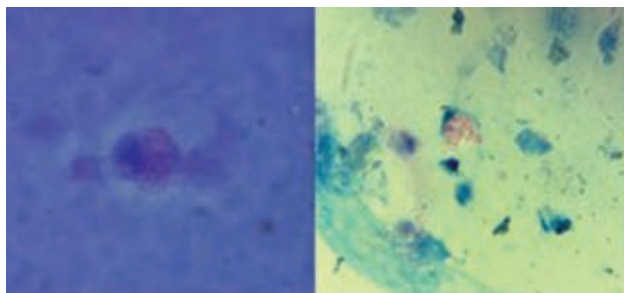


**Figura 3.** Tinción de Ziehl Nielsen intensamente positiva para bacilos ácido-alcohol resistente en la lesión nodular.

en cara, tronco, miembros torácicos y pélvicos de un año de evolución, con manchas residuales hipercrómicas, con eritema mínimo en ambas extremidades pélvicas. Se detectó alopecia en tercio distal de ambas cejas y madarosis bilateral. (Figuras 4 y 5) La investigación seriada de bacilos alcohol ácido resistentes en linfa y moco nasal fueron positivas (Figura 6). Se agregaban descamación plantar y onicodistrofia de dedos gordos de ambos pies. El paciente cursaba con reacción leprosa tipo II además de calosfríos, artralgias maleolares y epistaxis de repetición. La exploración física detectó alteraciones de sensibilidad y motoras en dedos de ambas manos e insuficiencia venosa en ambas piernas. Los estudios de laboratorio detectaron: hemoglobina



**Figuras 4 y 5.** Alopecia de cejas, madarosis y nódulos eritematosos en cara, brazos y antebrazos.



**Figura 6.** Tinciones de Ziehl Nielsse en linfa de pabellón auricular y en moco nasal.

11.60 g/dL, hematocrito de 35%, leucocitos 10,900, velocidad de sedimentación globular 50 38 mm/h, glucosa 110 mg/dL, aspartatoaminotransferasa 47 UI/L y fosfatasa alcalina 235 UI/L, proteína C reactiva 9.48 mg/dL, factor reumatoide negativo, VDRL positivo (1:4). Linfocitos T 1074 células por microlitro. Linfocitos T reguladores 159 células por microlitro. Cultivo de escamas de uñas en Sabouraud con *Trichophyton rubrum*. La biopsia de nódulo demostró en la dermis superficial infiltrado inflamatorio perivascular y perianexial y en dermis profunda infiltrado de polimorfonucleares con macrófagos. No se observaron células gigantes ni microorganismos. La intradermorreacción con lepromina negativa a los 21 días. Con los datos anteriores se hace diagnóstico de lepra lepromatosa y se somete a tratamiento multimedicamentoso con desaparición de los nódulos al primer mes de tratamiento.

## DISCUSIÓN

La enfermedad de Hansen o lepra es causada por *Mycobacterium leprae*. Tiene diversas formas clínicas, las cuales se atribuyen a la respuesta inmune del individuo infectado.<sup>7</sup> El diagnóstico de la lepra se hace fundamentalmente por medio del examen clínico apoyado por la investigación de la presencia de *M. leprae* en las baciloscopías teñidas con Ziehl Nielsse y practicadas tanto en el moco nasal como en la linfa del pabellón auricular, así como en el estudio histopatológico de las lesiones dermatológicas. En la lepra lepromatosa, la reactividad específica inmune celular está prácticamente ausente, por lo que los bacilos se multiplican en los macrófagos y en otras células resultando la enfermedad multibacilar (MB), se infiltra en los nervios periféricos y se extiende a casi toda la piel. Los dos casos presentados corresponden a lepra lepromatosa con lesiones eritematosas nodulares. En el caso 1 la investigación de *M. leprae* resultó positiva tanto en las baciloscopías de moco y linfa como en el estudio histopatológico. El caso 2 presentó reacción tipo II, la cual se observa exclusivamente en la lepra lepromatosa y excepcionalmente ha sido informada en BL.<sup>8</sup> Ambos casos fueron negativos a la lepromina. En este mismo caso, la histopatología no detectó los bacilos y éstos fueron demostrados por el Ziehl Nielsse tanto de linfa como en moco nasal; en su evolución clínica manifestó “eritema nudoso que repite y sube más allá de la cintura, es reacción leprosa mientras no se demuestre lo contrario”.<sup>9,10</sup> El tratamiento empleado en ambos casos es el distribuido gratuitamente por la OMS. El tratamiento para lepra multibacilar fue administrado de acuerdo con lo establecido por la Norma Oficial Mexicana para la prevención, control y eliminación de la lepra. En ambos casos se observó buena respuesta al tratamiento con desaparición de las lesiones dermatológicas y mejoría del estado general. En la actualidad en nuestro país existen 18 entidades con alta endemia y tasas superiores de 1 x 10,000; en las que se localiza 93% de todos los casos. En 14 estados se registra una endemia baja. Hasta el tercer trimestre del 2004 se tiene reportada una prevalencia de 803 casos de los cuales 743 están en tratamiento y el resto sin él. Actualmente se considera que la única medida efectiva para el control de la lepra es el tratamiento multibacilar aplicado a partir de los años 80. Este tratamiento consolidado por la OMS en 1982 es el avance más importante en el control de la lepra desde el uso de las sulfonas cuatro décadas atrás. Este

régimen terapéutico recomienda: rifampicina, dapsona y clofazimina durante 24 meses o hasta que desaparezcan las lesiones. Con los esquemas clásicos de la OMS, el número de recaídas es menor de 2%. En relación con el tratamiento multimedicamentoso las recaídas son poco frecuentes. Es probable que este efecto sea debido a la propiedad antiinflamatoria de la clofazimina, misma que provoca inhibición de crecimiento micobacteriano actuando como bactericida lento sobre *Mycobacterium leprae*. Los mecanismos de estos resultados son aún pobremente comprendidos. Las complicaciones de la lepra, entre las que se encuentran daño nervioso irreversible y discapacidad, afectan todos los aspectos de la vida del paciente. La prevención de estas complicaciones es un punto cardinal que debe incluirse en cualquiera de los planes a seguir en el tratamiento de la lepra.

## CONCLUSIONES

La lepra es una enfermedad infectocontagiosa producida por el *Mycobacterium leprae* y se trasmite de hombre a hombre a través de las secreciones nasales y se mantiene la hipótesis de que el contagio pudiera ser por contacto directo o a través de la piel o inclusive que la transmisión sea por el armadillo. Para la década de los 70 se ha probado la existencia del bacilos en el tracto digestivo de artrópodos y hasta el momento se sigue experimentando en la inoculación del bacilo en el cojinete plantar de ratones timentomizados y en el armadillo de 9 bandas.<sup>11</sup> En México los nuevos casos persisten, especialmente en forma aislada. Es verdad que el diagnóstico de la lepra muchas veces es difícil por el polimorfismo de la enfermedad, su clasificación complicada y lo complejo de la historia natural de la enfermedad, lo que ocasiona un diagnóstico y tratamiento tardios. Afortunadamente con el tratamiento multimedicamentoso normativo de la OMS los resultados han sido satisfactorios, disminuyendo las secuelas y rehabilitando

tempranamente a los pacientes. En el estado de Veracruz la lepra no es frecuente, no obstante en el municipio de Boca del Rio, Veracruz, se han detectado más de un caso en los últimos 15 años. La detección oportuna de casos es un quehacer importante de los departamentos de medicina preventiva de todas las instituciones del país. Se presentan dos casos de lepra lepromatosa, ambos con reacción leprosa de tipo eritema nodoso. Los dos se ha sujetado al tratamiento de dapsona, rifampicina y clofazimina a dosis convencionales. El caso 1 con antecedente de lepra familiar fue dado de alta a los 24 meses de tratamiento y el caso 2 sin antecedente heredofamiliares de lepra presenta buena respuesta a los escasos dos meses de tratamiento multimedicamentoso.

## REFERENCIAS

1. Terencio de las Aguas, José. Consideraciones Histórico - Epidemiológicas de la Lepra en América. *Med Cutan Iber Lat Am* 2006;34(4):179-194.
2. Arenas R. Dermatología: Atlas, Diagnostico y Tratamiento. 3ª ed. México: McGraw Hill Interamericana, 2005;p:336-351.
3. Rivero-Reyes, et al. La lepra, un problema de salud global. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2009;25(1).
4. Ferreira-Guerrero EE, Velásquez-Monrroy O, Torres Reynoso N, Tapia Conyer R. Manual para la vigilancia epidemiológica de la lepra. Secretaría de Salud Vol.15. Agosto 1993.México.
5. Trautman JR. Treatment of Hansen's Disease. *Cutis* 1976;18(1):62- 65.
6. Terencio de las Aguas J. Historia de la Terapéutica de la Lepra. *Revista de Leprología* 2001;4(2):117-124.
7. Taylor JP, et al. A continuing focus of Hansen's disease in Texas. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 1999;60(3):449-452.
8. López-Antuñano F. Diagnostico y tratamiento de la lepra. *Salud Pública Mex* 1998;40:1-10.
9. Saúl A. Lecciones de Dermatología. 10ª ed. México: Méndez Editores, 2001;p:124-200.
10. Moran CJ, Ryder G, Turk JL, Waters MFR. Evidence for circulating Immune complexes in Lepromatous Leprosy. *Lancet* 1972;II(7777):572-573.
11. Shepard ChC. Immunology and Animal Experimentation in Leprosy. *Cutis* 1976;18(1):80-96.