

Recidiva de lepra indeterminada

Indeterminate leprosy relapse

S Pereyra¹, M Cano¹, V Gallerazo¹, L Ragazzini¹, A Guido²

¹Servicio de Dermatología del Hospital Córdoba. ²Cátedra de Anatomía Patológica. Universidad Católica de Córdoba. Argentina.

Correspondencia:

Susana Beatriz Pereyra
Puerto Rico 1131, Residencial América
C.P. 5012 Córdoba, Argentina
e-mail: susana_b_pereyra@yahoo.com.ar

Resumen

Presentamos una paciente de 61 años de edad con el diagnóstico de lepra indeterminada tras recibir tratamiento poliquimioterápico para lepra multibacilar durante 12 meses se suspende el mismo por desaparición de la lesión clínica y negativización de la baciloscopia. Al año de suspendido el tratamiento se objetiva una lesión nueva anular eritematosa de bordes definidos ubicada en dorso de tronco. Se realiza baciloscopia e histopatología que confirma la recidiva de lepra indeterminada.

(S Pereyra, M Cano, V Gallerazo, L Ragazzini, A Guido. Recidiva de lepra indeterminada. Med Cutan Iber Lat Am 2011;39(4):184-186)

Palabras clave: Poliquimioterapia, lepra multibacilar, lepra indeterminada, recidiva de lepra.

Summary

A 61 year old patient with indeterminate leprosy is reported. After 12 months of multidrug therapy for multibacillary leprosy, the treatment was discontinued due to the disappearance of the lesion and negativeness of bacilloscopy. One year later, a new annular erythematous lesion appeared in the patient's back. Bacilloscopy and histological studies confirmed indeterminate leprosy's relapse.

Key words: Multidrug therapy, multibacillary leprosy, indeterminate leprosy, leprosy relapses.

La lepra es una enfermedad infectocontagiosa, crónica, de distribución mundial, que afecta principalmente piel y nervios periféricos. El agente etiológico es el *Mycobacterium leprae* (ML), bacilo pleomórfico, ácido alcohol resistente, de reproducción intracelular obligada, se reproduce en histiocitos de la piel y en células de Schwann del sistema nervioso periférico, en forma lenta y con predilección por zonas acrales.

Es considerada una enfermedad inmunoinfecciosa porque de acuerdo al estado inmunológico del paciente se desarrollarán las distintas formas clínicas. Los macrófagos afectados desencadenan una reacción de inmunidad mediada por células, que variará de acuerdo a cada individuo, desde formas tuberculoides a lepromatosas pasando por una zona de grises en las que se encuentran las formas inestables como son la lepra dimorfa y la lepra indeterminada.

La clasificación propuesta por la OMS con fines terapéuticos, en la década del 90, se basa en las características clínicas y bacteriológicas considerando:

- Paucibacilares (PB): 1 a 5 lesiones con baciloscopia negativa.
- Multibacilares (MB): más de 5 lesiones y/o baciloscopia positiva[1].

Con la poliquimioterapia (PQT) instaurada por la OMS desde 1982 se ha conseguido una disminución importante del número de infectados, de 10 a 12 millones de pacientes a mediados de los años 80, a 500.000 en 2005[2] y 210 000 en 2008, indicando esto la efectividad de la misma. Pero aun existen casos reportados de recidivas post tratamiento especialmente en pacientes con lepra multibacilar[3].

La lepra inicial o indeterminada se caracteriza por lesiones maculares, eritematosas o hipocrómicas, hipo o anestésicas, escasas en número y variables en tamaño y localización, sin compromiso de los troncos nerviosos, ni afectación de mucosas y órganos internos[4]. La baciloscopia puede ser positiva o negativa y la histopatología solo revela un infil-



Figura 1. Lesión eritematosa, anular, en zona interescapular izquierda, asintomática.

trado linfocitario perivascular, perianexial y perineural. Dentro de los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta debemos incluir el dartros volante, granuloma anular maculoso, nevo acrómico, nevo anémico, esclerodermia localizada, liquen escleroatrófico y otras leucodermias[5].

Caso clínico

Mujer de 61 años, oriunda de Canals, departamento Unión, Córdoba. Se presenta a la consulta en junio del 2006 con una lesión única anular, de bordes eritematosos definidos, asintomática, con centro más claro y leve hipoestesia, ubicada en dorso de tronco a nivel interescapular izquierda, de 6 meses de evolución aproximadamente (Figura 1).

Como antecedentes personales patológicos presenta hipertensión leve tratada con dieta hiposódica.



Figura 2. → Cicatriz de la biopsia de lesión inicial. ⇒ Lesión recidiva de lepra indeterminada.

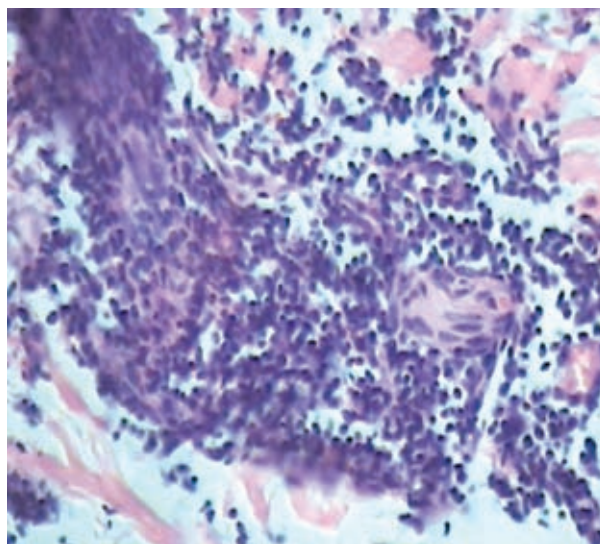


Figura 3. Infiltrado linfoide perineural.

La bioquímica sanguínea fue normal que incluyó hemograma, eritrosedimentación, glucemia, uremia, creatinina, hepatograma y perfil lipídico.

La baciloscopia fue positiva en el lóbulo de oreja con 4 bacilos homogéneos cada 100 campos (escala de Ridley 1).

La histopatología mostraba epidermis con moderada hiperplasia, dermis con un infiltrado inflamatorio superficial y profundo alrededor de vasos y anexos pilosebáceos y un infiltrado linfocitario rodeando los filetes nerviosos. No se observan granulomas ni células de Virchow.

Con estos datos se llega al diagnóstico de lepra indeterminada y se instaura tratamiento para lepra MB (mensual: rifampicina 600 mg, dapsona 100 mg y clofazimina 300 mg; y diario, dapsona 100 mg y clofazimina 50 mg). Al mes de comenzado el tratamiento desaparece la lesión.

A los 12 meses, en junio de 2007, se realiza baciloscopia de control siendo esta negativa, por lo que se decide la suspensión del tratamiento y entra en control post terapéutico.

Al año de suspendido el tratamiento, en mayo de 2008, se objetiva una lesión nueva, anular, eritematosa, ubicada en dorso de tronco a nivel de región lumbar (Figura 2) La baciloscopia del lóbulo de la oreja fue positiva, con 3 bacilos homogéneos, 2 bacilos fragmentados, 6 bacilos dipolares y 8 bacilos granulares (escala de Ridley 1). Se realiza nueva biopsia de piel que muestra un infiltrado inflamatorio inespecífico rodeando filetes nerviosos (Figura 3). Se interpretan estos resultados como recidiva de lepra indeterminada y se comienza tratamiento con esquema ROM (mensual: rifampicina 600 mg, ofloxacin 400 mg y minociclina 100 mg) por posible resistencia a dapsona[6]. La lesión desaparece a los 25 días de iniciado el tratamiento, extendiéndose el mismo durante 12 meses.

Comentario

La lepra indeterminada es considerada el inicio de la enfermedad por lo que el diagnóstico precoz es de vital importancia por las implicancias epidemiológicas que conlleva[7]. Se consideran recidivas en la lepra MB si se cumple alguno de los siguientes criterios[8, 9].

Aumento del índice bacilar en un logaritmo de 2 en la escala de Ridley, en relación con el que tenía el paciente al darse de alta.

Presencia de lesiones nuevas identificables clínicamente con las características de lepra.

Presencia de bacilos viables demostrable por inoculación a la almohadilla plantar del ratón.

Las recidivas tras la PQT se producen por la persistencia de *Mycobacterium leprae*, resistencia a los fármacos utilizadas o reinfección. Mientras que la recurrencia de la lesión puede deberse a un episodio reaccional tardío. Actualmente

se considera que la tasa de recidiva es la medida más importante para determinar la eficacia de la PQT[10].

Si bien se han realizado varios estudios para evaluar las tasas de recidiva, los porcentajes estimados por la OMS es de 0,1% por año en pacientes multibacilares con formas lepromatosas que recibieron 24 dosis de PQT y que fueron seguidos pocos años[11].

Teniendo en cuenta que la lepra indeterminada se encuentra en el polo inmunocompetente de la enfermedad, y que en el 90% de los casos cura espontáneamente; si se desarrolla la enfermedad, con el tratamiento antileproso se produce la curación en el 100%. Por todo lo dicho anteriormente hemos estimado muy importante reportar nuestro caso clínico, y más aún siendo que en la bibliografía revisada no hemos hallado casos de recidiva de lepra indeterminada, por lo que este sería el primer caso confirmado clínica, bacteriológica e histológicamente de recidiva de lepra indeterminada.

Bibliografía

1. Lombardi C. Lepra al día, Boletín de OPS, OMS, N 5, nov. 1997
2. Mitranna P, Ramesh BM, Rajina V, Nandakishore B et al. Relapses in multibacillary leprosy patients after multidrug therapy. *Lepr Rev* 2008; 79: 320-4.
3. Cellona R, Balagon M, Cruz, Burgos JA et al. Long-term efficacy of 2 year WHO multiple drug therapy (MDT) in multibacillary (MB) leprosy patients. *Int J Lepr* 71: 308-19.
4. Escalada R, Pereyra S, Alé S. Cuadernillo del Curso nacional de Lepra Sociedad Argentina de Leprológica. "Cura Brochero", Sociedad Argentina de Dermatología, 7 y 8 de Septiembre 2007, Córdoba, Argentina.
5. Cabrera NH, Gatti CF. Dermatología de Gatti Cardama, pág. 154-180, Editorial El Ateneo, edición 2003, Buenos Aires.
6. Pereyra S, Danielo C, Ponssa G, Consigli J, Papa M, Ghirardi G. Wades histoid leprosy: three clinical presentations. *Int J Dermatol* 2007; 46: 944-6.
7. Consigli CA. Clasificación de la lepra: ubicación de la forma indeterminada. Importancia capital de este tema. *Hansen Int* 1978; 3: 48-54.
8. Marchoux chermotherapy study group. Relapses in multibacillary leprosy patients after stopping treatment with rifampicin containing combined regimens. *Int J Lepr* 1992; 60: 525-35.
9. Jamet P, Ji B, Marchoux chermotherapy study group. Relapse after long term follow up of multibacillary patients treated by WHO multidrug regimen. *Int J Lepr* 1995; 63: 195-201.
10. Shetty V, Wakade A, Ghate S, Pai V et al. Clinical, histopathological and bacteriological study of 52 referral MB cases relapsing after MDT. *Lepr Rev* 2005; 76: 241-52.
11. Rodríguez G, Pinto R, Laverde C, Sarmiento M. Recidivas postratamiento de la lepra multibacilar *Biomédica* 2004; 24: 133-9.