

**Revista del
Centro Dermatológico Pascua**

Volumen
Volume **14**

Número
Number **1**

Enero-Abril
January-April **2005**

Artículo:

Reporte de cuatro casos nuevos de lepra
estudiados en el Centro Dermatológico
Pascua en el año 2004

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Medigraphic.com

Reporte de cuatro casos nuevos de lepra estudiados en el Centro Dermatológico Pascua en el año 2004

Dra. Myrna Rodríguez A,* Dr. Carlos Lizárraga G**

RESUMEN

La lepra es una enfermedad infecciosa, poco transmisible, de evolución crónica, la cual se caracteriza por afectar la piel y el sistema nervioso periférico. Se ha subestimado su prevalencia, permanece siendo un importante problema de salud, detectándose aún nuevos casos cada año. Reportamos los casos nuevos estudiados en el Centro Dermatológico Pascua durante el año 2004.

Palabras clave: Lepra, lepromatoso, tuberculoide.

ABSTRACT

Leprosy is an infectious, few-transmissible, chronic disease. It affects skin and peripheral nervous system. Although, its existence has been underestimated, currently leprosy is an important health problem, and new cases are detected every year. We report the new cases are been studied at Centro Dermatológico Pascua in 2004.

Key words: Leprosy, lepromatous, tuberculoid.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Hansen (lepra o hanseniasis) es ocasionada por un agente bacteriano, llamado *Mycobacterium leprae*, poco transmisible, de evolución crónica, que afecta principalmente a la piel y nervios periféricos, aunque puede ser sistémica.¹⁻⁴ Cursa con alteraciones en la sensibilidad y puede presentar reacciones agudas.^{1,2}

Ha constituido, por mucho tiempo, un problema importante de salud pública en muchos países, incluyendo el nuestro.^{1-3,5,6}

Mycobacterium leprae es un bacilo de muy baja virulencia, con un periodo de generación muy largo, hasta de 20 días. Su mecanismo de transmisión, se sugiere es por la mucosa nasal (a través de las gotitas de Flüge) donde se localiza abundantemente y en piel de zonas de menor temperatura que el resto del cuerpo, como los pabellones auriculares.^{7,8}

Se considera que existe un "factor natural de resistencia" (Factor N de Rotheng) el cual protege al 95% de

la población mundial, y su ausencia en el resto, lo cual los hace susceptibles de contraer la enfermedad.^{2,7}

El diagnóstico y la clasificación de los casos de lepra se basa en 4 criterios: clínico, baciloscópico, histopatológico e inmunológico.^{1,2,9}

Clínicamente, mediante la presencia de lesiones sospechosas (placas eritematosas, infiltradas, con alteraciones de la sensibilidad, manchas hipocrómicas, alopécicas, hipoestésicas, anhidróticas, existencia de nódulos o infiltración difusa).^{1,2,9}

Baciloscopia: se requiere la observación de los bacilos en muestras obtenidas de mucosa nasal, lóbulos de pabellones auriculares y/o de las lesiones cutáneas. Son positivas en los casos lepromatosos y algunos dimorfos; negativas en los tuberculoides e indeterminados.^{1,2,9}

Histopatología: presencia de cambios compatibles con cada tipo de lepra, (como infiltración de nervios, granulomas tuberculoides) y la detección de bacilos con tinciones especiales.^{1,2,9}

Inmunológico: respuesta a la aplicación intradérmica de lepromina, la cual es positiva cuando mide más de 0.5 mm, en casos tuberculoides e indeterminados, y negativa en el resto.^{1,2,9}

* Dermatolepróloga del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Residente de Dermatología 3er año CDP.

Resultando así, dos tipos polares: lepromatoso y tuberculoide; y dos grupos inestables: indeterminados y dimorfos. Reciben el nombre dependiendo en qué extremo se encuentran.^{2,10}

Se han clasificado para fines epidemiológicos y terapéuticos como paucibacilares (tuberculoideos, indeterminados y BT) y multibacilares (lepromatosos y BL) y algunos como indeterminados Mitsuda negativos.^{2,10}

De esta forma, la OMS ha establecido dos esquemas básicos de tratamiento:

Paucibacilar: Rifampicina 600 mg y dapsona 100 mg (ambos una vez por mes) supervisado, más dapsona 100 mg diarios autoadministrado, por más de 6 meses o hasta la negativización de baciloscopias.¹¹⁻¹⁴

Multibacilar: Rifampicina 600 mg, clofazimina 300 mg y dapsona 100 mg (una vez por mes supervisado), más dapsona 100 mg y clofazimina 50 mg (diarios autoadministrados) durante 2 años mínimo o hasta que las baciloscopias se tornen negativas, en los casos lepromatosos.¹¹⁻¹⁴

Con los tratamientos, aplicados en forma y tiempo correctos, se logra controlar y curar la enfermedad, evitando las secuelas^{15,16} pero se hace notar la importancia de iniciar el manejo en forma temprana, y de ahí la necesidad de poseer un adecuado conocimiento sobre esta enfermedad.^{1,2,8,10,11}

A continuación se exponen los casos estudiados en el año 2004 en este Centro Dermatológico.

REPORTE DE CASOS

CASO 1

Se trata de paciente del sexo femenino de 55 años de edad, casada, ama de casa, originaria de Tlacolula, Veracruz, con residencia en Banderilla, Veracruz. Acude al centro con una dermatosis diseminada a cabeza, tronco, extremidades superiores e inferiores. De cabeza afecta cara y de ella, región supraciliar derecha, punta nasal, mejilla derecha y mentón. De tronco, cara posterior de tórax, región interescapular. De extremidades superiores, compromete hombro izquierdo, ambos antebrazos en sus caras anteroexternas. Y de extremidades inferiores, muslo izquierdo en su cara externa, ambas piernas en sus caras anteroexternas y ambos pies en su cara dorsal (*Figuras 1, 2 y 3*). Bilateral y asimétrica. Dermatitis de aspecto monomorfo constituida por eritema, escama fina e infiltración que conforman 12 placas con alopecia, hipohidrosis y trastornos de la sensibilidad, de forma y tamaño variables, siendo la menor de 1 x 0.7 cm y la mayor de 7 x 5 cm, de bordes definidos. Resto de la

exploración de piel y anexos: sin alteraciones. Troncos nerviosos: disminución en la sensibilidad superficial de las raíces nerviosas C5, C6, L5 y S1.

Al interrogatorio, refiere haber iniciado en el 2001 con "manchas rojas" en pies, cursando con ardor y entumecimiento, y que después "subieron" al resto del cuerpo. Sin tratamiento previo.

Antecedentes personales patológicas: hipotiroidismo secundario a cirugía, realizada en el 2000, debido a que padecía bocio, desde entonces está en tratamiento con hormonas tiroideas.

Exámenes realizados: Baciloscopias de lóbulo de oreja, mucosa nasal y de lesión, siendo negativas todas.

La histopatología: reportó una epidermis atrófica, la dermis superficial, media y profunda ocupadas por un infiltrado denso que se pega a la epidermis, constituido por focos de células epitelioides con algunas células gigantes multinucleadas de tipo Langhans, rodeadas por numerosos linfocitos. Filetes nerviosos engrosados, anexos hipotróficos. La tinción para bacilos fue negativa. Con la correlación clinicopatológica se establece el diagnóstico de lepra tuberculoide.

Se inicia tratamiento Combi paucibacilar.

CASO 2

Se trata de paciente del sexo masculino de 52 años de edad, soltero, campesino, originario y residente del Rancho La Esperanza, Tarimoro, Guanajuato. Acude al centro con una dermatosis diseminada a cabeza, tronco y extremidades superiores e inferiores. De cabeza afectando cara en región centrofacial y pabellones auriculares. De tronco, tórax en sus caras anterior y posterior, abdomen y región lumbar. De extremidades superiores, brazos en sus caras externas y antebrazos en sus caras anteroexternas. De extremidades, afecta ambas piernas en todas sus caras (*Figuras 4, 5, 6, 7 y 8*). Bilateral y asimétrica. Dermatitis de aspecto monomorfo constituida por 54 nódulos, de aproximadamente 1 cm de diámetro, del color de la piel, de forma y tamaño variables, de superficie lisa, bordes bien definidos y de consistencia blanda.

Resto de la exploración de piel y anexos: se observa, en la primera articulación metatarsal-falángica del pie derecho, una neoformación hemiesférica de 2 cm de diámetro, del color de la piel, superficie lisa, de bordes bien definidos y de consistencia blanda. Sin alteraciones tróficas. A la exploración neurológica se detecta hipoparestesia en cara externa de brazos y antebrazos y en las caras anteriores de piernas.



Figura 1. Lepra tuberculoide, topografía facial.



Figura 3. Lepra tuberculoide. Aspecto clínico en piernas.



Figura 4. Lepra lepromatosa nodular. Aspecto clínico.



Figura 5. Lepra lepromatosa nodular, nódulos auriculares.



Figura 2. Lepra Tuberculoide, topografía dorsal.



Figura 6. Lepra lepromatosa nodular, aspecto clínico de cara.



Figura 7. Lepra lepromatosa nodular. Nódulos en manos.



Figura 8. Lepra lepromatosa nodular, aspecto clínico en piernas.



Figura 9. Lepra dimorfa tuberculoide, topografía centrofacial.



Figura 10. Lepra dimorfa tuberculoide, aspecto clínico en pies.



Figura 11. Paciente masculino con Lepra dimorfo tuberculoide.



Figura 12. Lepra dimorfo tuberculoide afectando pabellón auricular.

igraphic.com

Figura 13. Lepra dimorfo tuberculoide con topografía en dorso de mano izquierda.



Refiere inicio de su patología en el año de 2001, con manchas claras en el pecho y espalda, acompañándose de prurito. Menciona que un año después, aparecieron "bolitas" (nódulos) en brazos y piernas. Niega haber recibido tratamiento previo. Como antecedentes, reporta que ambos padres padecieron lepra lepromatosa nodular 10 años antes, y recibieron tratamiento completo indicado en este centro.

Estudios realizados:

Baciloscopias de: lóbulo de oreja + 2, 1, 0. De mucosa nasal + 2, 1, 0. De nódulos 2+.

Histopatología: Lesión discretamente exofítica, con hiperqueratosis laxa, atrofia de epidermis, con acantosis discreta a expensas de procesos interpupilares. La dermis superficial, media y profunda están ocupadas por denso infiltrado de linfocitos e histiocitos numerosos, y muchos de ellos vacuolados. Se observan algunas arteriolas de la dermis profunda e hipodermis con sus paredes engrosadas e infiltradas, así como disminución de su luz arterial. Anexos hipotróficos. La tinción para bacilos mostró numerosos bacilos íntegros, bien teñidos, aislados o formando globias.

La correlación clinicopatológica permite integrar el diagnóstico de lepra lepromatosa nodular.

Se inicia tratamiento Combi multibacilar.

CASO 3

Se trata de paciente del sexo femenino, de 73 años de edad, viuda, ama de casa, originaria de Cutzamala de Pinzón, Guerrero, con residencia en San Nicolás Romero, Michoacán. Acude al centro con una dermatosis diseminada a cabeza, tronco y extremidades superiores e inferiores. De cabeza afecta cara, y de esta región centrofacial, de tronco, cara anterior de tórax. De extremidades superiores, la cara posterior de brazos y antebrazos. De las extremidades inferiores, cara anterior de muslos y anteroexternas de ambas piernas, así como dorso de pies. Bilateral con tendencia a la simetría (*Figuras 9 y 10*).

Dermatosis de aspecto monomorfo, constituida por eritema, escama fina e infiltración, que confluyen formando numerosas placas de forma y tamaño variables, siendo la menor de 4 cm y la mayor de 15 cm, de bordes mal delimitados, de superficie anfractuosa. Resto de piel y anexos, así como la exploración de troncos nerviosos: normales.

Al interrogatorio refiere haber iniciado en noviembre del 2003, con manchas rojas en cara, que posteriormente se diseminaron. Sin tratamiento previo.

Estudios realizados: Baciloscopias de lóbulo de oreja, mucosa nasal y de lesiones, fueron negativas.

Leprominorreacción: Positiva de 6 mm de diámetro.

Histopatología: Los cortes muestran hiperqueratosis compacta, zonas de moderada acantosis a expensas de los procesos interpapilares. La dermis tiene papilomatosis. La dermis superficial, media y profunda tiene un infiltrado moderadamente denso perivascular y perianexial constituido por focos de linfocitos con histiocitos de aspecto vacuolado, focos de células epitelioides y algunas gigantes multinucleadas de tipo Langhans. Anexos hipotróficos. El infiltrado está separado de la epidermis por una banda de tejido colágeno aparentemente normal. La tinción para bacilos fue negativa.

Con los datos clínicos e histopatológicos, se establece el diagnóstico de lepra caso dimorfo tuberculoide.

Se inicia tratamiento Combi paucibacilar.

CASO 4

Se trata de paciente del sexo masculino, de 74 años de edad, casado, jubilado, originario y residente de la Ciudad de México. Acude al centro por una dermatosis diseminada a cabeza, a extremidades superiores y extremidades inferiores. De cabeza afecta cara, de ésta hemicara izquierda y ambos lóbulos auriculares. De extremidad superior izquierda, brazo y antebrazo en sus caras posteriores, codo, y la mano en su cara dorsal y palmar; de la derecha, afecta antebrazo en su cara anterior y codo. De extremidades inferiores, muslos y piernas en sus caras laterales. Bilateral y asimétrica (*Figuras 11, 12 y 13*).

Dermatosis de aspecto monomorfo constituida por eritema, escama, e infiltración que conforman once placas de forma y tamaño variables, siendo la menor de 0.5 cm y la mayor de 6 cm de diámetro, de bordes mal definidos y de superficie anfractuosa.

Troncos nerviosos: hipoestesia en hemicara izquierda. Hipotrofia tenar de mano izquierda. Resto de piel y anexos: normal.

Al interrogatorio menciona que su padecimiento inició en mayo del 2004, con "manchas" en brazos, y que posteriormente apareció una "inflamación" en cara, seguidas de aparición de más lesiones en piernas. Sin tratamiento previo.

Estudios realizados:

Baciloscopia: de mucosa nasal, lóbulo de oreja y de lesiones, fueron negativas.

Histopatología: Los cortes muestran una epidermis atrófica. La dermis superficial, media y profunda, están ocupadas por denso infiltrado constituido por focos de células epitelioides rodeadas por linfocitos. En la hipodermis en algunas zonas se observa edema y focos de

histiocitos vacuolados. El infiltrado se encuentra separado de la epidermis por una banda libre subepidérmica de tejido colágeno. Anexos hipotróficos. Filetes nerviosos discretamente engrosados. La tinción para bacilos mostró bacilos aislados, otros formando globias y otros granulados.

Con la correlación clínico-histopatológica, se integra el diagnóstico de lepra caso dimorfo tuberculoide.

Se inicia tratamiento Combi paucibacilar.

CONCLUSIONES

Aunque la lepra sigue siendo uno de los principales problemas de salud, se ha subvalorado su prevalencia, lo cual ha permitido su permanencia en la población. Es de suma importancia mencionar, que no en pocas ocasiones se le ha diagnosticado en forma errónea o no se diagnostica adecuadamente.

Con este reporte de casos se demuestra que aún prevalece la enfermedad en México, y debido al distinto origen de los casos, se confirma, que no se localiza a una región específica, sino que afecta a todo el país.

Recordemos que la lepra es curable, pero que requiere de la participación multidisciplinaria (dermatólogos, infectólogos, oftalmólogos, entre otros), para realizar un manejo integral y correcto del paciente.

Es así mismo, necesario, no sólo combatir a la lepra como una enfermedad física, sino también, conseguir eliminar el estigma de dicha enfermedad con el que durante muchos años se ha marcado a los pacientes que la padecen. Esto se logrará, en parte, a través de difundir la información adecuada y precisa, a la población en general, y sobre todo, fomentando una mayor preocupación en el ámbito médico, por acrecentar el conocimiento sobre esta patología, para así, diagnosticar en forma temprana y realizar en forma inmediata el manejo correcto, deteniendo así la evolución natural de

la enfermedad y evitando la aparición de secuelas incapacitantes e irreversibles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arenas R. *Dermatología, atlas, diagnóstico y tratamiento*. McGraw-Hill. 2ª ed. 1998: 278-292.
2. Saúl A. *Lecciones de dermatología*. Mendez Edits. 14ª ed. 2001: 123-200.
3. Rodríguez M. Castillo S. Reporte de 9 casos de lepra estudiados en el Centro Dermatológico Pascua en el año 2001. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2003; 12(1): 15-22.
4. Haanpää M. Neuropathic pain in leprosy. *Lepr Rev* 2004; 75: 7-18.
5. Glorio R. La lepra y sus orígenes. *Arch Argent Dermatol* 2001; 51: 183-189.
6. Van Brakel W. *Measuring leprosy stigma*. A preliminary review of the leprosy literature. 2003; 71(3): 190-197.
7. Krahenbuhl J. Report of the workshop on recent advances in the immunology and pathogenesis of leprosy. *Int J Lepr* 2002; 70(4): 334-336.
8. Hernández MI. Lepra urbana: un llamado de atención. *Arch Argent Dermatol* 2000; 50: 25-28.
9. Gómez JR. La cara en lepra. *Rev Lepr Fontilles*. 2003; 24(2): 129-140.
10. Rodríguez O. Lepra, clasificación y terminología. *Rev Cent Dermatol Pascua* 1992; 1(1):27-34.
11. Moschella S. An update on the diagnosis and treatment of leprosy. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51: 417-26.
12. Zhu Y. Dapsone and sulfones in dermatology: overview and update. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45: 420-34.
13. Cellone R. Long-term efficacy of 2 years WHO multiple drug therapy in multibacillary leprosy patients. *Int J Lepr* 2003; 71(4): 308-319.
14. Geothe J. Relapses in multibacillary patients treated with multi-drug therapy until smear negativity. Findings after 20 years. *Int J Lepr* 2004; 72(1): 1-7.
15. Job K. Pathology and pathogenesis of leprosy neuritis, a preventable and treatable complication rehabilitation in leprosy. *Int J Lepr* 2001; 69(2): 542-551.
16. Gokhale D. Social/economic rehabilitation in leprosy. *Int J Lepr* 2001; 69(2): 542-551.