

## Caso clínico

# Lepra lepromatosa de elementos circunscritos

Angélica Villanueva Otamendi,\* Gisela Navarrete Franco,\*\* Estela Cristina Lazo García\*\*\*

### RESUMEN

La lepra es una enfermedad muy antigua. Anteriormente la variedad de elementos circunscritos (que es una forma de la lepra lepromatosa nodular) era poco frecuente; sin embargo, en la actualidad se ha incrementado el número de casos con esta morfología. En este artículo comunicamos el caso de un hombre de 61 años con esta variante, y se realiza una breve revisión del tema.

**Palabras clave:** Lepra, nodular, elementos circunscritos.

### ABSTRACT

*Leprosy is an ancient disease. In previous year, the variant of circumscribed elements (that it is a form of nodular lepromatous leprosy) was infrequent, however, currently the number of cases with this morphology has increased. In this article we communicate the case of a 61 year old male patient with this form, and we made a brief review of the topic.*

**Key words:** Leprosy, nodular, circumscribed elements.

### INTRODUCCIÓN

La lepra lepromatosa nodular (LLN) constituye el tipo progresivo, sistémico, relativamente transmisible e incurable de forma espontánea de la enfermedad de Hansen. Se caracteriza clínicamente por su tendencia a la diseminación cutánea, formando nódulos y otras lesiones cutáneas eritematosas, infiltradas, circunscritas (placas). Afecta los nervios periféricos y todos los órganos y sistemas en los que existe reticuloendotelio, con excepción del sistema nervioso central, que por razones desconocidas, nunca se ve afectado por el *Mycobacterium leprae*.<sup>1</sup>

A nivel cutáneo, esta dermatosis afecta sobre todo las zonas expuestas al medio ambiente, como la cara y los pabellones auriculares; también afecta el tronco, glúteos y extremidades en todas sus caras, predominando en zonas de extensión y eminencias óseas. De manera excepcional compromete la piel cabelluda, palmas, plantas y glande. De la cara compromete principalmente

la frente, cejas, pómulos, mentón y orejas. Es típica su localización en los pabellones auriculares.

Se observan nódulos firmes, de diversos tamaños y formas, aislados o confluentes, que pueden ser del color de la piel, eritematosos o hiperpigmentados, con o sin telangiectasias en su superficie. Cuando son tan grandes que deforman la región centro-facial, conforman la llamada «facies leonina». En algunos casos, los nódulos pueden adoptar una forma en «pastilla»: se aplanan, y su superficie es muy brillante y lisa; entonces se les denomina «nódulos histioides». La variante de elementos circunscritos es una forma de lepra lepromatosa nodular que en la actualidad se observa con mayor frecuencia en nuestro país. Se caracteriza clínicamente por la presencia de eritema y escama que confluyen para formar numerosas placas infiltradas, de forma y tamaño variable, borde bien definido y superficie lisa, con alteraciones en la sensibilidad.

En áreas descubiertas también pueden observarse manchas hipocrómicas, con superficie lisa o cubierta con escama fina. Al involucrar las lesiones antes mencionadas dejarán, invariablemente, zonas atróficas o cicatrices, si es que sufren ulceración.<sup>1-3</sup>

Es habitual el desarrollo de alopecia parcial de cejas, pestañas y vello corporal. No es total porque se manifiesta solamente en donde hay nódulos. Las uñas pueden engrosarse y desarrollar estrías.

\* Médico adscrito.

\*\* Jefa del Servicio de Dermatopatología.

\*\*\* Residente de segundo año de Dermatología.

Los nervios periféricos se afectan en mayor o menor grado; la sensibilidad al dolor y la temperatura pueden estar disminuidas en las lesiones; los troncos nerviosos suelen estar engrosados. La neuritis lepromatosa es habitualmente bilateral e, incluso, simétrica.

Es en esta variedad en la que el segmento anterior del ojo se ve particularmente afectado por la lepra. Las alteraciones más frecuentes son epiescleritis, queratitis infiltrativa difusa, queratitis punteada, iritis e iridociclitis y la presencia de nódulos corneanos.<sup>1</sup>

Debido a que los signos y síntomas de esta enfermedad, en general, no alarman a los pacientes, si no se tiene una adecuada sospecha clínica, el cuadro conducirá a una interpretación errónea de los datos y a un tratamiento ineficaz. En países endémicos, siempre se sospecha la enfermedad en individuos con datos clínicos sugestivos.

Los diagnósticos diferenciales que deben realizarse ante la presencia de lesiones parecidas son neurofibromatosis, xantomas eruptivos, leishmaniasis anérgica, lobomycosis, linfomas y prurigo nodular de Hyde.<sup>3,4</sup>

El compromiso multiorgánico está determinado por la anergia y la carga bacilar de cada sujeto, observándose gran compromiso en las formas lepromatosas.<sup>3</sup> Las personas con LLN son anérgicas hacia *M. leprae* y desarrollan múltiples lesiones llenas de micobacterias, a diferencia de la lepra tuberculoides.<sup>5,6</sup>

El diagnóstico se confirma solicitando baciloscopias, las cuales deben practicarse en lóbulo de oreja, mucosa nasal y, si es posible, de alguna lesión cutánea. Son positivas en grado variable en los casos lepromatosos. Si no se realizan en forma adecuada, pueden dar un resultado falso positivo.

Una de las herramientas más útiles para confirmar el diagnóstico de esta enfermedad es la realización de una biopsia de piel: en los casos lepromatosos se observan infiltrados con células de Virchow llenas de bacilos y una banda subepidérmica de tejido conectivo (banda de Unna).<sup>4</sup>

La tinción de Sudán III tiñe de naranja los lípidos de las células de Virchow. Los bacilos pueden evidenciarse con tinción de Ziehl-Neelsen, Fite-Faraco y Wade, con las que se colorean de rojo. Con la tinción de Sudán III y IV se tiñen de negro y rojo, respectivamente. La de metenamina de plata es útil para identificar bacilos fragmentados.<sup>4</sup>

El tratamiento debe tener por objetivo la curación, evitar la transmisión y prevenir la resistencia, deformidades y complicaciones. En esta enfermedad, el abordaje adecuado es el denominado COMBI MB, el cual consta de dapsona de 100 mg, que debe administrarse diariamente,

rifampicina 600 mg una sola vez al mes, clofazimina 300 mg una sola vez al mes, y luego, 50 mg diarios, auto-administrados, por un tiempo mínimo de un año, el cual se prolongará en caso necesario hasta negativizar las baciloscopias o ante persistencia de lesiones clínicas.<sup>3,4,7</sup>

Por otro lado, los enfermos deben ser enviados a algún servicio de rehabilitación, ya que el tratamiento multifarmacológico detiene el avance de la enfermedad, pero no revierte el daño causado por la inflamación tisular en la piel y los nervios periféricos.<sup>3</sup>

### CASO CLÍNICO

Hombre de 61 años de edad, casado, actualmente jubilado; en su juventud fue asistente en un laboratorio. Es originario de Guanajuato, Guanajuato, con residencia en Iztapalapa, Ciudad de México. No tenía antecedentes de importancia para su padecimiento actual. Acudió en marzo de 2012 a esta unidad médica por una dermatosis diseminada a cuello, tronco, extremidades superiores e inferiores (**Figura 1**). Del primero, afectaba la cara anterior; del tronco, tórax anterior y posterior, a nivel de la región supraescapular, y abdomen en todos sus cuadrantes. De las extremidades superiores, comprometía hombros, brazos y antebrazos en sus caras anterointernas; de las extremidades inferiores, los muslos en sus caras anteriores, las piernas en sus caras an-



**Figura 1.** Imagen clínica previa al tratamiento.

terior y posterior, tercio superior. La dermatosis estaba constituida por múltiples placas eritematoinfiltradas, de diversos tamaños y formas —la mayor de 6 × 4 cm, la menor de 1 × 1 cm—, con piel sana en el centro, de bordes bien definidos, superficie lisa, sin alteraciones en la sensibilidad; así como múltiples nudosidades eritematosas, de 0.5 a 1 cm de diámetro. Su evolución era crónica, pruriginosa (**Figuras 2 y 3**). En el resto de la exploración física: troncos nerviosos con disminución de la sensibilidad superficial en C-6 izquierdo.

Al interrogatorio, refirió haber iniciado en enero de 2011 con «granitos» en el tronco y brazos que aparecían y desaparecían. Acudió a una unidad hospitalaria de tercer nivel en la Ciudad de México, donde se le



**Figura 2.** Numerosas placas eritematoinfiltradas en abdomen.



**Figura 3.** Acercamiento de una de las placas infiltradas, con piel sana al centro.

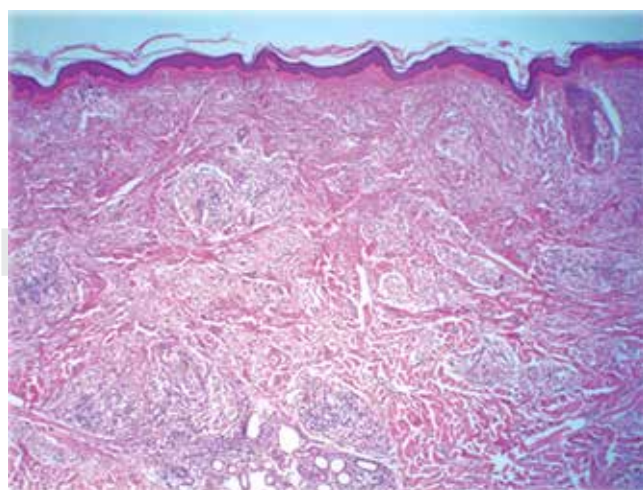
realizó una biopsia de piel, la cual fue reportada como normal. Por persistencia de las lesiones, posteriormente decidió acudir con un médico familiar, quien prescribió tetraciclina VO por ocho días, itraconazol y amorolfina crema por un mes, así como terbinafina por ocho días y dexametasona tabletas por un mes. No presentó mejoría, por lo que acudió a esta unidad, donde se le solicitaron exámenes de laboratorio de rutina, los cuales fueron reportados dentro de los límites normales.

Se pidieron también baciloscopias de mucosa nasal y lóbulo de oreja. La primera fue reportada como positiva 1+, con un índice morfológico de 0, 1, 2, formando globias. La segunda también resultó positiva 1+, 0, 1, 2, sin formar globias.

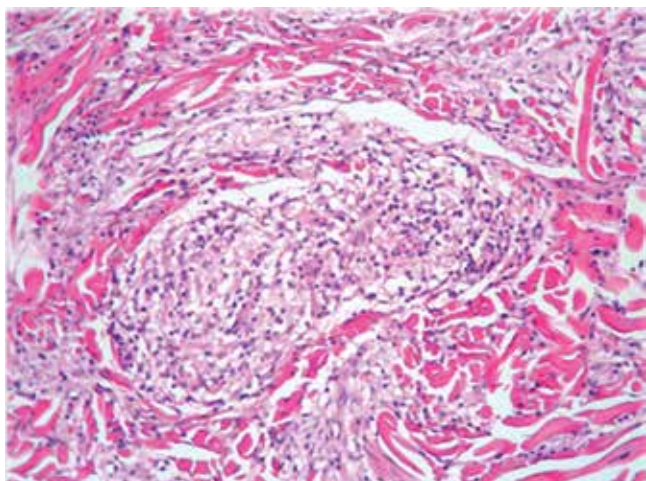
Se realizó una biopsia incisional, que mostró una epidermis con hiperqueratosis discreta y zonas de atrofia con hiperpigmentación de la capa basal, presencia de una banda subepidérmica de tejido conectivo de características normales (**Figura 4**), por debajo de la cual se apreciaba un infiltrado moderadamente denso que ocupaba la dermis superficial, media y profunda (**Figura 5**). Estos infiltrados estaban constituidos por linfocitos y numerosos histiocitos, la mayoría de ellos, de aspecto vacuolado; rodeaban los vasos y anexos (**Figura 6**).

La tinción para bacilos mostró numerosos microorganismos, íntegros y bien teñidos, aislados y formando numerosas globias (**Figura 7**).

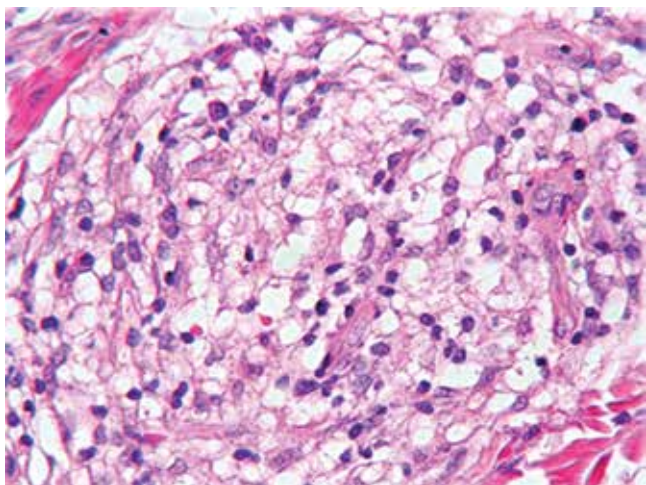
Se inició poliquimioterapia COMBI MB, y se envió al servicio de rehabilitación. Su evolución ha sido satisfactoria hasta el momento.



**Figura 4.** Epidermis atrófica. Banda de Unna. En toda la dermis, infiltrados moderadamente densos (H&E 4x).



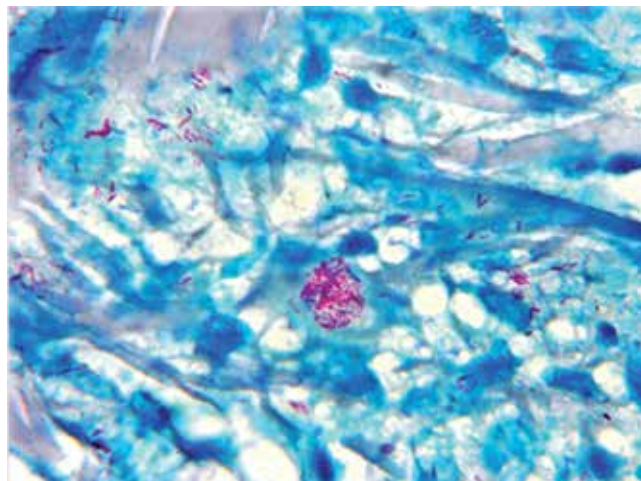
**Figura 5.** Infiltrados constituidos por numerosos histiocitos vacuolados y algunos linfocitos (H&E 10x).



**Figura 6.** A mayor aumento, histiocitos vacuolados y linfocitos (H&E 40x).

### COMENTARIO

El objetivo de comunicar este caso es recordar que la lepra sigue siendo un problema de salud vigente en nuestro medio. Se ha logrado mucho con el actual Programa Nacional de Control y Prevención de la Lepra; sin embargo, preocupa que los casos que todavía predominan en nuestro país sean los lepromatosos. Esto nos



**Figura 7.** Tinción de Ziehl-Neelsen. Muestra numerosos bacilos íntegros y bien teñidos, aislados y formando globias (inmersión).

indica que dicha enfermedad está aún subdiagnosticada y que se requiere continuar con las acciones del programa ya señalado. Por otro lado, debemos tener siempre en mente el cuadro clínico de esta enfermedad, para identificarla y tratarla a tiempo, ya que en la actualidad es un padecimiento totalmente curable.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez RO. Lepra. *Programa de actualización continua para dermatología (PAC)*. 2000. *Derma* 1, Libro 4; Núm. VI: 53-75.
2. Torres GE, Vargas MF, Atoche DC, Arrazola J, Arenas GR. Lepra: clasificación y cuadro clínico. *Dermatol Rev Mex*. 2012; 56: 47-54.
3. Faizal M, Rincón G, Betancourth M, Agudelo C et al. Guía de atención de lepra. *Medicina y Laboratorio*. 2011; 17: 359-388.
4. Torres GE, Vargas MF, Atoche DC, Arrazola J, Arenas R. Lepra. Técnicas diagnósticas y estrategias terapéuticas. *Dermatol Rev Mex*. 2012; 56: 119-125.
5. Rodrigues LC, Lockwood DN. Leprosy now: epidemiology, progress, challenges, and research gaps. *Lancet Infect Dis*. 2011; 11: 464-470.
6. Britton WJ, Lockwood DN. Leprosy. *Lancet*. 2004; 363: 1209-1219.
7. Rodríguez AM, Lizárraga GC. Reporte de cuatro casos nuevos de lepra estudiados en el CDP en el año 2004. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2005; 14: 43-47.

Correspondencia:

Dra. Angélica Villanueva Otamendi  
 Dr. Vértiz Núm. 464, esq. Eje 3 Sur,  
 Col. Buenos Aires,  
 Del. Cuauhtémoc, 06780, Ciudad de México, México.  
 Tel. 5519 6351  
 E-mail: angelica\_vo@hotmail.com