

Fenómeno de Lucio reacción Tipo II

Lucio Phenomenon in Type II Reaction

Juan Francisco Tejera Díaz^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4058-283X>

Lorenzo González González¹ <https://orcid.org/0000-0003-2075-4910>

Laura C. Hurtado Gascón² <https://orcid.org/0000-0002-2203-5410>

Edwin Hernando Téllez Castañeda¹ <https://orcid.org/0000-0002-0761-3622>

¹Hospital Clínico Quirúrgico “Julio Trigo López”. La Habana, Cuba.

²Centro Provincial de Higiene Epidemiología y Microbiología. La Habana.

*Autor para la correspondencia: francisco.tejera@infomed.sld.cu

RESUMEN

Paciente femenina de 54 años de edad procedente de la provincia La Habana, que acude a consulta con cuadro clínico de 8 días de astenia marcada, adinamia, picos febriles, artralgias, y aparición de “manchas rojas” en extremidades y tórax asintomáticas. Al examen físico se observan lesiones generalizadas en forma de máculas eritematovioláceas infiltradas, de varios centímetros de diámetro, que confluyen formando placas. En región facial y pabellones auriculares se observan nódulos. Se decide su ingreso y dos días después surgen ampollas con posterior ulceración y formación de áreas necróticas con costras. Se interpreta el caso como una reacción lepromatosa aguda, posible fenómeno de Lucio. Se realiza biopsia de piel que confirma el diagnóstico, y baciloscopia que resultaron positivas. Se indica tratamiento con prednisona 1 mg/kg dosis diaria durante 3 semanas, con significativa mejoría del cuadro. Se dio el alta médica con tratamiento para lepra multibacilar. Se presenta el caso por la importancia de pensar siempre en esta enfermedad, y poder realizar un diagnóstico temprano de la misma.

Palabras clave: lepra; fenómeno de Lucio; úlceras necróticas.

ABSTRACT

A 54-year-old female patient from Havana Province attended consultation, with an eight-day clinical status of marked asthenia, adynamia, febrile peaks, arthralgias, and the appearance of asymptomatic "red spots" on her extremities and thorax. Physical examination revealed generalized lesions in the form of infiltrated erythematous-violaceous macules, several centimeters in diameter, which converge to form plaques. Nodules were observed in the facial region and auricular pavilions. The patient was admitted and, two days later, blisters appeared with subsequent ulceration and formation of necrotic areas with crusts. The case was interpreted as an acute lepromatous reaction, possibly Lucio phenomenon. A skin biopsy confirmed the diagnosis, and bacilloscopy was positive. Treatment with prednisone in daily doses of one milligram per kilogram was indicated for three weeks, with significant improvement of the clinical status. The patient was discharged with treatment for multibacillary leprosy. The case is presented because of the importance of always thinking about this disease and being able to provide an early diagnosis of it.

Keywords: leprosy; Lucio phenomenon; necrotic ulcers.

Recibido: 23/12/2020

Aprobado: 06/01/2021

Introducción

La lepra o enfermedad de Hansen es una entidad infecciosa, granulomatosa, cuyo agente etiológico es el bacilo *Mycobacterium leprae*. Presenta un curso crónico, con afectación de piel y nervios periféricos y puede presentar manifestaciones sistémicas. Cualquier persona, sin distinción de edad y sexo, la puede contraer.^(1,2)

Los estados reaccionales de la lepra son eventos caracterizados por inflamación aguda de aparición súbita, que pueden ser autolimitados, o graves y prolongados. Los mismos se desencadenan por un mecanismo inmunitario y cursan con síntomas cutáneos y sistémicos, que modifican la evolución natural de la enfermedad. Se clasifican como tipo

1 o 2 en dependencia de los hallazgos clínicos. Las manifestaciones pueden presentarse antes, durante o años después de haber finalizado el tratamiento.^(1,3,4,5,6)

El fenómeno de Lucio se incluye dentro de los estados reaccionales tipo 2. Debe ser considerado en áreas endémicas y no endémicas en cuadros clínicos de necrosis cutánea precedida de lesiones eritematosas. Este patrón es debido a un proceso de micro obstrucción vascular por inflamación.^(1,3,5)

El objetivo de este trabajo ha sido presentar el caso de una paciente femenina que acude a la consulta de Dermatología por presentar lesiones en piel y se le diagnostica como reacción lepromatosa aguda, posible fenómeno de Lucio.

Caso clínico

Paciente femenina de 54 años de edad procedente de la provincia La Habana, que acude a consulta con un cuadro clínico de 8 días de astenia marcada, adinamia, picos febriles, artralgias, y aparición de “manchas rojas” en extremidades y tórax, asintomáticas.

APP: No refiere.

Examen físico dermatológico:

Fototipo cutáneo III.

Presenta lesiones generalizadas en forma de máculas eritematovioláceas infiltradas, de varios centímetros de diámetro, que confluyen formando placas (fig. 1).



Fig. 1 - Máculas eritematovioláceas infiltradas localizadas en tronco.

En región facial y pabellones auriculares se observa presencia de nódulos de aproximadamente 1 cm. Alopecia de la cola de las cejas. No presenta alteraciones de la sensibilidad.

Se decide su ingreso y dos días después comienza a presentar ampollas con posterior ulceración y formación de áreas necróticas con costras, en las extremidades superiores e inferiores (fig. 2).



Fig. 2 – Úlceras con posterior formación de costras y áreas necróticas en miembros superiores.

Exámenes complementarios indicados:

Hemoquímica sanguínea: Dentro de límites normales.

VDRL: No reactivo.

HIV: Negativo.

Baciloscopia: Índice bacteriológico 4.

Biopsia de nódulo de la cara: Infiltrado linfocítico en dermis y células de Virchow.

Diagnóstico: Lepra lepromatosa (fig. 3).

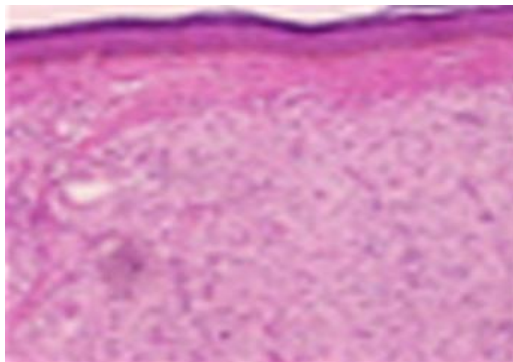


Fig. 3 - Infiltrado linfocítico en dermis y células de Virchow.

Biopsia de áreas necróticas de extremidades: Evidencia de vasculitis leucocitoclástica, necrosis epidérmica (tinción H/E) y bacilos ácido-alcohol resistentes (tinción de Ziehl-Neelsen) (figs. 4 y 5).

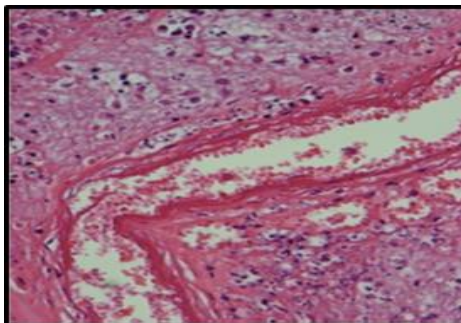


Fig. 4 - Vasculitis leucocitoclástica y necrosis epidérmica.

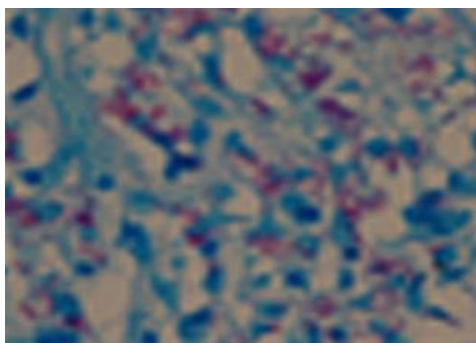


Fig. 5 - Bacilos ácido-alcohol resistentes (tinción de Ziehl-Neelsen).

Se interpreta el caso como una reacción lepromatosa aguda, posible fenómeno de Lucio. Se comienza con tratamiento sistémico de prednisona a 1 mg/kg dosis diaria durante 3 semanas, con posterior disminución progresiva de la dosis, y mejoría evidente de las lesiones.

La paciente egresa con tratamiento de poliquimioterapia para lepra multibacilar, manejo ambulatorio y seguimiento epidemiológico con controles por dermatología.

Discusión

La etiopatogenia del fenómeno de Lucio no está totalmente clara, pero se sabe que es por complejos inmunológicos y bacilos en la pared vascular. En muchos casos el diagnóstico de lepra se hace con el debut del fenómeno de Lucio. La morbimortalidad está dada por el mismo fenómeno y por complicaciones, tales como sobreinfecciones.^(1,3,7,8,9)

Se debe realizar diagnóstico diferencial con vasculitis de otras etiologías: crioglobulinemia, síndrome antifosfolipídico, meningococemia, y coagulación intravascular diseminada.

El tratamiento se basa en la instauración de la poliquimioterapia específica, o el mantenimiento de la misma, y frenar así el proceso inflamatorio. El uso de corticoides es controvertido por algunos autores.^(1,2,3,9) No obstante, para otros investigadores los corticoides (prednisona/metilprednisolona), constituyen la primera línea de tratamiento en casos severos. Se administran cuando se presentan complicaciones tales como: fenómeno de Lucio, orquitis, neuritis, edema inflamatorio en extremidades, compromiso ocular y glomerulonefritis. Estos pueden emplearse en asociación con la talidomida, con igual esquema de tratamiento que en el estado reaccional tipo 1.^(10,11,12) En nuestro caso la paciente fue tratada con prednisona, y se obtuvo una mejoría significativa de las lesiones.

La lepra es una enfermedad en la que siempre se debe pensar, de ello depende en gran medida poder realizar un diagnóstico precoz e indicar un tratamiento oportuno.

Referencias bibliográficas

1. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. Dermatología. 4 ed. USA: Elsevier; 2018. p. 1296-303.
2. Goldsmith L, Katz S, Gilchrest B, Paller A, Leffell D, Wolff K. Fitzpatrick Dermatología en Medicina General. Tomo II. 8 ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2016. p. 2253-62.
3. Arenas R. Dermatología Atlas, diagnóstico y tratamiento. 7 ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2019. p. 425-38.
4. Manzur J, Díaz Almeida JA, Cortés Hernández M. Dermatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002. p. 200-22.
5. Falabella R, Chaparro JV, Barona Cabal MI. Fundamentos de Medicina Dermatología. 8 ed. Medellín, Colombia: CIB fondo editorial; 2017. p. 201-10.
6. Sebasco Reyes A, Pérez Tellez C, Portu Silva A. Lepra: atendiendo una enfermedad desatendida. Colaboración de la Maestría en Epidemiología del IPK. Dirección Nacional

- de Epidemiología. BOLIPK. 2019 [acceso 12/11/2020];29(35):273-76. Disponible en: <https://files.sld.cu/ipk/files/2019/10/Bol-35w-19.pdf>
7. Ferrándiz Foraster C. Dermatología clínica. 4 ed. Barcelona, España: Elsevier; 2014. p. 31-4.
8. MedlinePlus. Lepra. 2020 [acceso 12/11/2020]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001347.htm>
9. James W, Berger T, Dirk E. Hansen disease. En: Andrews' Diseases of the Skin. 13th ed. New York: Elsevier; 2019. p. 336-47.
10. Pulido Pérez A, Suárez Fernández R. Tratamiento de las leproreacciones. PIEL, Form Contin en Dermatol. 2015;6:4-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.piel.2015.04.015>
11. Hoyos-Gómez C, Cardona-Castro N. Reacciones leprosas. Rev CES Med. 2016;30(2):200-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21615/cesmedicina.30.2.7>
12. Salud Pública, Ministerio de salud. LEPRA. Normas técnicas para el control y tratamiento. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2008.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses para la publicación de este trabajo.