

POLICLINICO DOCENTE  
"JULIO CASTILLO"  
CHAMBAS

**Lepra. Reporte de caso**

**Leprosy. A case report**

Tania Alemán Martínez (1), Eridan González Velázquez (2), Yunia Flores Ruiz (1).

**RESUMEN**

La lepra es una enfermedad infecto-contagiosa de evolución crónica que ataca con predilección la piel y los nervios periféricos. Sus diversas manifestaciones clínicas e histopatológicas dependen de la reacción huésped-parásito, es decir, de los procesos alérgico-inmunitarios que determinan la resistencia del enfermo a la agresión bacilar. Se presenta un caso de Lepra dimorfa o borderline con el objetivo de alertar a los especialistas sobre su existencia y la importancia de realizar un diagnóstico temprano lo que evitará las complicaciones y discapacidades de los pacientes afectados.

**Palabras clave:** LEPROSA DIMORFA/diagnóstico.

1. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Especialista de 1er Grado en Dermatología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Instructor.
2. Especialista de 1er Grado en Dermatología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Asistente.

**INTRODUCCIÓN**

La palabra griega leprus significa descamación, denominación desafortunada que ha permanecido durante milenios para designar a varios males.

El temor que durante centurias ha infundido la lepra se debe primordialmente a que desde hace siglos la Biblia identifica a varios procesos patológicos cutáneos con la Lepra, y a esta con la impureza y el castigo por los pecados, no se le consideraba un padecimiento, sino que los enfermos eran tenidos por hijos del Dios del mal en algunas culturas y como una maldición o un castigo divino en otras. En lo que sí todas las culturas y religiones coinciden desde sus antiguos textos es en las penas que causaba a sus víctimas, tanto clínica como socialmente. Este fondo socio-religioso ha producido una pesada carga de temor, que en realidad no tiene justificación en los niveles actuales de la ciencia médica (1-2).

En la actualidad se define la lepra como una enfermedad granulomatosa, infecto-contagiosa de evolución crónica, producida por el *Mycobacterium Leprae* o bacilo de Hansen, que se caracteriza por la presencia de lesiones cutáneas y de los nervios periféricos, que puede afectar otras estructuras como las mucosas y las vísceras.

Sus manifestaciones clínicas están en dependencia de la capacidad de la respuesta inmunitaria mediada por células o la aparición de reacciones inmunológicas desfavorables, ya sea por inmunidad celular o por inmunocomplejos que se observan en la mayoría de las formas clínicas de la Lepra y puede llevar al sujeto a las deformidades y a la discapacidad.

El agente patógeno es el *Mycobacterium Leprae*, descubierto por Armauer Hansen, en Bergen, Noruega, en 1873. Es una bacteria grampositiva, ácido-alcohol resistente, parecido al bacilo de la Tuberculosis. El bacilo de Hansen nombrado así en honor a su descubridor es un organismo intracelular obligado, que tiene especial afinidad por las células del sistema reticuloendotelial y por las células de Schwann. Su patogenicidad es muy baja (3).

Estudios recientes postulan que la fuente más importante de expulsión de los bacilos al medio son las vías respiratorias superiores de pacientes multibacilares. Todavía no está claro cómo se transmite la lepra. El vivir en la misma casa y el nexo íntimo con una persona enferma aumentaría el riesgo. Las

bacterias se transmitirían por el contacto con las descargas de la nariz del infectado. Los objetos contaminados también podrían tener algún peso en esa transmisión (3-5)

Con todo, la lepra es quizás de entre todas las dolencias infecciosas la menos contagiosa. Cualquier persona puede infectarse, pero no es tan fácil, el *Mycobacterium Leprae* es de baja virulencia, para enfermar de lepra es preciso estar genéticamente predispuesto para adquirirla, un factor de resistencia natural a la lepra está presente en el 95% de la población. Actualmente esta enfermedad constituye un problema de salud solo allí donde la inmunocompetencia conduce a una merma de la resistencia a este y a otros males (6).

Se han realizado múltiples clasificaciones, la de Madrid se mantiene vigente por ser práctica y adecuada para los programas de control de la enfermedad; no obstante, se acepta la clasificación propuesta por Ridley y Jopling en 1966, que divide la enfermedad en 5 grupos de acuerdo con el espectro inmunológico, y estos se correlacionan con la clasificación de Madrid. Reconoce las expresiones inmunopatológicas polares de las 2 formas clínicas de la lepra: lepromatosa (LL) y tuberculoide (LT) y un espectro intermedio de manifestaciones variables, denominado borderline lepromatoso (BL), borderline borderline (BB), borderline tuberculoide (BT). También se reconoce la forma indeterminada (I), cuya evolución va a estar decidida por el substrato inmunológico del sujeto. En general se denominan formas clínicas de la lepra, en un espectro que va del polo lepromatoso al polo tuberculoide (3). Otra clasificación práctica y muy útil es la sanitaria basada en criterios clínicos que divide la enfermedad en: lepra paucibacilar con lesión única, paucibacilar con 2 a 5 lesiones y multibacilar con más de 5 lesiones.

En el diagnóstico de la lepra se miden varios parámetros que difieren según la forma clínica de la enfermedad y son el clínico, epidemiológico, bacteriológico, histopatológico e inmunológico, éste último menos aplicado en la actualidad.

De manera general la lepra suele tener como síntomas iniciales rinitis, epistaxis, calambres en manos y pies además de la aparición de manchas hiperpigmentadas o hipopigmentadas acompañadas de trastornos de la sensibilidad en una zona de la piel, que puede ir desde la hipersensibilidad, hiposensibilidad hasta la anestesia franca, la piel se torna seca y los nervios periféricos pueden estar engrosados. En la forma lepromatosa hay infiltración de grandes áreas cutáneas; las membranas mucosas de la nariz, la boca y la garganta son invadidas por un gran número de microorganismos. Debido a la afectación de los nervios, los músculos sufren parálisis. La pérdida de la sensibilidad que acompaña a la destrucción de los nervios provoca lesiones de las que el sujeto no se percata debido a la insensibilidad que padece. Esto puede conducir a infecciones secundarias, a la sustitución de tejido sano por tejido cicatricial, y a la destrucción o reabsorción ósea, como la pérdida de las falanges de los dedos de las manos y los pies, o con desfiguraciones como en la llamada fascie leonina en la que el rostro se asemeja al de un león con gruesos nódulos cutáneos, son signos avanzados de la enfermedad, que hoy permite evitar el tratamiento precoz (3).

Resulta de gran importancia proporcionar educación sanitaria y se debe destacar la disponibilidad de múltiples medicamentos para el tratamiento, esta terapia multidroga incluye los siguientes fármacos: rifampicina, clofazimina y dapsona que se suministran totalmente gratis a los casos diagnosticados. Es importante resaltar la ausencia de transmisibilidad en pacientes sometidos a tratamiento continuo, así como la prevención de incapacidades físicas y sociales (7-9).

Se presenta un caso de lepra dimorfa (LD) o borderline, que inicialmente fue interpretado por su médico de familia como urticaria, situación que retrasó el diagnóstico, con el objetivo de alertar sobre la importancia del rápido diagnóstico, pues de esto depende en la mayor parte de los casos la cura del enfermo, la prevención de las complicaciones y discapacidad.

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente FGG, de 12 años de edad, del sexo masculino y raza negra, con antecedentes de salud y de ser contacto intradomiciliario de primer orden (de la madre) de lepra lepromatosa (LL), que fue diagnosticada en el 2002. Refiere la madre que hace varios meses comenzó con "ronchas", es decir, lesiones habonosas, infiltradas, no pruriginosas, motivo por el cual acudió a su área de salud donde fue tratado en varias oportunidades como una urticaria aguda, se le indicó dieta hipoalérgica, antihistamínicos, esteroides orales, parenterales y en cremas para su aplicación tópica, sin mejoría

clínica. Acude entonces a la consulta de Dermatología del Policlínico “Julio Castillo” de Chambas, donde se encontró al interrogatorio rinitis y calambres en las manos. Al examen dermato-neurológico un cuadro cutáneo diseminado por la cara, tronco, miembros superiores e inferiores, constituido por lesiones en placas eritematosas y eritematoinfiltradas algunas con sensibilidad conservada, pero otras con hipoestesia (ver anexos). El nervio cubital de ambos lados estaba engrosado, el resto del examen físico normal.

Se le indican estudios complementarios con los siguientes resultados:

Hemograma: Hb. 130g/l, Hto. 0,42/l, Leucocitos:  $5,2 \cdot 10^9/l$ , Eritrosedimentación: 7 mm, Glicemia: 4,5mmol/l, creatinina: 53 $\mu$ mol/l, TGP: 8,5 UI, VDRL: no reactiva, baciloscopia positiva (im codificación 1 en codo izquierdo), codificación 0 en el resto de las localizaciones, biopsia de piel compatible con una lepra dimorfa (LD), determinación del déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa: positivo.

Con los criterios clínico, epidemiológico, bacteriológico e histopatológico se pudo realizar el diagnóstico positivo de la enfermedad, se notificó el caso, se realizó el control de foco donde se encontraron 4 contactos intradomiciliarios de primer orden, 6 de segundo orden y 73 extradomiciliarios, todos fueron examinados y recibieron quimioprofilaxis con rifampicina. El caso índice recibió terapia multidroga por espacio de un año con rifampicina y clofazimina, no pudo usar dapsona por presentar déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa, durante el tratamiento desarrolló estados reaccionales tipo I (reacción de reversión) que fueron tratados con reposo, analgésicos y esteroides orales.

En la actualidad el adolescente se encuentra en fase de observación por un periodo de 5 años.

## DISCUSIÓN

La lepra es una enfermedad crónica, granulomatosa, infectocontagiosa y multifactorial, causada por el *Mycobacterium Leprae*, cuya variabilidad clínica está en dependencia de la respuesta del sistema inmunológico del hospedero a la agresión bacilar y donde la participación cutánea y de nervios periféricos es constante, no así la afectación visceral que es propia de las formas más malignas de la enfermedad (3).

Es verdad que en ocasiones se puede confundir con otras dermatosis sobre todo en etapas tempranas, muchas afecciones pueden simular distintas formas clínicas de lepra, sobre todo cuando las lesiones son máculas, lesiones eritematoescamosa, infiltraciones y nódulos, por ejemplo: pitiriasis alba, pitiriasis versicolor, tiña del cuerpo, pitiriasis rosada de Gibert, psoriasis, eritema polimorfo, granuloma anular, liquen plano anular, etc. (3), de ahí la importancia de recordar frente a estas diversas afecciones cutáneas el diagnóstico diferencial con lepra.

Este caso resultó ser un adolescente de la raza negra, de 12 años de edad que llevaba varios meses con manifestaciones cutáneas que semejaban el cuadro dermatológico de una “urticaria aguda” aunque siempre sin estar presente el prurito, síntoma esencial en esta patología. Es importante destacar que en este paciente se vuelve a poner de manifiesto la no aplicación del método clínico para el diagnóstico de determinada patología, pues específicamente en este caso con un buen interrogatorio, haciendo énfasis en los antecedentes personales y familiares (la madre padeció la variante más maligna de la enfermedad, es decir una lepra lepromatosa), y el vivir en la misma casa, el nexo íntimo con una persona enferma aumentaría el riesgo de padecer esta afección, otro aspecto importante son los síntomas subjetivos: la rinitis, obstrucción nasal, epistaxis, calambres o entumecimiento de zonas acrales, lesiones cutáneas con trastornos de la sensibilidad y engrosamiento de troncos nerviosos periféricos (sobre todo el cubital, que se encontraba engrosado en el paciente) que no fueron explorados. Con estos dos criterios (el clínico y el epidemiológico) hubiera bastado para el diagnóstico, y es esta una de las enfermedades donde la clínica tiene el mayor peso para hacer el mismo. Se le completó el estudio con la biopsia de piel (histopatológico) y el bacteriológico (baciloscopia), que como se esperaba fueron confirmativos de lepra dimorfa (LD).

Por ser la lepra una enfermedad estigmatizante, que es temida hasta por el personal de salud, se consideró importante transmitir la experiencia al personal médico de todos los niveles de atención de salud.

## ABSTRACT

Leprosy is an infectious transmitted disease of chronic evolution which attacks mostly the skin and the peripheral nerves. Its diverse clinical and histopathological manifestations depend on the reaction host-parasite, that is to say, they depend on the allerge-immunology processes which determine the resistance of the patient to the Mycobacterium Leprae aggression. It is presented a case of Leprosy, Borderline with the aim of alerting the specialists about its existence and the importance of realizing an early diagnosis which will avoid the complications and disabilities of the affected patients.

**Key words:** LEPROSY, BORDERLINE/diagnosis

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Maciel LR. For the sake of the healthy, the leprous loses his freedom: a history of the public policies for fighting leprosy in Brazil (1941-1962). Niterói; s.d.; 2007.
2. Álvarez Sintés R. Temas de medicina general integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
3. Manzur J, Díaz Almeida J, Cortés M. Dermatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
4. Frómeta VE. Intervención educativa sobre lepra para incrementar el nivel de conocimientos de pacientes y contactos [tesis]. Morón: Hospital General Provincial Docente "Capitán Roberto Rodríguez Fernández"; 2007.
5. Alemán MT. Intervención educativa para incrementar el nivel de conocimientos de pacientes y contactos de Lepra [tesis]. Morón: Hospital General Provincial Docente "Capitán Roberto Rodríguez Fernández"; 2009.
6. De Oliveira Garcia IC. Avaliação nutricional e caracterização sócio-demográfica de portadores de hanseníase – SP [tesis]. São Paulo; s.d.; 2006.
7. Rodríguez Toro G, Sarmiento M, Pinto García R. Qué se debe hacer con un paciente que se rehúsa a recibir la terapia para una enfermedad infectocontagiosa. Rev Asoc Colombiana Infectol (Medellín). 2005; 9(3):152-155.
8. Diorio, Suzana Madeira; Manini, Marli Izabel Penteado; Trino, Lazara Moreira; Sartori, Beatriz Gomes Carreira; Opromolla, Diltor Vladimir Araujo. Resistance to dapsone and rifampin in Mycobacterium leprae isolated from leprosy patients of Sao Paulo State. Hansen Int. 2005; 30(1):15-18.
9. Venero Fernández SJ. Epidemiología de la Lepra en la provincia de Villa Clara (1990-2001). Rev Cubana Hig Epidemiol. 2006; 44(3):43-50.

## ANEXOS

Placas eritemato-infiltradas en la cara, tronco y extremidades superiores





Piel seca, ictiosiforme, en extremidades inferiores.