



## VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet

Del 1 al 31 de octubre de 2005



### Lepra Multibacilar. A propósito de un caso

Dra. Silvia García Martínez\*, Dr. Rene Millares López\*

\* Clínica Central Cira García CUBA

#### Resumen

A pesar de los adelantos en la terapéutica y prevención de la lepra así como del conocimiento epidemiológico de la enfermedad se siguen realizando diagnósticos tardíos de Lepra multibacilar, ejemplo de ello es el caso que nos atañe por lo que decidimos presentar este paciente G.H. de 45 años de edad, piel de color morena con manifestaciones cutáneas tipo papulas, nodulares e infiltración de 8 años de evolución, nacionalidad Venezolano, al cual le habían diagnosticado una "Intoxicación" y fue remitido a nuestro centro para ser estudiado por Otorrinolaringología por sangramiento nasal. Se valoró en el colectivo médico de nuestro centro realizándole todas las pruebas pertinentes para corroborar el diagnóstico presuntivo de Lepra lepromatosa concluyéndose esta con una Lepra L. Multibacilar Codificación de 8.

Queremos insistir en que se necesita pensar en esta posibilidad diagnóstica ante signos tempranos de la misma como son manchas hipocrómicas y trastornos cutáneos de de la sensibilidad superficial y o profunda

#### Introducción

La Lepra es una enfermedad crónica granulomatosa causada por el *Mycobacterium leprae*. Se adquiere principalmente durante la infancia o al inicio de la edad adulta. Es poco transmisible y afecta selectivamente la piel, mucosas del tracto respiratorio superior y nervios periféricos. Este *Mycobacterium* es un bacilo de muy baja virulencia con un periodo de generación largo de hasta 20 días. El reservorio es fundamentalmente el hombre, monos mangabey, chimpance y los armadillos donde pueden desarrollar lesiones de tipo lepromatosas.

El diagnóstico de dicha afección se basa teniendo en cuenta cuatro criterios cardinales a Clínica (Tipo de lesiones cutáneas simetría; maculas, papulas, nódulos con hipocromía o eritema y alteraciones de la sensibilidad), La Baciloscopia preferente auricular según tipo de Lepra y la Histología e Inmunología del paciente (factor natural de resistencia, Factor de Rotheng,) el cual protege al 95% de la población mundial expuesta) con un valor en la prevención y evolución de la enfermedad. Aunque se están produciendo en el mundo importantes avances por la eliminación de la lepra como problema de salud sigue siendo un motivo de preocupación en países como la India y Brasil. En 1999, la comunidad sanitaria mundial decidió crear la Alianza Mundial para la Eliminación de la Lepra, con el objetivo de eliminar esta enfermedad como problema de salud pública en 2005 a más tardar. Se considera que una enfermedad ha sido eliminada cuando la tasa de prevalencia es inferior a un caso por 10 000 habitantes. Son muchos los progresos ya realizados para alcanzar este objetivo, y prácticamente todos los países donde a finales del siglo XX la lepra representaba un problema importante de salud pública están hoy en el buen camino para conseguir su eliminación. De los 122 países donde se consideró en 1985 una enfermedad endémica, 108 ya han logrado eliminarla.

La lepra sigue siendo un problema de salud pública en 24 países, pero doce de ellos alcanzarán el objetivo de erradicación en 2000.

Se trata de Camerún, Congo, Costa de Marfil, Chad, Etiopía, Gabón, Gambia, Guinea-Bissau, Mali, Papúa-Nueva Guinea, Paraguay y Sierra Leona. En los otros doce (Angola, Birmania, Brasil, Guinea, India, Indonesia, Madagascar, Mozambique, Nepal, Níger, República Centroafricana y República Democrática del Congo) deben realizarse esfuerzos especiales.

Actualmente el 90% de los enfermos se concentran principalmente en la India, Nepal, Brasil, Madagascar y Mozambique.

Es necesario evitar que los pacientes de lepra sean víctimas constantes de la estigmatización y los prejuicios, es esencial que la lepra pueda diagnosticarse y tratarse a través del sistema público de salud. Tratar de forma invariable a los pacientes de lepra a través de programas independientes y costosos ha demostrado no ser el enfoque adecuado ni para los sistemas de salud, ni para los pacientes de los que éstos se ocupan. En los últimos años el acceso a pruebas de diagnóstico de la lepra y a su tratamiento dentro de los servicios generales de salud ha mejorado. La OMS plantea que la terapia multidroga con la asociación de tres medicamentos: -Rifampicina, Dapsone y Cofazimina- es un tratamiento "eficaz, económico y fácil de administrar".

Este tratamiento se brinda gratuitamente y permite curar la Lepra en un plazo de seis a doce meses.

En los últimos quince años, diez millones de leproso se trataron y curaron pero en 1998 se detectaron 804.000 nuevos casos, sobre todo en los países en vías de desarrollo donde las condiciones higiénico-sanitarias son degradadas y con alimentación deficiente.

Otra dificultades a las que se enfrentan los investigadores es la variabilidad de la incubación de la enfermedad, que puede oscilar entre los 6 meses a los 20 años así como la imposibilidad de diagnosticar la enfermedad antes de que el paciente empiece a mostrar los primeros síntomas y de saber qué posibilidades tiene de recaer.

Un factor importante según indicó la Dra. Montserrat Pérez López, asesora científica de la junta de gobierno de Fontilles es el rechazo que se le hace a estos pacientes, "en unos 20 años hemos sido capaces de convivir con el sida, mientras en 4.000 años no hemos podido aceptar la lepra".

Por todo ello, las personas afectadas por la lepra sufren una fuerte marginación, que en muchos casos les lleva a ser abandonados por familiares y amigos, a pesar de los importantes daños físicos que pueden padecer en algunas ocasiones. Para evitar este problema, las organizaciones que luchan contra la enfermedad han intentado "renombrarla" con la denominación de enfermedad de Hansen, en recuerdo del médico noruego que en el siglo XIX identificó el microorganismo responsable de la enfermedad, si bien hasta el momento la iniciativa no ha tenido el éxito esperado. A pesar de los esfuerzos realizados por la OMS, y otras organizaciones que luchan contra la lepra no se pudo eliminar en el 2000 habiéndose fijado un nuevo plazo para el 2005, entendiéndose por este concepto la reducción del número de casos en una población por debajo de 1 entre 10.000.

La Asociación Fontilles plantea que la eliminación no será la erradicación de esta enfermedad, que seguirá presentando sus tasas más elevadas en

regiones de la India, Madagascar o Nepal. Otras organizaciones como esta han advertido ya del peligro de que a partir del 2005, fecha prevista para su eliminación global, la enfermedad vuelva a propagarse por la relajación de los controles.

En Cuba, que gracias a nuestro Gobierno Revolucionario y al perfeccionamiento del Sistema Nacional de Salud, se han podido realizar Programas nacionales de Control de la lepra que a través de los años, han logrado un control en el tratamiento gratuito de los pacientes apoyados por el médico de familia y con la asesoría y cooperación de la OMS. Se ha reducido la Tasa de prevalencia en el país por lo que se considera que en el 2005 se ha erradicado la lepra como un problema de salud cubano.

Por todo ello, es importante señalar que todos somos responsables de eternizar la palabra 'lepra' o de contribuir a su desaparición en el futuro no podemos seguir bautizando enfermedades, dolencias de cualquier tipo, con la palabra 'lepra' y mantener su estigma social como hace 3.000 años". Es necesario insistir en el diagnóstico precoz, en estadios iniciales de la enfermedad, con el conocimiento necesario de la misma y en el control de los contactos y convivientes de los enfermos para evitar así que casos como estos se continúen presentando y hagan que no sea posible la propuesta de eliminación de la lepra. Por todo ello presentamos un caso que fue diagnosticado tardíamente, de otro país, en nuestra Clínica Central Cira García en el año 2004.

## Material y Métodos

### Material y método:

Se presenta los resultados del estudio de un paciente G.H. de 45 años de edad, de piel morena de nacionalidad Venezolano, que fue remitido a nuestro país para ser tratado en el Servicio de Otorrinolaringología de nuestro centro la "Clínica Central Cira García" en mayo del 2004, con el diagnóstico de una intoxicación y sangramiento nasal.

Posteriormente es Interconsultado con el Servicio de Dermatología de la Clínica donde se ingresa para estudio (H.C. 64769).

Se indicaron los exámenes de laboratorio así como la Biopsia de las lesiones nodulares en tercio inferior del pie derecho. (04B0183)

Se realizó la Baciloscopia auricular en el Instituto Medicina Tropical (IPK) de Ciudad de la Habana, para corroborar el diagnóstico clínico. (Cod. pabellón auricular D e Izq. = 8).

Se llega a la conclusión de que se trataba de un caso de Lepra Lepromatosa multibacilar, de más de 8 años de evolución.

## Resultados

Se diagnostica un paciente portador de Lepra Lepromatosa con una evolución de la enfermedad de más de 8 años con manifestaciones cutáneas y trastornos de la sensibilidad cutánea. Se hizo el diagnóstico clínico de la enfermedad por las características de las lesiones cutáneas (Maculas, pápulas, nódulos e infiltración cutánea diseminada con una distribución de preferencia en extremidades y simétrica con trastornos de la sensibilidad de preferencia en miembros inferiores, hipoestesia así como engrosamiento de los nervios periféricos sobre todo el cubital de ambos codos. Se constató la presencia del bacilo, *Mycobacterium leprae*, al realizar la baciloscopia auricular con una Codificación 8.

En la Histología se comprueba mediante técnicas especiales (FitiFaraco), la presencia de cambios compatibles con Lepra Lepromatosa multibacilar, un infiltrado celular extenso a predominio linfocitario separado de la epidermis por una zona estrecha de cópula normal. Los apéndices cutáneos se destruyen, los macrófagos están llenos de bacilos y tienen abundantes citoplasma espumoso o vacuolado.

Se descartan los posibles Diagnóstico Diferenciales como:

Granuloma Anular, Sarcoidosis, Neurofibromatosis, Tuberculosis cutánea, Neurofibromatosis, Infección mico-bacteriana atípica, granulomatosis de Wegener y Leishmaniasis dada la generalización y simetría de las lesiones cutáneas típicas; nodulares e infiltraciones, alopecia de cejas, anestesia a nivel de las extremidades y presencia del bacilo BAAR en las coloraciones especiales con coloraciones especiales y baciloscopia auricular Cod. 8.

Una vez diagnosticado el caso de Lepra Lepromatosa multibacilar, se impuso tratamiento de inmediato con las tres drogas (Rifampicina, Clofazimina y Dapsona) como establece el Programa de la OMS y el Programa Nacional de Lepra en Cuba.



Fig 1: - Lesiones papulosas y nodulares de un paciente con Lepra Lepromatosa

---



Fig.2: - Lesiones papulosas y pequeños nódulos en paciente con lepra lepromatosa multibacilar

---



Fig.3: - Lesiones infiltradas nodulares en región posterior de la pierna de consistencia dura y superficie rosada. Herida quirúrgica ( Biopsia de lesión nodular de 3 cm. )



Fig.4: - Lesiones nodulares simetricas. e infiltración cutánea en un paciente de lepra lepromatosa.

## Discusión

Ante la presencia de lesiones papulosas, nodulos de superficie eritematosa, con infiltración cutánea diseminadas y simétricas con predominio de extremidades y tronco y transtornos de la sensibilidad con zonas de hipoestesia y anestesia en extremidades inferiores, cara externa de muslos y en otras zonas del antebrazo. Alopecia ciliar bilateral. (Ver figuras 1,2,3,4 ) se indica Biopsia de piel y Baciloscopia auricular así como exames de laboratorio: Hemograma con diferencial, ritrosedimentación, glicemia, cituria, lipidograma, heces fecales los resultados de los mismos dentro de límites normales. En cuanto a la inmunología (aplicación intradérmica de lepromina) se obtuvo una respuesta negativa, parámetro que se tiene en cuenta para el pronóstico de la afección. Baciloscopia auricular derecha e izquierda con Cod. 8.

La Histología fue concluyente, en coloración de Hematoxilina y eosina , así como en coloraciones especiales (Tec. de Fiti Faraco) se observa un infiltrado denso superficial y profundo de células linfohistiocitarias con macrófagos cargados de bacilos en su citoplasma y presencia de cel. gigantes. Ver Figuras desde 5 a la 12

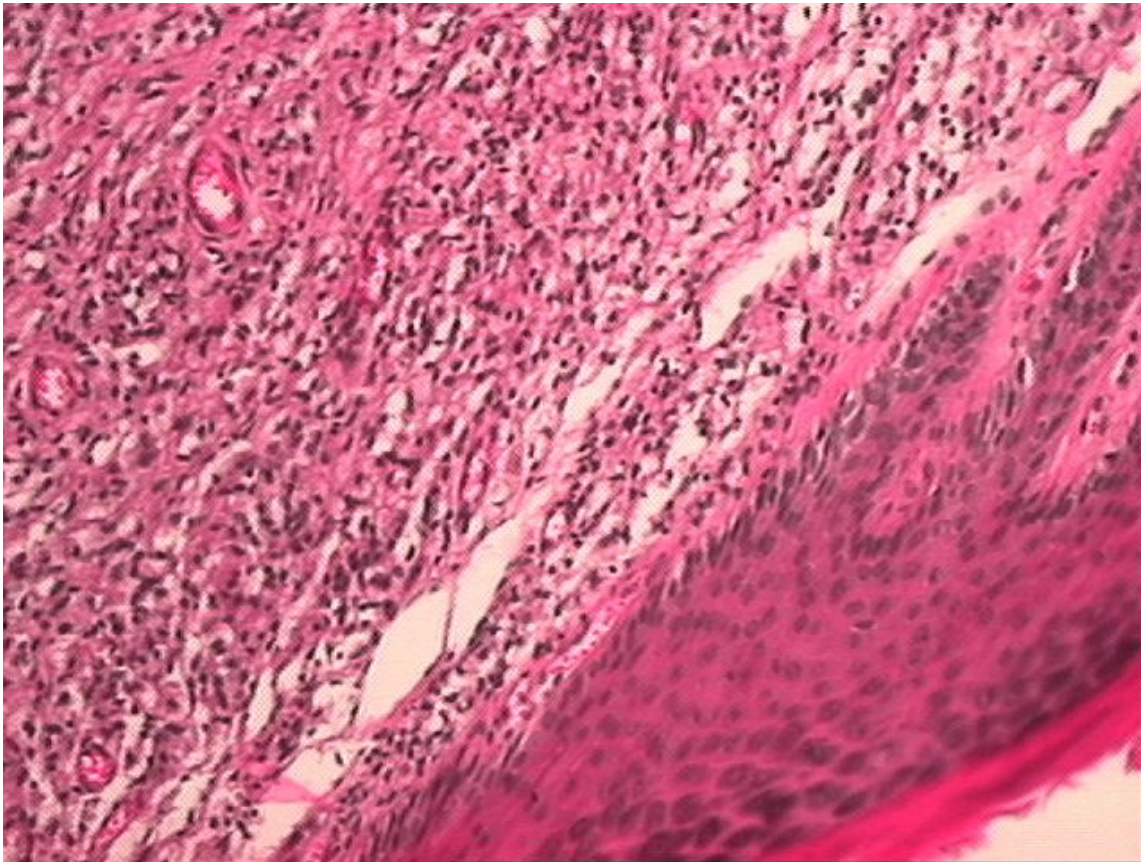


Fig. 5: - Dermis superficial. Coloracion H/E de 10x Observa áreas atroficas e infiltrado linfo-histiocitario masivo en Dermis superficial y media

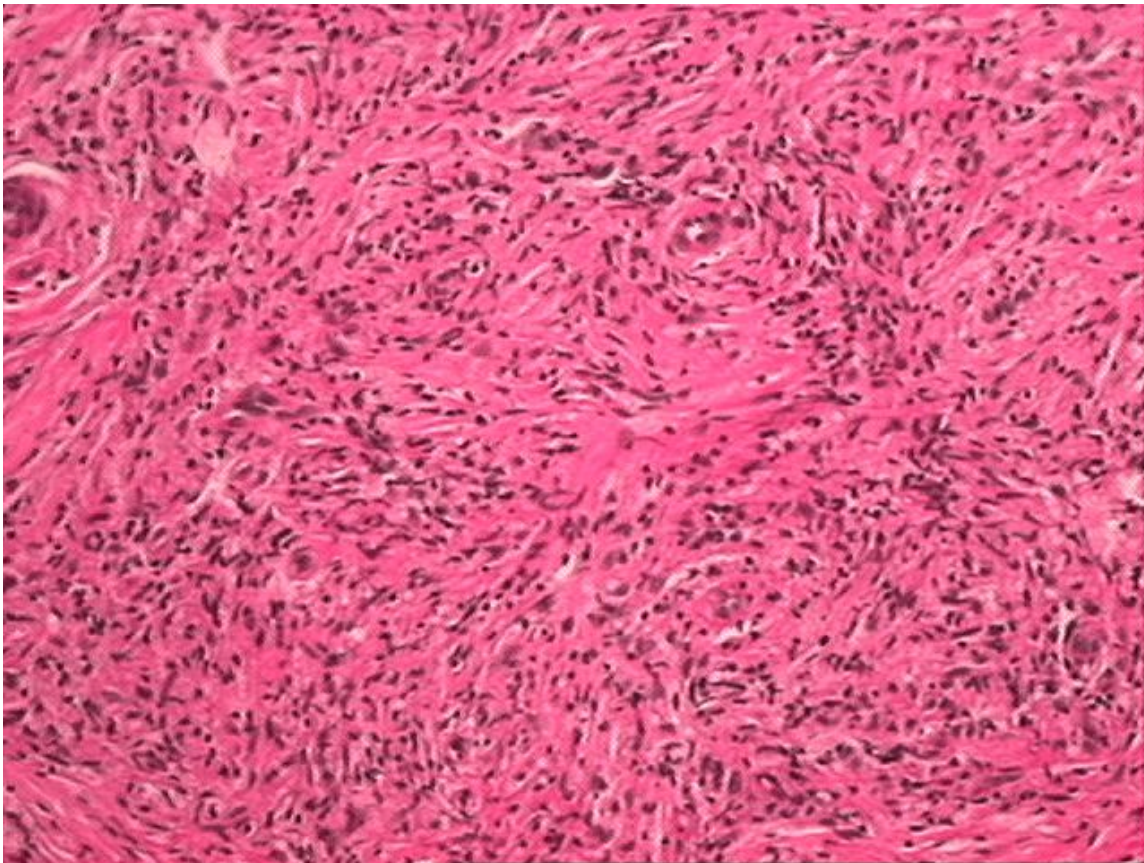


Fig 6: - Dermis profundo (Resolucion 10x) Coloracion de H/E donde se obserba en el Dermis profundo infiltrado perineural linfo-histiocitario

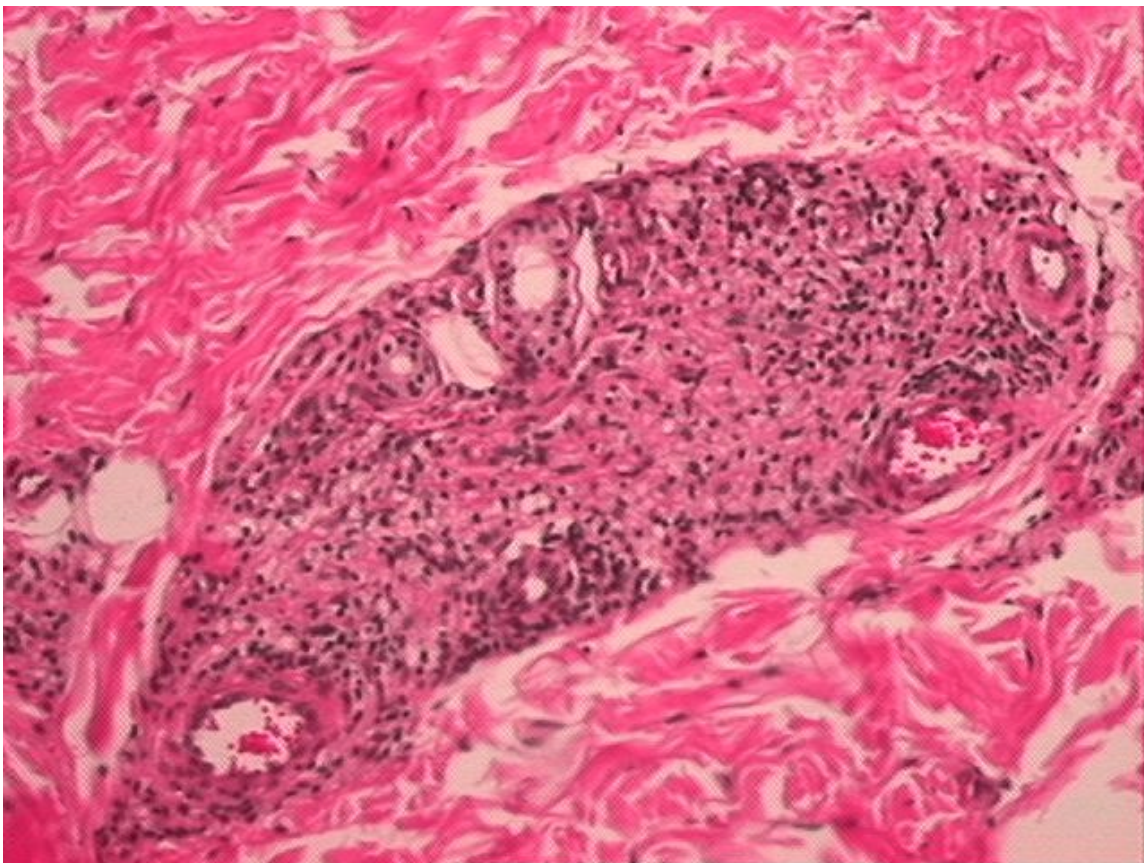


Fig. 7 - Infiltrado Perianexial masivo (Col H/E 10x)

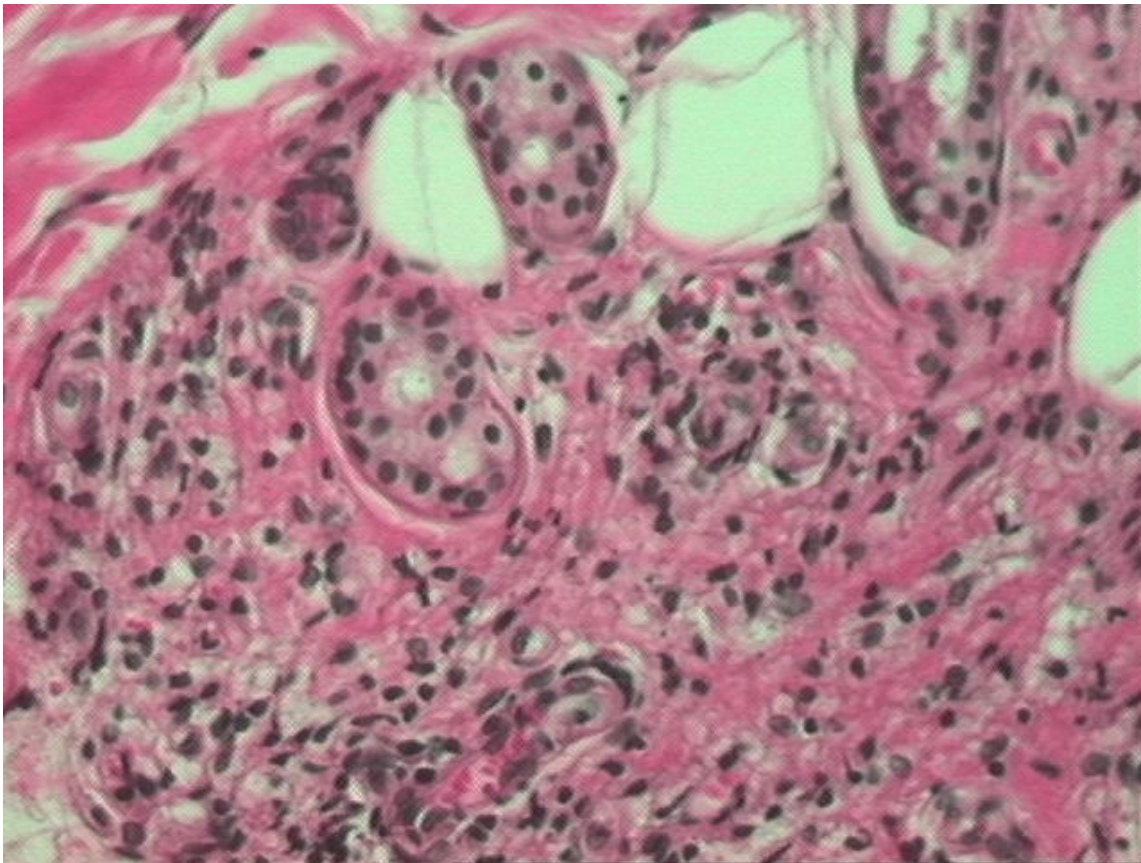


Fig.8: - Infiltrado perianexial aumento (40x)

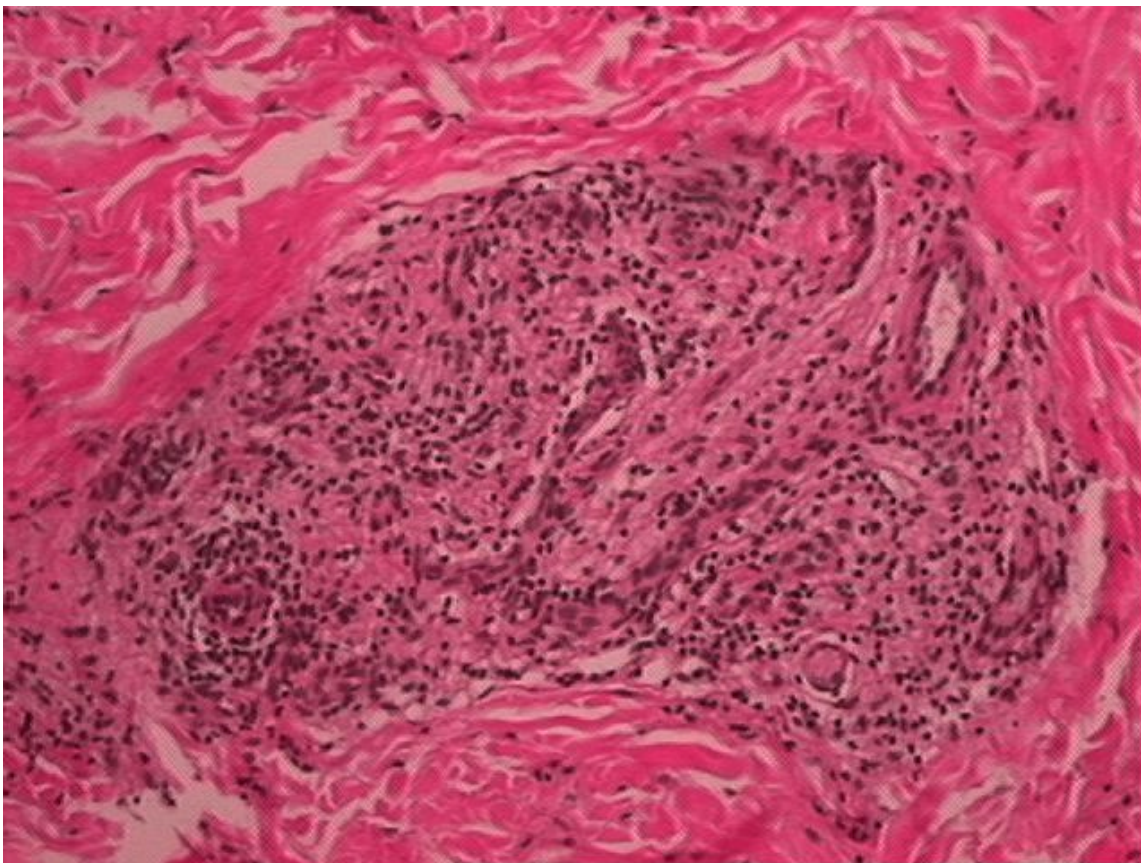


Fig9: - Infiltrado Perivascular ( R.10x) Observa un infiltrado perivascular del dermis superficial linfohistiocitario.Presencia de Celulas Gigantes. Coloración de hematoxilina y Eosina.

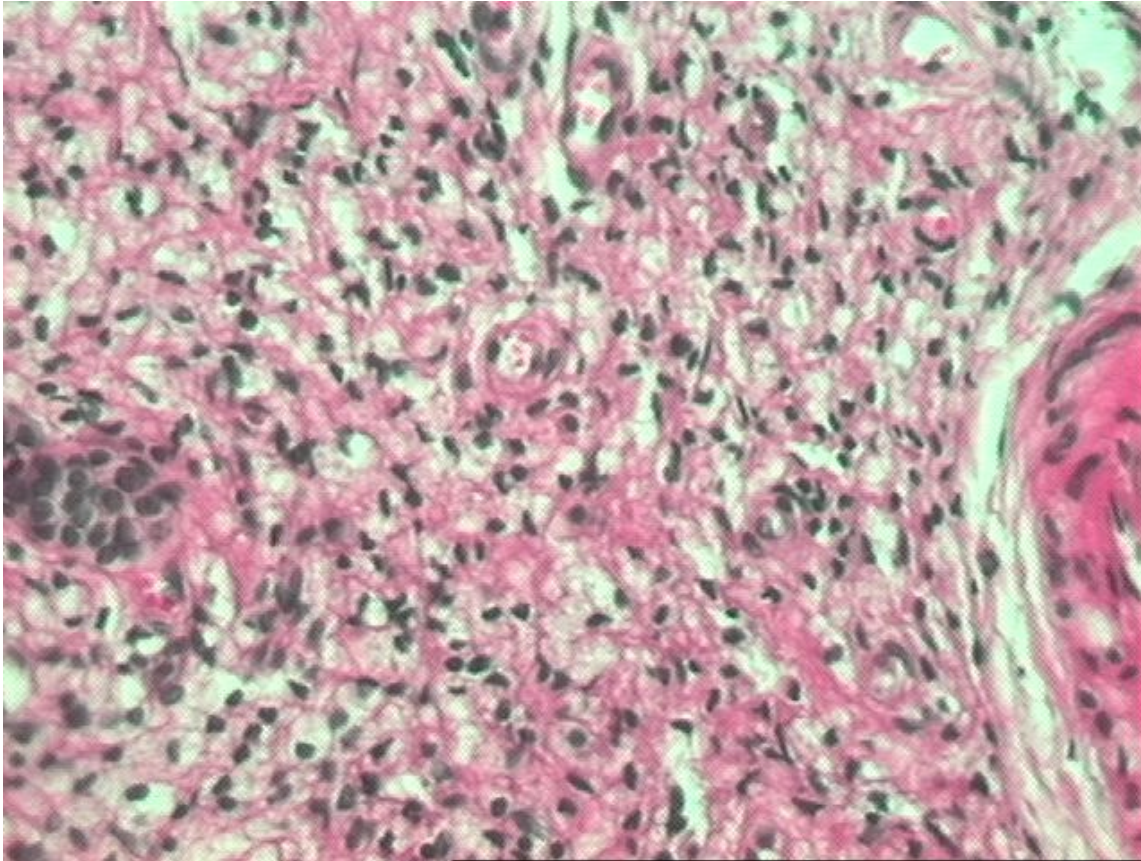


Fig. 10: - Infiltrado Perivascular (40x) Infiltrado masivo perivascular y perianaxial del Dermis profundo. Coloración de hematoxilina Eosina

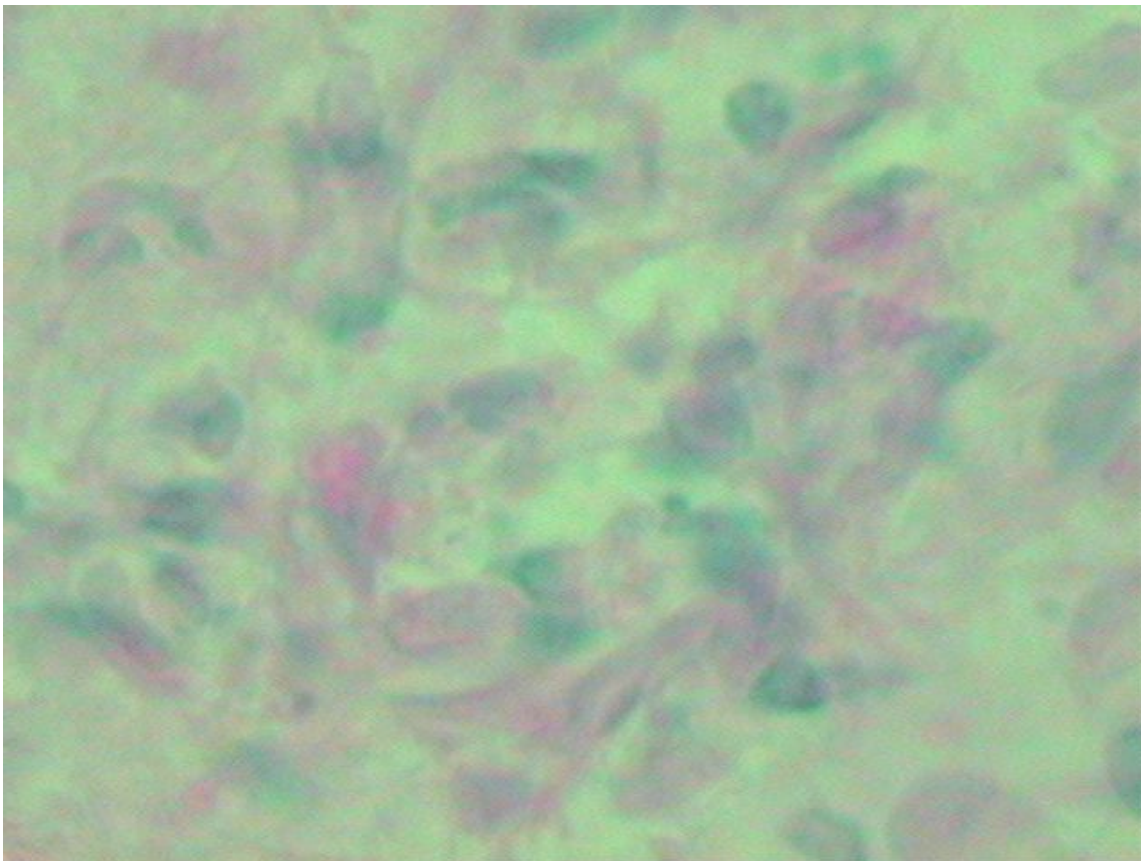


Fig. 11: - Coloracion de Fiti Faraco para BAAR. Se observan grupo de bacilos acido alcohol-resistentes en el interior de los macrófagos histiocitarios.



En lente de Inmersión 100x

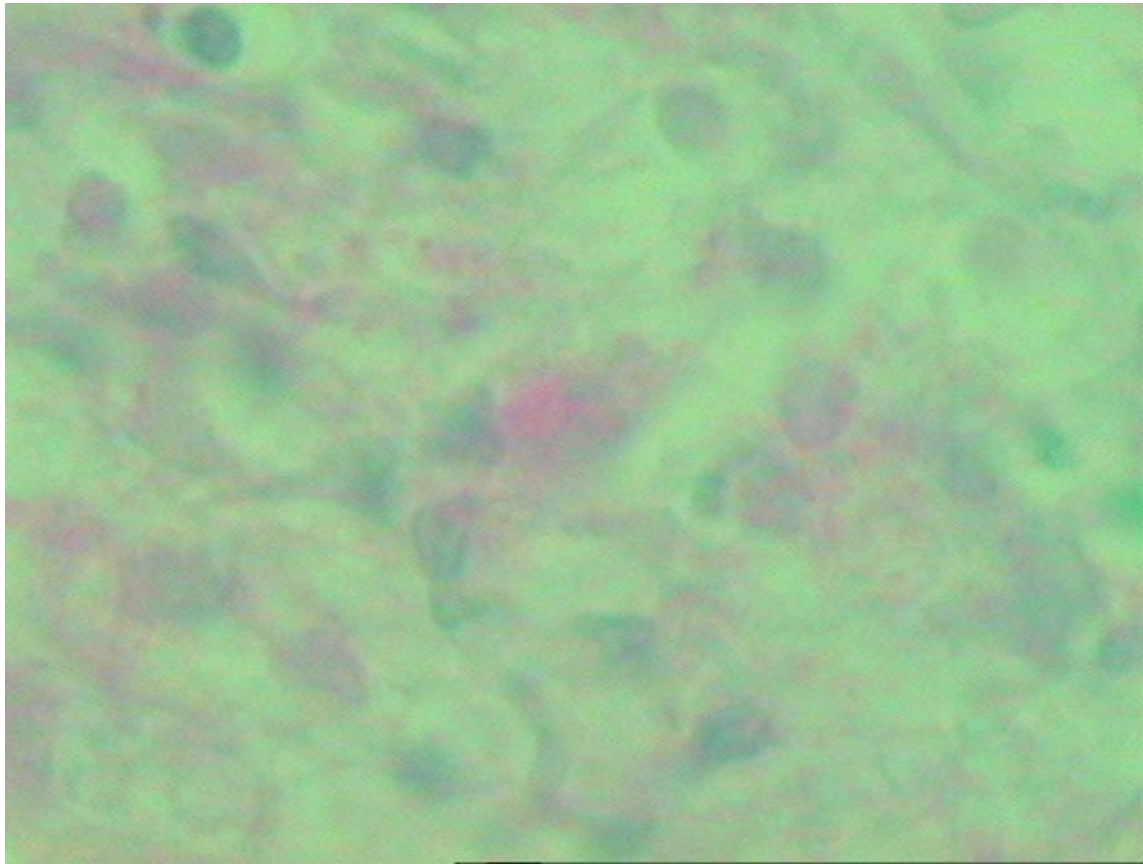


Fig 12: - Coloración Fiti Faraco para BAAR. Presencia de macrófago central con colonia de bacilos acido-alcohol resistente en el citoplasma

## Conclusiones

### CONCLUSIONES.

*A pesar de los adelantos en la terapéutica y prevención de la lepra así como del conocimiento epidemiológico de la enfermedad se siguen realizando diagnóstico tardíos de lepra multibacilar, ejemplo de ello es este caso que lleva mas de 9 años con la enfermedad.*

*La correlación Clínico-patológica permite en este caso con certeza integrar el diagnóstico de lepra Lepromatosa nodular. Insistimos que es necesario pensar en esta posibilidad diagnóstica " La Lepra o Enfermedad de Hansen" ante signos tempranos de la misma como son manchas hipocrómicas y trastornos de la sensibilidad superficial y profunda.*

## Agradecimientos

Queremos agradecer la colaboración de las Microbiologas del instituto de medicina Tropical Pedro Kuri que hicieron posible la realización de la baciloscopia del paciente y a las Tecnicas de Anatomía Patológica de nuestra Clínica que con tanta dedicación realizan la técnica de la biopsia.

## Bibliografía

- 1- Fitzpatrick B.Thomas:Atlas de dermatología 34a Edí.La lepra. Ed.McGram. 8 -2000.
- 2- Phillip H.,Mc.Kee Essential Skin Pathology.Histopatología de la lepra. Ed. Mosby. UK 1999.
- 3-Fitzpatrick B.T.and Sober J. A.: Year Book Dermatol.1995. Ed.Mosby London 1995.

- 4- MINSAP. Grupo de Investigadores Programa de Control de la lepra. Ed. Revoluc. C. de la Habana 1989.
- 5- Ebenco BE; Seizures following chloroquina treatment of Type II Lepra reaction: a case report. *Lepr. Rev.* 1998 Jun 69(2) : 178-81.
- 6- Ladhani S.: Leprosy in Pakistan: Lepra elective study. 69(2): 164-7 .
- 7- Vijayakumaran P. et al: Incidence of late lepra reaction among multibacillary leprosy patients after MDT. *Int.J. Lepr. Other Mycobact* 1995 Mar: 63(1): 18-22.
- 8- Jane on Line : Barcelona 13 de Abril del 2000.
- 9 Jane on line DOYMA *The New England Journal of medicine* 26-01-2001 09:26.
- 10- Grupo Prof. Dermatologos de Univ. de Ciencias médicas. Libro de la cátedra de Dermatología La lepra. Ed. Rev. 1999.

---

Web mantenido y actualizado por el [Servicio de informática](#) uclm. Modificado: 01/10/2005 3:04:47