

Doctor, ¿qué es esta manchita?

Mariana Franco, Paula A. Enz, Alicia Kowalczyk y Ricardo Galimberti

PRESENTACIÓN

Se presenta una paciente de 59 años que concurre a un control dermatológico ambulatorio durante el corriente año. ANTECEDENTES SOCIALES:

Es oriunda de Salta, donde vivió hasta el primer año de vida, y sus familiares son oriundos de Formosa y Chaco. Ha viajado frecuentemente a Uruguay. Es profesora de educación especial.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Es portadora de un síndrome del túnel carpiano, diagnosticado en el 2001.

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:

En el año 2004 comenzó con parestesias a nivel del pie izquierdo y una lesión cutánea asintomática en la cara externa de la pierna ipsilateral, sobre la cual aplicó antimicrobianos en crema sin respuesta.

Al examen físico se observó una paciente con buen estado general, con una placa de 2x2 cm de diámetro, redondeada, de límite definido, eritemato-pardusca, conformada por elementos papuloides, con disposición anular y centro maculoso color piel normal (Figuras 1 y 2). Se constató anestesia termo-algésica a nivel de la lesión e hipoestesia en bota por debajo de la misma. No presentaba engrosamiento ni dolor a la palpación de los nervios tibiales posteriores, ciáticos poplíteos externos, cubitales, radiales y medianos.

Se solicitó un laboratorio de rutina y un electromiograma de los nervios tibiales posteriores y ciáticos poplíteos externos, los cuales no presentaron alteraciones. Se efectuaron dos biopsias del borde de la lesión con sacabocado de 4mm de diámetro para estudio histopatológico, solicitando tinciones de PAS y Ziehl-Neelsen (ZN). Además, se efectuó una impronta de una de las biopsias para estudio bacilosκόpico.

El estudio histopatológico informó epidermis con ortoqueratosis. Dermis con infiltrado inflamatorio moderado de disposición perivascular, perianexial y perineural, que comprometía el 20% de la superficie de corte de la biopsia, constituido por histiocitos epitelioides que conformaban granulomas, con corona linfocitaria, vacuolados (Figura 3). No se identificaron bacilos con técnica de ZN. El PAS fue negativo, al igual que el estudio bacilosκόpico.

DIAGNÓSTICO

Se arribó al diagnóstico de **lepra tuberculoide** en base a la clínica (lesión cutánea anestésica), histología (patrón inflamatorio granulomatoso perivascular, perianexial y perineural) y bacilosκόpía (negativa).

La lepra o enfermedad de Hansen, se clasifica desde el punto de vista clínico en **indeterminada, tuberculoide, dimorfa o borderline** y **lepromatosa**. Esta clasificación se correlaciona con la respuesta inmune del huésped. Por lo tanto, encontramos en el polo de mayor respuesta inmunológica al grupo tuberculoide, y en el de menor respuesta al polo lepromatoso. El grupo dimorfo o **borderline** se define como inmunológicamente inestable, y la lepra indeterminada, como la forma de inicio de la enfermedad. Para arribar al diagnóstico de lepra, el primer paso es pensar en lepra, sobre todo cuando nos encontramos frente a una lesión cutánea con trastornos de la sensibilidad.

La primera consulta del enfermo de lepra no siempre se realiza con el dermatólogo. Dado que la misma puede afectar al sistema nervioso periférico (SNP), órganos internos variados y al estado general, no es raro que el paciente consulte a otras especialidades. Por ello, tanto el médico internista como el especialista deben "pensar en lepra" para poder diagnosticarla. El trípode del diagnóstico se basa en la clínica, la bacilosκόpía y la histopatología.

El caso presentado de lepra tuberculoide es una forma clínica de alta resistencia, que afecta sólo la piel y el SNP. Las lesiones cutáneas son escasas en número, 2 a 5 placas de color definido, eritematosas o eritemato-hipocrómicas, con límite neto. En nuestro caso, la paciente presentaba una única lesión, por lo que inicialmente se pensó en una forma indeterminada virando hacia una forma tuberculoide, la cual quedó descartada con la histopatología.

Las lesiones pueden estar distribuidas en cualquier parte del tegumento, a veces siguiendo el territorio del nervio comprometido, como se observó en este caso.

El compromiso del SNP, con tendencia a la unilateralidad, se traduce por engrosamiento de algún tronco nervioso periférico con alteración de la sensibilidad termoalgésica en la zona cutánea correspondiente al territorio del nervio afectado. Los nervios más frecuentemente comprometidos en orden de frecuencia son el cubital, el mediano, el radial, el

ciático poplíteo externo, el tibial posterior, los colaterales de los dedos, la facial, las ramas auricular y transversa del plexo cervical superficial, el supraorbitario y el supraclavicular. No existe compromiso de las mucosas ni de los órganos internos, como ocurre en la lepra lepromatosa.

La baciloscopía es negativa. La histopatología muestra un granuloma tuberculoide que rodea vasos, anexos y filetes nerviosos, siendo la coloración de ZN negativa.

En la Argentina, actualmente la lepra representa un problema de endemia moderada, que abarca la región del noreste (Formosa, Chaco, Misiones, Corrientes y Entre Ríos), centro del país (Córdoba, Santiago del Estero, Tucumán y Santa Fe) y Buenos Aires (en su mayoría el conurbano bonaerense y la Capital Federal). En general, la mayoría de los casos nuevos detectados son multibacilares, adultos y con bajo grado o sin discapacidad física. Los mismos, son parámetros favorables en lo referido al control de la endemia.

Figura 1. Lesión única en pierna izquierda.



Figura 2. Pierna izquierda, aproximación.



TRATAMIENTO

El abordaje es multidisciplinario. Abarca el tratamiento farmacológico, la rehabilitación en los casos con discapacidad y la pesquisa de contactos.

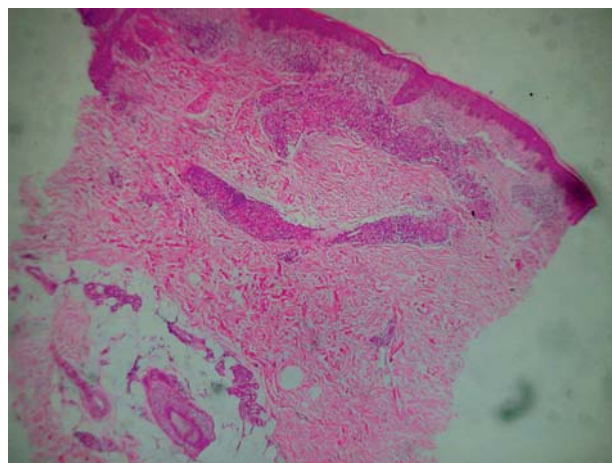
Desde principios de la década del '80, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto el esquema multidroga en todos los países donde la lepra es endémica. En la Argentina lo distribuye la Dirección Nacional de Lepra en forma gratuita.

Para instaurar el tratamiento, se clasifican a los pacientes en dos categorías operativas: paucibacilares y multibacilares. Se consideran multibacilares a los pacientes con lepra lepromatosa, los dimorfos y los indeterminados con baciloscopía de inicio positiva. En éstos, el esquema consiste en una toma mensual supervisada de rifampicina, 600 mg; clofazimina, 300 mg; dapsona, 100 mg; y una toma diaria autoadministrada de clofazimina, 50 mg y dapsona, 100 mg (duración: 12 dosis en 18 meses).

Los pacientes paucibacilares son aquellos con lepra tuberculoide e indeterminada con baciloscopía de inicio negativa, como el caso presentado. En ellos, se indica un esquema que consiste en la toma mensual supervisada de rifampicina, 600 mg; dapsona, 100 mg; y una toma diaria autoadministrada de dapsona, 100 mg (duración: 6 dosis en 9 meses).

En el caso de nuestra paciente, se efectuó un esquema de tratamiento alternativo de la OMS, consistente en pulsos mensuales de ROM (rifampicina, 600 mg; ofloxacina, 400 mg; minociclina, 100 mg). Tiene las ventajas de ser un esquema supervisado y de minimizar los efectos adversos de los esquemas clásicos de tratamiento. Sobre todo, de evitar la anemia hemolítica por dapsona y la pigmentación secundaria por clofazimina en los pacientes multibacilares, que resulta muy estigmatizante. En el caso de los

Figura 3. Vista panorámica de estudio histopatológico con hematoxilina, 10X.



paucibacilares, se realiza una toma mensual durante 6 meses y en los multibacilares durante 24 meses.

La paciente presentada realizó 3 pulsos de ROM hasta la fecha, con buena evolución.

CONCLUSIÓN

Se destaca la importancia de realizar el examen físico dermatológico completo, evaluando la sensibilidad de las

lesiones cutáneas cuando son sospechosas, sobre todo en áreas endémicas de lepra.

Recordar que ante la presencia de una lesión cutánea con trastornos de la sensibilidad debemos pensar en la lepra como un diagnóstico diferencial, para instaurar el tratamiento oportuno, disminuir el riesgo de discapacidad neurológica y cortar la cadena de transmisión de esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Balaña L.M. y Valdez R. P.: "La Lepra en la última década del siglo XX". Act. Terap. Dermatol., 1996; Supl.
- Olivares L. M. Terapéutica de la lepra, pasado,

presente y futuro. Act. Terap. Dermatol. 23, 394-401. 2000.
- Olivares L. M. Curso de Capacitación en Lepra. Sociedad Argentina de Leprología 2004.

- Pizzariello G. Curso Nacional de Lepra. Sociedad Argentina de Leprología 2005
- Overview of leprosy. 2003 Up To Date.