

Hombre joven con múltiples lesiones eritematosas anulares: lepra

Simón Gallo-Echeverri¹; Juan Pablo Ospina-Gómez²; Karen Melisa Buitrago³

RESUMEN

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica causada por el complejo *Mycobacterium leprae*. Se transmite por el contacto estrecho y prolongado entre un individuo susceptible y las secreciones nasales u orales de un sujeto infectado. La infección puede afectar múltiples órganos, aunque la afectación cutánea y del sistema nervioso periférico es la más frecuente y presenta un amplio espectro de manifestaciones clínicas. Pese a que su prevalencia ha disminuido en las últimas décadas con el advenimiento de la terapia multimedicamentosa, la carga de la enfermedad sigue siendo considerable en los países tropicales y en proceso de desarrollo, donde se siguen reportando un número importante de casos cada año. Dado que la detección en la mayoría de los casos depende del dermatólogo, es fundamental conocer la enfermedad a profundidad y tener un bajo umbral diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: Enfermedades desatendidas; Infecciones por *Mycobacterium*; Lepra; *Mycobacterium leprae*.

1. Residente de Dermatología, sección de Dermatología, Centro de Investigaciones Dermatológicas (CIDERM), Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2473-2516>
2. Dermatopatólogo, sección de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5742-9372>
3. Médica dermatóloga, Medicáncer. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8073-9029>

Correspondencia: Simón Gallo Echeverri; **email:** simongalloe@gmail.com

Recibido: 21/04/2021; **aceptado:** xx/xx/xx

Cómo citar: Gallo, S; Ospina, JP; Buitrago, KM. Hombre joven con múltiples lesiones eritematosas anulares: lepra. Rev Asoc Colomb Dermatol. Vol 29(3): julio - septiembre, 2021, 233-237. DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1600>

Financiación: ninguna, **conflictos de interés:** ninguno

YOUNG MAN WITH MULTIPLE ANNULAR ERYTHEMATOUS LESIONS: LEPROSY

SUMMARY

Leprosy is a chronic infectious disease caused by the *Mycobacterium leprae* complex. It is transmitted by close and prolonged contact between a susceptible individual and the nasal or oral secretions of an infected subject. The infection can affect multiple organs, being the skin and peripheral nervous system involvement the most frequent and presents a wide spectrum of clinical manifestations. Although its prevalence has decreased in recent decades with the advent of multidrug therapy, the disease burden remains considerable in tropical and developing countries, where a significant number of cases continue to be reported each year. Since detection in most cases depends on the dermatologist, it is essential to know the disease in depth and have a low diagnostic threshold.

KEY WORDS: Leprosy; Mycobacterium infections; Mycobacterium leprae; Neglected diseases.

GENERALIDADES

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica causada por el complejo *Mycobacterium leprae*, compuesto por *M. leprae*, que fue identificado en 1873 por el médico noruego Gerard Armauer Hansen como la primera bacteria que genera enfermedad en humanos, y por *Mycobacterium lepromatosis*, identificado más recientemente y que está asociado con formas difusas de la enfermedad. Esta afección tiene su lugar en la historia de la humanidad con descripciones de posibles casos reportados desde hace más de 3000 años y ha sido considerada a lo largo del tiempo como un problema de salud pública, lo que llevó, como medida preventiva, al aislamiento de las personas infectadas en colonias, hecho que explica la estigmatización que ha existido en la población general respecto a este padecimiento y que persiste hasta la actualidad ⁽¹⁾.

EPIDEMIOLOGÍA

Se cree que la lepra se originó en África del este o en India. Lo que sí es claro es que la enfermedad se extendió a nivel mundial y ha afectado a casi todas las regiones de la tierra, con lo que se convirtió en una de las principales causas de deformidad y discapacidad física por una enfermedad transmisible ⁽¹⁾. Su prevalencia ha disminuido drásticamente desde el advenimiento de la terapia multimedicamentosa a principios de la década de 1980, con lo que se ha logrado disminuir la prevalencia de esta enfermedad hasta un 0,2 por cada 10.000 habitantes en 2018 ⁽²⁾. Sin embargo, la carga de la en-

fermedad sigue siendo mayor en los países tropicales y en proceso de desarrollo, donde se sigue reportando un número considerable de casos cada año ⁽³⁾. En Colombia se reportaron 388 casos en el 2019, lo que corresponde a una prevalencia de 0,06 por cada 10.000 habitantes, datos que se han mantenido estables en los últimos 10 años ⁽⁴⁾.

ETIOLOGÍA

M. leprae es un bacilo pequeño, levemente curvado, resistente al ácido e intracelular, con apetencia por los macrófagos y las células de Schwann. Su crecimiento óptimo se da en temperaturas entre los 27 y los 30°C, lo que explica la localización más frecuente de sus manifestaciones clínicas en la piel (nariz y oídos), nervios periféricos y testículos. Además de afectar a los humanos, esta micobacteria se ha descrito en armadillos y en algunos primates. La transmisión se da por el contacto estrecho y prolongado entre un individuo susceptible y las secreciones nasales u orales de un sujeto infectado. La vía de entrada suele ser la mucosa nasal, aunque también se han reportado otras rutas, como la parenteral y la vertical ⁽⁵⁾.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La infección puede afectar múltiples órganos, aunque la afectación cutánea y del sistema nervioso periférico es la más frecuente. Para la búsqueda activa, cualquier lesión tegumentaria que presente alteraciones de

la sensibilidad debe considerarse sospechosa de lepra⁽⁶⁾.

La lepra presenta un amplio espectro de manifestaciones clínicas que dependerán del momento de la evolución de la enfermedad y del estado o predisposición inmunitaria del individuo infectado. Las lesiones iniciales suelen ser maculares, hipopigmentadas y escasas, con alteración puntual de la sensibilidad; esto se da previo al desarrollo de la inmunidad específica contra la micobacteria y se ha denominado *lepra indeterminada*. Posteriormente, la respuesta inmunitaria determina las características clínicas y, en términos generales, una mejor inmunidad celular lleva a una mayor inflamación y control de la infección; por lo tanto, las lesiones cutáneas son limitadas, hay mayor alteración nerviosa y poca o nula carga bacilar en los estudios microbiológicos; este polo del espectro se conoce como *tuberculoide*. Por otro lado, cuando predomina la respuesta inmunitaria humoral, que es anér-

gica frente a esta infección, se traduce clínicamente en múltiples lesiones, compromiso extenso y simétrico, menor afectación sensitiva y una alta carga bacilar en las lesiones, polo que ha sido denominado *lepromatoso*⁽⁶⁾, como en el caso presentado, en el que existe afectación extensa del tronco, con tendencia a la simetría, poca sintomatología sensitiva y una alta carga bacilar en las lesiones (véase más adelante).

Las lesiones cutáneas son polimórficas y pueden presentarse como máculas, placas o nódulos, que pueden ser hipopigmentados, eritematosos o parduzcos. La configuración es variable y va desde máculas amorfas poco definidas hasta lesiones anulares bien delimitadas (**tabla 1**)⁽⁷⁾. Algunos hallazgos característicos descritos en la enfermedad avanzada son facies leonina, madarosis, nariz en silla de montar, infiltración de los lóbulos auriculares, ginecomastia, contracturas acrales y úlceras neuropáticas plantares⁽⁶⁾.

Tabla 1. Hallazgos en las diferentes formas de lepra, según la clasificación de Ridley-Jopling.

Hallazgos	Lepromatosa	Dimorfa lepromatosa	Dimorfa	Dimorfa tuberculoide	Tuberculoide
Cantidad de lesiones	Muchas	Muchas	Varias	Una o pocas	Una usualmente
Distribución	Simétrica	Tendencia a la simetría	Asimétrica	Asimétrica	Localizada
Bordes	Difusos	Mal definidos	Poco definidos	Bien definidos	Bien definidos
Superficie de las lesiones	Brillante	Brillante	Levemente brillante	Seca	Seca, descamativa
Sensibilidad	No afectada	Disminuida	Disminuida	Ausente	Ausente
Bacilos en lesiones cutáneas	Muchos (globias)	Muchos	Moderados	Pocos o ninguno	Ninguno
Prueba de lepromina	Negativa	Negativa	Negativa	Débilmente positiva	Fuertemente positiva

Adaptada de: Ramesh A et al. Int J Res Dermatol. 2019;5(4):870-4⁽⁷⁾.

DIAGNÓSTICO

La sospecha clínica puede confirmarse por medio de la baciloscopia de linfa, el estudio histopatológico o la biología molecular (PCR). La baciloscopia es un estudio de fácil acceso y permite clasificar el caso como multi o paucibacilar. Para esta se toman dos muestras de linfa, una del lóbulo auricular y otra de una lesión activa. Según el número de bacilos observados por campo, se reportará un número de cruces por cada zona evaluada; finalmente, se reportará el índice bacilar (IB), que resulta de sumar el número de cruces totales y dividirlo entre el número de muestras leídas; si el resultado es mayor de cero, se considera multibacilar. En este caso, el resultado del IB fue 1,6.

Los hallazgos patológicos dependen de las manifestaciones clínicas. Por tanto, en la forma tuberculoide se espera encontrar granulomas epitelioides sin necrosis de caseificación, dispuestos alrededor de los nervios y las estructuras anexiales, con pocos o nulos microorganismos detectables con la tinción de Fite-Faraco (Ziehl-Neelsen modificada). Por el contrario en la forma lepromatosa se espera encontrar infiltrados histiocíticos dérmicos densos, algunos de ellos grandes, vacuolados y con citoplasma espumoso (células de Virchow) y múltiples conglomerados de bacilos acidorresistentes llamados *globias*, separados de la epidermis por la zona de Grenz⁽⁸⁾. En el presente caso se observaron bacilos resistentes al ácido-alcohol en los filetes

nerviosos, formando pequeños grupos con la tinción de Ziehl-Neelsen modificada (**figura 3**).

Diagnósticos diferenciales

Los diagnósticos diferenciales dependen de la forma de presentación. En el caso expuesto, donde la configuración de las lesiones es anular, debe considerarse la sífilis secundaria, el eritema anular centrífugo, la sarcoidosis, el granuloma anular y el linfoma cutáneo de células T^(6,9).

TRATAMIENTO

Este depende de si la enfermedad es pauci o multibacilar. en la **tabla 2** se expone cómo debe ser el tratamiento para los adultos según la clasificación clínica simplificada propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽¹⁰⁾.

CONCLUSIÓN

En conclusión, se presentó un caso de lepra dimorfa lepromatosa que acudió a consulta externa dermatológica en Antioquia, Colombia, recientemente. En este caso, el diagnóstico diferencial fue amplio y el estudio patológico, especialmente la histoquímica, fueron claves para el diagnóstico. Lo que se busca con este caso es recordar a los lectores la circulación de la lepra

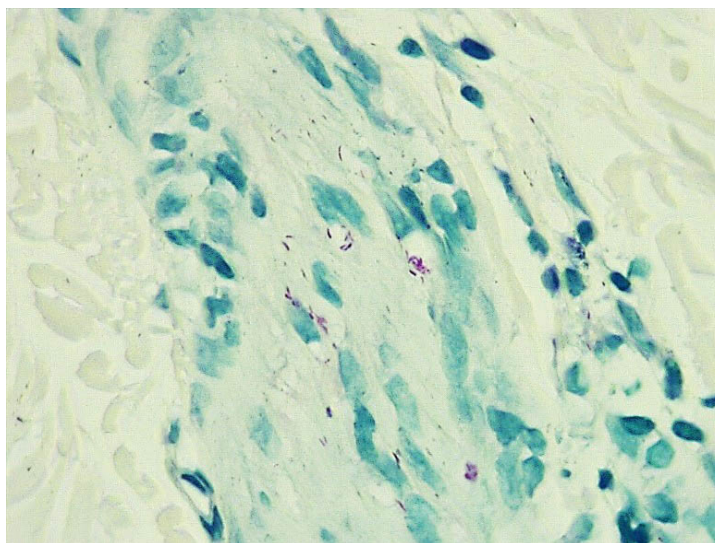


Figura 3. Ziehl-Neelsen modificada 100X. Bacilos resistentes al ácido-alcohol en los filetes nerviosos, formando pequeños grupos.

Tabla 2. Tratamiento de la lepra en adultos según su clasificación clínica ⁽¹⁰⁾.

Número de lesiones cutáneas	Cinco o menos	Más de cinco
Tipo	Paucibacilar	Multibacilar
Tratamiento		
Mensual	Rifampicina en 600 mg	Rifampicina en 600 mg Clofazimina en 300 mg
Diario	Dapsona en 100 mg	Dapsona en 100 mg Clofazimina en 50 mg
Duración	6 meses	12 meses

Puntos clave

- La lepra es una enfermedad infecciosa crónica que tiene un amplio espectro de manifestaciones clínicas y puede afectar múltiples órganos, con potenciales secuelas graves.
- En los países tropicales y en proceso de desarrollo, como Colombia, se sigue reportando un número importante de casos cada año.
- La piel y el sistema nervioso periférico son los órganos más frecuentemente afectados, por lo que la detección de la enfermedad depende en muchos casos del dermatólogo.

en nuestro medio. Sus manifestaciones clínicas son variables, por lo que el dermatólogo clínico siempre debe tenerla en mente, especialmente frente a lesiones cutáneas asociadas a alteraciones sensitivas, aunque no haya un nexo epidemiológico aparente. Del tratamiento oportuno dependerá el control epidemiológico y que se eviten las secuelas graves para el paciente.

REFERENCIAS

1. Bennett BH, Parker DL, Robson M. Leprosy: Steps along the journey of eradication. *Public Health Rep.* 2008;123(2):198-205. <https://doi.org/10.1177/003335490812300212>
2. Leprosy (Hansen's disease) [internet]. World Health Organization. [actualizada el 10 de mayo de 2021; citada el 29 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leprosy>
3. Sarode G, Sarode S, Anand R, Patil S, Jafer M, Baeshen H, et al. Epidemiological aspects of leprosy. *Dis Mon.* 2020;66(7):100899. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2019.100899>
4. Lepra. Colombia 2019. Informe de evento. [Internet]. Instituto Nacional de Salud de Colombia; 2019. [Citada el 29 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/31EsicR>
5. Lastória JC, de Abreu MAMM. Leprosy: Review of the epidemiological, clinical, and etiopathogenic aspects - Part 1. *An Bras Dermatol.* 2014;89(2):205-18. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20142450>
6. Talhari C, Talhari S, Penna GO. Clinical aspects of leprosy. *Clin Dermatol.* 2015;33(1):26-37. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2014.07.002>
7. Ramesh A, Sampath V, Shvedha M. A clinico pathological correlation in leprosy in a tertiary care teaching institution. *Int J Res Dermatol.* 2019;5(4):870-4. <https://doi.org/10.18203/issn.2455-4529.IntJResDermatol20194684>
8. Patterson J (editor). *Weedon's Skin Pathology*. 4.a edición. Filadelfia: Elsevier; 2015.
9. Rivas AM, Gómez LM. Lepra. *Rev Asoc Col Dermatol.* 2008;16(3):196-207.
10. Leprosy Elimination Group. Guía para la eliminación de la lepra como problema de salud pública. [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2000. [Citado el 29 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3CU5Nod>