

Importancia del diagnóstico de la lepra (9)

Por el Dr. GONZALO ESTEVEZ DEL CRISTO (10)

La Organización Mundial de la Salud en su Guía de Control para la Lepra expone: "Casos diagnosticados y tratados al inicio pueden ser curados definitivamente, y el tratamiento puede excluir mutilaciones y deformidades" es de ahí, que queremos hacer resaltar la importancia del diagnóstico de las formas iniciales de lepra para el curso evolutivo de esta enfermedad y la epidemiología de la misma obligando a despertar el interés en el médico no especializado.

La necesidad de establecer un diagnóstico precoz que evite la evolución a las formas malignas de la enfermedad, en provecho del enfermo y la disminución de la endemia leprosa, son factores de primordial interés, que estimamos justifican esta contribución al mejor conocimiento de la enfermedad.

Clasificación:

La clasificación actual de la lepra acordada en el Congreso Internacional de Tokio, en el año 1958, continúa descansando en los ya conocidos factores: clínicos, inmunológicos, bacteriológicos e histopatológicos; habiéndose adicionado a

las formas tipos lepromatosas, tuberculoide e incharacterística, la forma dimorfa.

A continuación señalamos los caracteres especiales de cada una de las formas. (Ver cuadro adjunto).

Lesiones clínicas ante las cuales debe sospecharse lepra

Pasamos a describir, no las manifestaciones floridas típicas de esta afección ya bien conocidas, sino las manifestaciones discretas y de comienzo que pueden pasar desapercibidas si no se realiza un examen clínico minucioso y teniendo en mente lo frecuente en nuestro país de la enfermedad.

Las lesiones dermatológicas que con mayor frecuencia inician el cuadro de la lepra son en primer lugar las manchas o máculas.

Entre las manchas o máculas aparecen en orden de frecuencia: hipocrómicas, acrómicas, eritematosas y pigmentadas.

Estas manchas pueden ser de tamaño, forma y localización variables, y presentan un común denominador: los trastornos de la sensibilidad térmica y dolorosa y conservación de la táctil y profunda.

9 Trabajo del Servicio de Dermatología del Hosp. "Cmdte. M. Fajardo". Presentado al X Congreso Médico Nacional celebrado en la Habana del 17 al 24 de Febrero de 1963.

10 Jefe del Departamento de Alergología del Hospital
Docente Cmdte. M. Fajardo.

	LEPROMATOSA	TUBERCULOIDE	INCARACTERISTICA	DIMORFA
HISTOPATOLOGIA:	Lepra Zellen rodeada por linfocitos; infiltración histiocitaria masiva.	Infiltrados tuberculoideos: célula-gigante, histiocitos, corona linfocitaria preferente alrededor de vasos nerviosos y anexos cutáneos.	Infiltración muy discreta a linfocitos y escasos histiocitos, algunos vacuolados, localización perivascular y alrededor de nervios y anexos cutáneos.	Infiltrados tuberculoideos con histiocitos vacuolados, células de Virchow y zonas que recuerdan los infiltrados lepromatosos.
BACTERIOSCOPIA:	Positiva intensa:	Negativa. Excepto en brotes agudos.	Negativa o Positiva (50%).	Positiva.
LESIONES CLINICAS:	Manchas en gran cantidad, simétricas, lisas, acromicas, crítematosas o pigmentadas, a n e s t e s i a discreta, infiltraciones, lepromas.	Manchas escasas, asimétricas, bordes bien limitados e infiltrados, anestesia, lesiones papuloideas.	Manchas a veces difíciles de distinguir, planas, escasas en número con mayor frecuencia hipocrómicas, hipoestesia.	Placas infiltradas, manchas, nódulos en distribución semejante a lepromatosa.
MITSUUDA:	Negativa.	Moderada o fuertemente positiva.	Positiva o Negativa (50%).	Negativa.

Manchas tuberculoides:

Pueden ser de cualquiera de los tres tipos anteriormente mencionados, aisladas o combinadas entre sí, sin guardar simetría. A estas manchas a veces, se añade un nuevo elemento, que es la infiltración de la misma o de sus bordes.

Son escasas en número, asentando de preferencia en la cara, miembros en su parte externa, regiones glúteas y regiones escapulares, son de bordes bien limitados, infiltrados constituido este por pequeñas pápulas (micro-papuloide). La superficie puede ser lisa o rugosa con ligera descamación.

Manchas lepromatosas:

Estas manchas son muy semejantes a las anteriores diferenciándose esencialmente por su profusión, su disposición simétrica, sus bordes difusos y que aparecen distribuidas por toda la superficie cutánea. A veces se acompaña de otras lesiones de lepra.

Manchas indeterminadas:

Son pequeñas aisladas, escasas en número, con mayor frecuencia hipocrómicas a bordes difusos y pueden aparecer en cualquier sitio de la superficie cutánea.

Manchas dimorfas:

Estas presentan características muy semejantes a las anteriores, a contornos bastante difusos e infiltradas a veces, otras veces se presentan a bordes netos intensamente eritematosos, superficie lisa o con descamaciones, con gran frecuencia se combinan con lesiones nodulares. Su diagnóstico es fundamentalmente histopatológico.

Otro tipo de lesión de comienzo de la enfermedad que vemos con relativa fre-

cuencia es la infiltración difusa y el eritema. Se instala paulatinamente, de preferencia a nivel de la cara o extremidades presentando un tinte eritematoso discreto que lentamente va acentuándose hasta convertirse en un eritema marcado con infiltración.

Al comienzo es de diagnóstico difícil, pues no presenta trastorno de la sensibilidad, aunque a veces es posible demostrar la presencia de bacilos ácido alcohol-resistentes.

En ocasiones el comienzo de la enfermedad se hace en forma aguda con un cuadro febril intenso, artralgiás y manifestaciones cutáneas de eritema polimorfo. Estos casos en su comienzo son de difícil ubicación dentro de las formas tipo de lepra, debiendo esperar a que pase este brote agudo y la enfermedad tome su marcha crónica para llegar a un diagnóstico correcto.

El diagnóstico diferencial de estas manchas debe hacerse principalmente con las siguientes afecciones cutáneas:

Vitíligo, son manchas acrómicas de color blanco de leche, a bordes hiperpigmentados que pueden aparecer en cualquier sitio de la superficie cutánea.

La pinta o mal del pinto, en las lesiones tardías recuerdan al vitílico, ya que son de color blanco lechoso con bordes cargados de pigmento pero la superficie presenta aspecto atrófico o cicatricial.

Las lesiones recientes o pintides son eritematosas o pigmentadas, cubiertas por escamas y diseminadas por toda la superficie cutánea. Practicando el examen de ultra-microscopio en la linfa recogida de las lesiones se constata la presencia del *treponema carateum*, agente etiológico de la enfermedad.

Pitiriasis versicolor, son manchas de color rosado, café con leche o hipocrómicas o leucodérmicas, variedad ésta última muy frecuente en nuestro país; si-

ruadas de preferencia en tórax, más frecuentes en el verano. Las placas muestran una descamación furfurácea en las que al examen microscópico encontramos la presencia de la *Malassezia Furfur* agente causal de la afección.

Acroinia parasitaria, pitiriasis alba o estreptococia cutánea, son lesiones hipocrómicas, bordes difusos, con la superficie recubierta de escamas finas; se encuentran de preferencia en el tronco y la cara. Son muy frecuentes estas lesiones en los niños.

Psoriasis, aquí el diagnóstico se hace más fácilmente, pues las placas son eritemato-escamosas, situadas con mayor frecuencia a nivel de codos, rodillas y regiones lumbo-sacra. Las escamas son adherentes y por el raspado nos presentan los signos ya clásicos de la mancha de esparma y el rocío hemorrágico de Auspitz.

Tiña circinada y eczema marginado, afecciones que se caracterizan por placas eritematosas a bordes netos constituidos por pequeñas vesículas a veces en el centro de la placa encontramos la piel de color normal, son pruriginosas. La tiña circinada puede asentar en cualquier sitio, pero el eczema marginado tiene predilección por los pliegues inguino-crucales, axilares y surcos sub-mamarios.

En ninguna de las afecciones descritas encontramos trastornos de la sensibilidad, síntoma que como hemos dicho anteriormente es característico de las lesiones producidas por la lepra.

MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS

Trastornos de la sensibilidad:

Los bacilos de lepra llegan a los nervios por vía sanguínea o bien a través de la superficie cutánea, produciendo uno de los síntomas más típicos de la enfermedad: la

neuritis leprosa, la cual puede ser intersticial y parenquimatosa, y produce trastornos subjetivos y objetivos.

Las manifestaciones subjetivas están representadas por dolores más o menos intensos, a veces fulgurantes y que se acompañan de trastornos parestésicos: ardor, sensación de quemadura, etc. Con frecuencia aparecen zonas anestésicas sin manifestaciones cutáneas alguna.

Las manifestaciones objetivas presentan desaparición de la sensibilidad al dolor y al calor con conservación de la sensibilidad táctil, que solamente desaparece en los períodos avanzados de la enfermedad.

La palpitación de los nervios, principalmente el cubital en el canal epitroclear, la rama auricular del plexo cervical superficial, el ciático poplíteo externo a nivel de la cara externa de la cabeza del peroné son los nervios que con mayor frecuencia pueden aparecer engrosados bien de manera uniforme o en nodulos dando la sensación de rosario.

Como consecuencia de esta neuritis pueden presentarse trastornos tróficos representados por atrofia muscular (aminotrofias) produciendo los cuadros clásicos. En las manos: La mano de predicador, mano de garra, mano simiesca, mano esquelética por atrofia de los interiosos, y la mano de ventarrón. En las piernas "El steppage" o pie péndulo.

El mal perforante plantar, las mutilaciones de los dedos de los pies y las manos, son lesiones que aunque no son de comienzo de lepra pueden presentarse sin ningún otro síntoma cutáneo. El mal perforante plantar puede ser producido además por tabes, diabetes y espina bífida.

El diagnóstico debe hacerse mediante un minucioso estudio del enfermo.

Medios de diagnóstico:

El diagnóstico de la lepra se basa primordialmente en el examen clínico del paciente, el cual debe practicarse con el enfermo desnudo y bajo buenas condiciones de luz que permitan detectar cualquier cambio en la coloración de la piel.

No nos cansaremos de repetir que hay que tener en cuenta la posibilidad de la enfermedad para lograr descubrir los casos incipientes.

De acuerdo con Muir, los síntomas clínicos más indicativos de lepra son:

- a. —Cambios visibles y palpables en la piel.
- b. —Trastornos de la sensibilidad tanto a nivel de lesiones cutáneas como en piel aparentemente sana.
- c. —Cambios tróficos en la piel, (trastornos de la sudoración, pérdida de los pelos, etc.) y en músculos de la cara, manos y pies y en huesos y articulaciones.
- d. —Engrosamiento y sensibilidad dolorosa en los nervios periféricos.

Investigación de la sensibilidad:

Para la investigación de la sensibilidad dolorosa utilizamos un alfiler, explorando alternativamente con la punta y la cabeza del alfiler para saber si el enfermo puede discernir entre el toque y la pinchada.

La sensibilidad táctil se explora mediante una mota de algodón que pasaremos sobre la superficie a explorar.

Para la sensibilidad térmica utilizamos dos tubos de ensayo con agua fría y caliente respectivamente, aplicando alternativamente sobre la zona sospechosa.

Prueba de histamina:

Basada en el arco reflejo axónico, se realiza, depositando una gota de fosfato ácido de histamina en solución al 1 x 1000 en la zona sospechosa, se pincha con una aguja a través de la misma sin producir sangramiento. Aparece en la piel normal, a los pocos minutos la llamada "triple reacción de Lewis" que consiste en una zona de eritema que aparece alrededor de 30 segundos después de la pinchada y posteriormente (2 a 4 minutos) se instala en el centro del eritema un habón teniendo en su centro un punto hemorrágico que corresponde a la puntura de la aguja. Cuando existe lesión neural periférica no aparece el eritema reflejo, por estar lesionadas las terminaciones nerviosas; apareciendo exclusivamente el habón con su punto hemorrágico.

Cuando la prueba de histamina se realiza en el borde de una lesión el eritema se muestra hacia la parte sana de la piel parando abruptamente al llegar al sitio de comienzo de la lesión.

Radioscopia:

Se practica preferentemente a nivel de las lesiones y en tabique nasal.

A nivel de las lesiones se debe practicar una pequeña incisión superficial ya que los infiltrados de lepra asientan en el dermis cerca del borde, secar la pequeña hemorragia y raspar con el bisturí o vaccinostilo los bordes de la incisión. El tejido así obtenido se extiende en una lámina porta-objeto y previa fijación se colorea por el Ziehl-Nielsen.

Para el examen del tabique nasal se debe hacer un raspado superficial de la mucosa con una cureta pequeña y proceder a los pasos anteriores.

La presencia de bacilos de Hánsen nos confirma el diagnóstico pero la ausencia de los mismos no descarta la posibilidad de la lepra ya que en los casos paucibacilares a

veces se dificulta el hallazgo.

Reacción Mitsuda-Hayaschi:

Hay que tener presente que esta prueba no tiene valor diagnóstico si no que nos muestra el estado inmunológico del paciente.

El antígeno para la intradermorreacción a la lepromina o Mitsuda se prepara a partir de los nodulos leprosoos ricos en bacilos. Este antígeno se inyecta por vía intradérmica a la dosis de una décima de cc. preferentemente en la cara anterior tercio inferior del muslo o en la región escapular. Para su lectura tenemos que interpretar dos tipos de reacción: una precoz y otra tardía.

La reacción precoz o de Fernández se visualiza a las 48 horas y se presenta como un halo eritematoso de unos 15 milímetros de diámetro siendo discutido su valor.

La reacción tardía está representada por una pápula que en algunos casos puede llegar a la necrosis central y se presenta entre la tercera y cuarta semana. En la práctica, esta reacción es la que se utiliza con más frecuencia.

La interpretación de la prueba es la siguiente:

Negativa: Cuando no aparecen las manifestaciones antes descritas o solamente aparece un pequeño nódulo subcutáneo.

Positiva: Cuando aparecen los elementos antes señalado variando la intensidad de acuerdo con el tamaño de la pápula.

La lepromina positiva nos indica un estado inmunológico defensivo hacia la enfermedad, por lo que es de gran utilidad a las campañas anti-leprosas ya que su positividad en los individuos sanos y convivientes de leprosoos nos indican que tienen una mayor resistencia.

En los enfermos nos sirve de gran ayuda para clasificar a qué tipo pertenecen en la clasificación.

Histopatología:

El examen histopatológico es de suma importancia pues nos sirve para el diagnóstico y clasificación adecuada de la enfermedad. Ya que constituye uno de los pilares imprescindibles según los acuerdos de los últimos congresos.

El fragmento debe tomarse del borde de la lesión, de unos 15 x 5 mm., aproximadamente; que incluya parte sana y enferma y colocarlo inmediatamente en el líquido fijador (Zenker o Formol al 1%)

En la forma incharacterística el examen es poco demostrativo pues solamente nos mostrará adelgazamiento de la epidermis con pérdida o disminución de los procesos interpapilares. En el dermis se observan infiltrados discretos, constituidos por linfocitos y algunos histiocitos con tendencia a la vacuolización; estos infiltrados tienen tendencia a disponerse alrededor de los vasos, anejos cutáneos y filetes nerviosos. Este cuadro no es específico pero al patólogo entrenado puede hacerle sospechar lepra.

La lepra tuberculoide presenta un cuadro bien característico: epidermis adelgazada o atrófica, con pérdida de los procesos interpapilares. El dermis es asiento de focos de infiltración, más o menos marcados, constituidos por histiocitos, algunas veces células gigantes de tipo Langhan y corona linfocitaria en la periferia. Infiltración que remeda a la de los granulomas tuberculosos, aunque sin caseosis. Estos infiltrados se presentan alrededor de los vasos, anejos cutáneos y filetes nerviosos, disposición muy característica de la lepra.

La forma lepromatosa es de una imagen característica inconfundible. Se tra

ta de un infiltrado, que en los lepromas es masivo, constituido casi exclusivamente por histiocitos a protoplasma vacuolar, algunos multinucleados con grandes vacuolas en su protoplasma (células de Virchow) entremezclados con escasos linfocitos y plasmocitos. Estos infiltrados producen, propensión, atrofia de la epidermis, que en algunos casos queda convertida en dos o tres hileras de células. El infiltrado no llega nunca a la epidermis dejando una pequeña zona de tejido conjuntivo apretado a condensado que lo separa.

En las placas infiltradas la infiltración no es del tipo masivo que hemos descrito en los lepromas, pero presenta las mismas características celulares tomando una disposición peri-vascular y

González Prendes, Miguel A.—"Consideraciones acerca de la Lepra".—Ministerio de Salud Pública. Cuba 1962.

Tiant, Feo. R.—"Diagnóstico Precoz de la Lepra". Rev. Sif. Lep. y Derm. Año 15 No. 2.

alrededor de los anejos y filetes nerviosos.

Las manchas o lesiones dimorfas muestran una imagen que nos recuerda a los tipos tuberculoide y lepromatoso, teniendo características de los dos.

No queremos terminar, sin insistir, una vez más, sobre la importancia capitalísima que tiene en leprología, el diagnóstico precoz. Solo sorprendiendo en el organismo los primeros pasos de la enfermedad se podría evitar, de una parte la extensión y la agravación del proceso en un enfermo dado, y de otra, su diseminación a nuestro ambiente social. Solo haciendo un diagnóstico precoz y un tratamiento inmediato claro está, se podrá hacer obra útil en la lucha contra el Mal de Hansen: esta enfermedad de interés eterno.

Muir, E.—"Manual of Leprosy". E. & Livingstone Ltd. Edimburgo. 1948.

Cocaine, R. G.—"Leprosy in Theory and Practice". John W. Wright. 1959.

Pardo Castelló, V.—"Dermatología y Sifilología." Cultural S. A. Habana 1953.