

Estudio de la lepra dimorfa

Revisión de la casuística de lepra dimorfa del Departamento de Dermatología del Hospital "Cmdte. M. Fajardo", con particular referencia a los caracteres clínicos e histológicos de los mismos y una síntesis histórica del concepto de lepra dimorfa

Por los Dres.:

BARTOLOMÉ SAGARÓ DELCADO,¹² RENE GENE R PADRÓN^{C**}) y la Dra. ANA T. CRUZ RODRÍGUEZ¹³)

Introducción.

La adopción del grupo *dimorfo*, en la clasificación de los casos de lepra, surge como resultado de la frecuente observación por parte de los leprólogos de que muchos pacientes no podían enmarcarse en la forma *indeterminada*, ni en ninguna de las formas estables conocidas como formas polares (*tuberculoide* y *lepromatosa*) pues no seguían la evolución ni mantenían otras características que debían serle propias.

Revisión histórica.

Ya *Wadef*¹, en 1934, señalaba que algunos de los enfermos estudiados por él, del tipo tuberculoide, habían experimentado la mutación lepromatosa. Posteriormente, en colaboración con

Low describe casos de este tipo como un subgrupo de la forma lepromatosa; y más tarde, en un trabajo con *Rodríguez*,³ emplea la palabra "borderline" para designar estos casos.

Souza Campos,¹¹ en 1940, propone el nombre de "tuberculoide reaccional" para referirse no a una interurrencia clínica en el curso de la lepra tuberculoide, sino a una variedad autónoma, estableciendo nítidas diferencias entre las dos variedades de este tipo: de un lado, los casos que presentan todos los caracteres del polo tuberculoide, inclusive su benignidad; de otro lado, los casos inestables, verdaderamente transicionales, con una frecuente tendencia evolutiva hacia el polo maligno, que los separa del grupo quiescente, crónico, benigno, estable, de la lepra tuberculoide clásica.

Cochrane,⁵ también en 1940, hace una descripción de casos de este grupo que denomina "intermediario", señalando que la diferencia fundamental con los tuberculoides verdaderos es la negatividad de la leprominorreacción.

En 1941, *Íffw/e*⁶ distingue dos estadios en este proceso de mutación: la recidiva

¹² Profesor y Jefe del Dpto. de Dermatología del Hospital Docente "Cmdte. M. Fajardo" Zapata y C, Vedado, Habana, Cuba.

¹³ Médicos del postgraduado. Ex-Internos en Dermatología del Hospital Docente "Cmdte. M. Fajardo", Zapata y C, Vedado, Habana, Cuba.

tuberculoide, como fase inicial, y un estadio más avanzado de lepra tuberculoide borderline.

En 1948, *Cochrane*⁷ sugiere que este grupo sea designado con el nombre de "lepra atípica", hasta que en el año siguiente propone la denominación de *dimorfo*. *

En el Congreso de Madrid (1953) se establecen los conceptos de "lepra tuberculoide mayor" (reaccional) y "tuberculoide menor" (figurada). Al propio tiempo se acuerda aceptar el término *dimorfo* como sinónimo de borderline y de intermediario.

Posteriormente, en el año 1960, en su trabajo "Contribución al Estudio Clínico de la Lepra Dimorfa", *Souza Campos*⁹ establece que mantener la variedad reaccional dentro del tipo quiescente y benigno de la lepra tuberculoide clásica no parece práctico ni lógico, por lo que propone excluir de este tipo la variedad tuberculoide reaccional, restableciendo el verdadero concepto de tipo polar tuberculoide y recomendando se incluyan dichos casos de tuberculoide reaccional en el actual grupo *dimorfo* o borderline.

Más recientemente, en el VIII Congreso Internacional de Leprología, que tuvo lugar en Río de Janeiro, Brasil, en el año 1963,¹⁰ se ratifican estos acuerdos, significándose que *bajo la denominación de dimorfo quedan comprendidos una variedad de casos entre los tipos tuberculoide y lepromatoso cuya posición en el espectro entre estos dos polos depende de la resistencia del paciente a la infección, es decir, de la relación huésped parásito.*

Clínica.

Las lesiones más típicas de este tipo de lepra muestran un área oval o circular de

piel normal o hipocrómica, algunas veces atrófica, rodeada por una banda de piel elevada de espesor y forma variables. El borde que limita el área circular está claramente marcado, adoptando un aspecto cortado a pico (*punchedout*) o de "queso suizo", mientras el borde externo tiende a aplanarse y fundirse hacia la piel normal. El tamaño de estas lesiones, el número, el grado de anestesia presente en ellas y la localización son variables. La infiltración de las lesiones que tornan sus bordes difusos, así como el edema de manos y pies, son datos que orientan al diagnóstico. La infiltración de los lóbulos de las orejas se señala en el 38% de los casos y se encontraba presente en 2 de los 7 casos estudiados por nosotros. También puede encontrarse manchas eritemato-pigmentarias de coloración ferruginosa con límites papuloides. En ocasiones pueden aparecer lesiones descamativas, como ocurrió en uno de nuestros pacientes. *Cochrane*, citado por *Alonso y Azulay*,⁸ describe lesiones con tendencia a ulcerarse que nosotros no hemos tenido oportunidad de ver en nuestros enfermos. Otras veces pueden aparecer nodulos y tubérculos al lado de manchas eritematosas de límites circinados, o eritematohipocrómicas o hipocrómicas elevadas. En uno de nuestros casos hemos visto este último tipo de lesión que quedó como secuela al desaparecer un extenso brote de lesiones nodulares. La mucosa nasal puede estar enrojecida, ulcerada o invadida por una mancha eritematosa infiltrada de límites papuloides. Los nervios están tomados, tal como puede suceder en otras formas de la enfermedad. La fiebre intermitente, de 39°C, con toma del estado general que obliga al encarnamiento fue observada en 2 de nuestros pacientes. La prueba de histamina es incompleta (patológica) en todos los casos.

Baciloscopia nasal.

Puede ser positiva o negativa.

Baciloscopia de las lesiones.

Siempre positiva, variando la cantidad de bacilos, desde unos pocos, hasta globos.

Leprominorreacción.

Negativa, débilmente positiva u oscilante.

Histomorfología.

La apariencia histológica, depende de la posición del caso en el espectro. Puede encontrarse una *estructura tuberculoide incompleta* y desordenada cuyo carácter principal es la presencia de células epitelioideas. Usualmente hay una zona subepidérmica clara, pero estrecha. Puede haber una *estructura lepromatosa no bien desarrollada*, con gran número de histiocitos, muchos de los cuales pueden contener lípidos (células vacuoladas) pero, en contraste con la lepra lepromatosa, hay una infiltración celular de los nervios cutáneos. Estas dos estructuras pueden disponerse de tres maneras distintas, tal como las describe el Dr. *Darío Arguelles Casa's* en su libro "Histomorfología de la Piel".¹¹

1. Combinadas: en una zona, las dos estructuras, en forma mixta.

2. Separadas: en una zona, textura tuberculoide; en otra, lepromatosa; es poco frecuente.

3. Aisladas: una u otra estructura, con caracteres indefinidos.

Pronósticos.

Estamos de acuerdo con otras opiniones en que el pronóstico de esta forma

dimorfa de lepra es más favorable que el de la forma lepromatosa, aún cuando consideramos aconsejable que la observación y el tratamiento de estos casos se continúe indefinidamente, hasta que una mayor experiencia nos haga recomendar otra cosa.

REFERENCIAS A NUESTROS CASOS DIMORFOS

A continuación, presentamos algunas ilustraciones, con referencias a los siete casos de lepra dimorfa que se encuentran bajo tratamiento en nuestro Departamento de Dermatología del Hospital Docente "Comdte. M. Fajardo". Estos casos representan el 4% aproximadamente del total de enfermos hanseianos ambulatorios, lo cual está en concordancia con los datos ofrecidos por otros autores.

CASO No. 1: R.A.F. H.C. No. 426770.

Lesiones eritematosas y policíclicas, de bordes infiltrados, con límites netos en su interior y difusos en la parte externa (Figs. 1 y 2). Edema de ambos pies y fiebre de 39 °C. Histamina incompleta (patológica). Había bacilos en el muco nasal. Baciloscopia de los lóbulos auriculares negativa. Lepromina negativa. Al examen histopatológico se observa una estructura dimorfa. (Figura 3).

CASO No. 2: J.L.L1. H.C. No. 470523.

Lesiones eritematosas, circulares, finamente descamativas en su centro, de bordes infiltrados, localizadas en cara, brazo derecho y muslo izquierdo (Figs.

4, 5 y 6). Hay trastornos de la sensibilidad a nivel de las lesiones. Mitsuda débilmente positivo. Baciloscopia nasal y de los lóbulos de las orejas negativo. La histología muestra H.D.

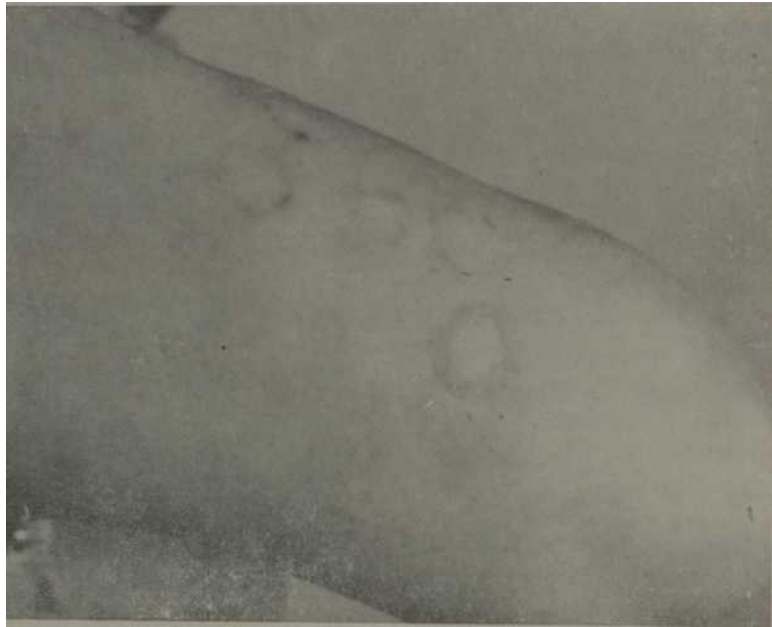


Fig. 1—Obsérvese la forma circular de estas lesiones típicas con su borde infiltrado adoptando un aspecto cortado a pico o de “queso suizo” hacia la parte interna mientras el borde externo tiende a aplanarse y fundirse hacia la piel normal.

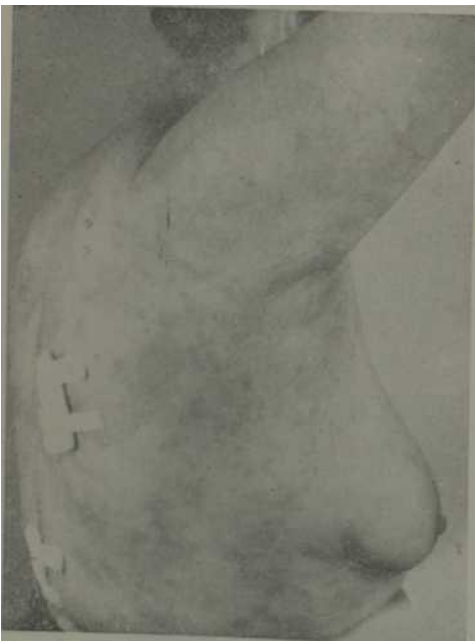


Fig 2—El mismo caso de la figura 1, mostrando lesiones policíclicas ampliamente extendidas por todo el tórax y antebrazos.

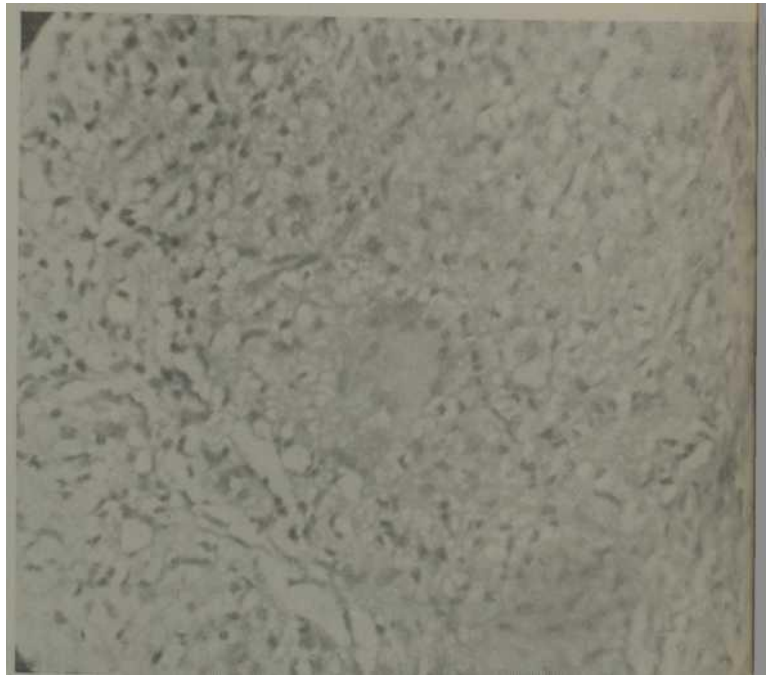
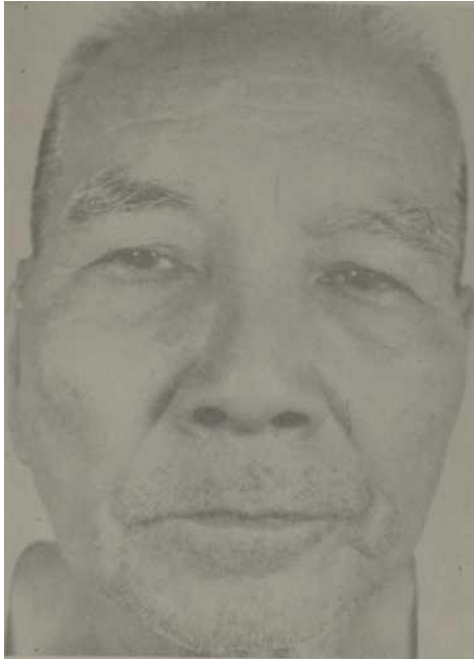


Fig. 3 Celulas vacouladas de Virchow y células epitelioides en una estructura lepromatosa no bien desarrollada. Al centro una célula gigante.



Caso No. 3: R.C.S. H.C. No. 390577

Lesiones hipocrómicas, con mucosa nasal enrojecida y baciloscopia nasal negativa. Histamina incompleta. Mitsuda negativo. En el curso evolutivo de su enfermedad presentó un brote de le-

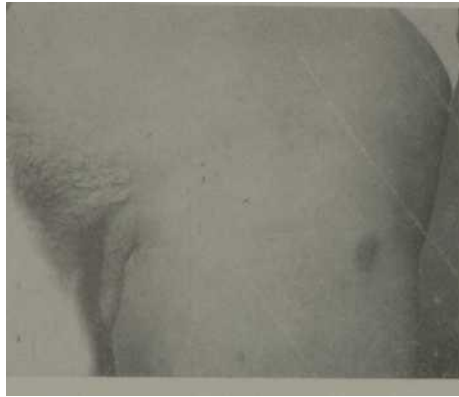


Fig. 4.—Caso No. 2: Nótese lo forma circular de la lesión de la cara y el borde infiltrado característico.

Fig. 6.—Lesión del muslo izquierdo correspondiente al mismo paciente de las figuras 4 y 5.

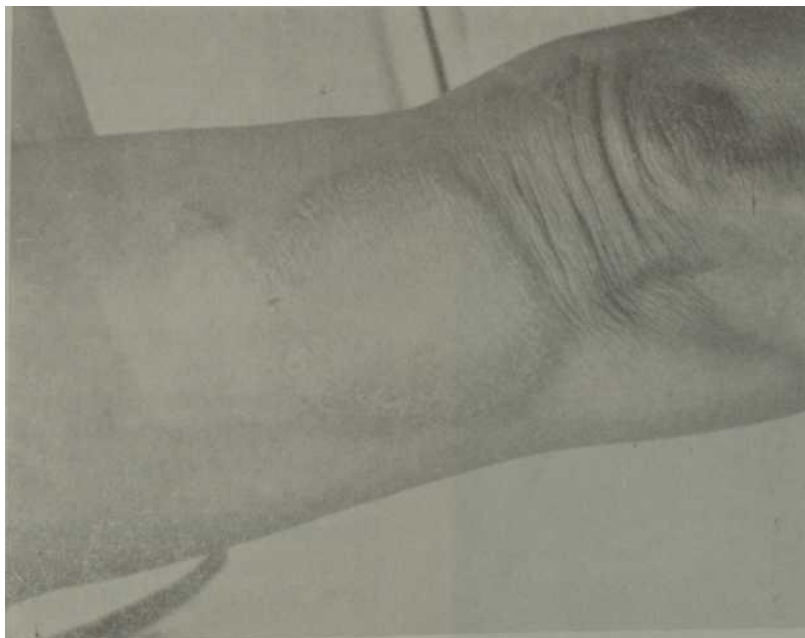


Fig. 5—El mismo caso, mostrando una lesión del tercio inferior del brazo derecho de aspecto seco y finamente descamativa tal como se ha descrito, aunque no es lo habitual.

siones ortigadas al principio y después francamente nodulares, ampliamente diseminadas acompañadas de fiebre de



Fig. 7. Caso No. 3: Véanse las lesiones hipocrómicas descritas.

39°C. y edema de manos y pies. Al desaparecer los nodulos dejaron hipocromia residual (Figs. 6, 7 y 8). Biopsia de H.D.

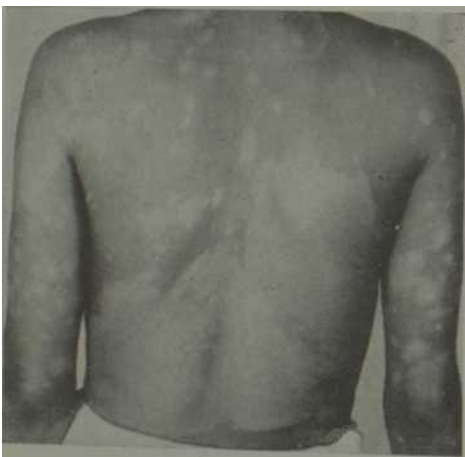


Fig. 8. El mismo caso de la Fig. 6, visto de espalda.
CASO No. 4: A.R.G. H.C. No. 357271.



Fig. 9.—Lesiones extendidas de los muslos de la misma paciente. Estas lesiones quedaron como residuo al desaparecer un extenso brote de nodulos acompañado de edema de manos y pies, con fiebre de 39°C.

Lesiones eritematosas del tipo tuberculoide en pierna izquierda y muslo derecho. Evolutivamente aparecen lesiones nodulares con baciloscopia nasal positiva. Histamina patológica y Mitsuda negativo. Tres meses después la baciloscopia nasal se hace negativa con el tratamiento sulfónico. La imagen histopatológica es de Hansen D.

CASO No. 5: J.M.C. H.C. No. 421066

Lesiones nodulares y placas infiltradas en ambas piernas, con trastornos de la sensibilidad a ese nivel. Baciloscopia nasal negativa. Leproinina negativa. Biopsia compatible con Hansen D.

CASO No. 6: N.A.C. H.C. No. 437633.

Lesión eritematosa de bordes infiltrados, del tamaño de una palma de mano, localizada en el brazo derecho. Hista-

mina incompleta. Mitsuda negativo. Baciloscopia nasal negativa. Textura histológica dimorfa.

CASO No. 7: N.P.P. H. C. No. 385715.

Placas de bordes eritematosos infiltrados con centro de piel normal que cubren grandes extensiones del cuerpo, sobre todo en miembros superiores e inferiores. Hay trastornos de la sensibilidad a nivel de las lesiones. Baciloscopia nasal negativa. Mitsuda negativo. La observación de los cortes revela una estructura histológica dimorfa.

RESUMEN

Se exponen cronológicamente los distintos criterios que se han emitido sobre el grupo *dimorfo* hasta el concepto actual en que bajo la denominación de *dimorfo* quedan hoy comprendidos una variedad de casos de lepra entre los tipos *tuberculoide* y *lepromatoso*, cuya posición en el espectro depende de la resistencia del paciente a la infección, es decir, de la relación huésped-parásito. Se describen las lesiones clínicas características de este grupo. El examen bacteriológico puede ofrecer variaciones, aún cuando en las lesiones casi siempre hay bacilos. La prueba de lepromina es negativa, positiva débil u oscilante. La histología puede mostrar células epiteloides y vacuoladas combinadas, separadas o aisladas. Se presenta una revisión de la casuística de esta forma de lepra del Hospital "Comdte. M. Fajardo". Nuestros casos de Hansen dimorfo representan el 4% aproximadamente del total de enfermos hansenianos que reciben tratamiento ambulatorio bajo control, lo cual está en concordancia con los datos ofrecidos por otros autores.

Finalmente se recomienda que la observación y el tratamiento de estos casos se continúe indefinidamente, hasta que

una mayor experiencia aconseje lo contrario.

SUMMARY

The different opinions about the borderline group are chronologically exposed. The actual concept of borderline covers a variety of leprosy cases between the *Tuberculoid* and *Lepromatous* types in which their positions into one or another type depends of the patients' resistance to the infection, that is to say, the relation host-parasite. The characteristic clinical lesions of this group are described.

The bacteriological analysis must have variations even though in the lesions we founded always bacillus.

The lepromin test is negative, weakly positive or oscillating. The histology could bring us epithelial and vacuolar cells in combination, separated or isolated. A revision of the cases of this type of leprosy at the Hospital "Comandante Manuel Fajardo" is presented.

Our cases of borderline Hansen represent the 4% of the total of the hansenian cases that receive ambulatory treatment under control which is in concordance with the data of others authors.

Finally it is recommended that the observation and treatment of these cases must be continued indefinitely until a greater experience advise the contrary.

RESUME

On y expose chronologiquement les différents critères émis sur le groupe Dimorphe jusqu'au concept actuel sur lequel avec la dénomination de Dimorphe sont compris une grande quantité de cas de lépre entre les types *Tuberculoide* et *Lepromatose*. Sa position dans le spectre dépend de la résistance du patient a

l'infection, veut a dire, de la rélation Hôte-Parasite. On y fait une description des lésions cliniques caractéristiques de ce groupe. L'examen bactériologique peut offrir des variations, bien que dans les lésions il y a toujours des bacilles. L'épreuve de lepromine est négative, positive, faible ou oscillante. L'hystologie peut montrer des cellules épithéloïdes et vacuolées combinées, séparées ou isolées. On y présente une révision de la casuistique de cette forme de lépre de "Hospital Comandante

Manuel Fajardo". Nos cas de Hansen Dimorphe représentent le 4% du total de malades de Hansen qui reçoivent le traitement ambulatoire sur contrôle lequel se trouve en concordance avec les renseignements offerts par des autres auteurs.

Enfin on recommande la continuité de l'observation et le traitement de ces cas, jusqu'à que l'expérience nous indique autre chose.

BIBLIOGRAFIA

- Wade, H. W.: Tuberculoid changes in leprosy. II Lepra reactions in tuberculoid leprosy. Int. J. Leprosy. 2, 279, 1934.
- 2) Wade, H. W. y Lotve, J.: The type - distribution of patients at the Purulia Leprosy Colonie. Leprosy in India. 9, 39, 1937.
- 3, —Wade, H.W. y Rodríguez, J. A': Borderline tuberculoid leprosy. Int. J. of Leprosy. Int. J. of Leprosy. 19, 40, 8. 307, 1940.
4. —Souza Campos, N.: Lepra Tuberculoide Reaccional. Rev. Brasil. Leprol. 8: 251- 263, 1940.
- *• Cochrane, R. G.: Development of the lesión of leprosy, with particular referen- ce to tuberculoid leprosy and the signi- ficance of lepromin test. Int. J. Leprosy 8455, 1940.
- b.—Wade. H. W. Relapsed and borderline cases of tuberculoid leprosy. Leprosy Rev. 12-3, 1941.
7. —Cochrane, R. G.: Classification of Leprosy in India. 20, 88 y 35, 1948.
8. —Cochrane, R. G.: Some brief comments on the classification of Leprosy. Leprosy in India. 21, 86, 1949.
- 9.—Souza Campos, N.: Contribución al Estudio Clínico de la Lepra Dimorfa. Arch. Mineiros de Leprología. 3, 354, 1960.
- 10.—Conclusiones del Seminario de Leprología de Cuernavaca y del VIII Congreso Internacional de Leprología. Ministerio de Salud Pública. Cuba. 18, 1964.
- ü- Alonso, A. M. y Azulay, R. .: Estudio anatomoclínico de 18 casos de lepra dimorfa. Arch. Mineiros de Leprología. 3, 303, 1960.
12. Arguelles, I): Histomorfología de la Piel. Ministerio de Salud Pública. Cuba. 96, 1964.