

LEPRA BORDERLINE TUBERCULOIDE. PRESENTACION DE UN CASO.

Isel Barrios González *, Damarys Florat Gutiérrez **, María Teresa Díaz Renón***,
Maricel Sucar Batista****

*Especialista de Primer grado en Dermatología y Medicina General Integral.

Máster en Enfermedades infecciosas. Profesor instructor.

** Especialista de Primer Grado en Dermatología y Medicina General Integral.

Máster en Atención Integral a la mujer.

*** Especialista de Primer Grado en Dermatología.

Máster en Enfermedades infecciosas y en Medicina Natural y Tradicional. Profesor auxiliar y consultante.

**** Especialista de Segundo Grado en Dermatología.

Máster en Enfermedades infecciosas. Profesor auxiliar.

(Recibido el 10/07/2020; Aceptado para su publicación: 01/10/2020)

RESUMEN

La lepra es una enfermedad no hereditaria, infectocontagiosa de evolución crónica, controlable y curable. Sin embargo, el grado de deficiencia inmunológica presente en el individuo desde su nacimiento, es lo que determina la posibilidad de enfermarse, así como la forma clínica que desarrolla el enfermo. El presente artículo describe un caso de lepra borderline tuberculoide en una paciente de 63 años, ama de casa, con lesiones en miembros inferiores y abdomen de más de dos años de evolución, constituyendo el diagnóstico de la enfermedad basados en los criterios clínicos, histopatológicos y baciloscópicos.

PALABRAS CLAVE: lepra borderline tuberculoide, respuesta inmune, base genética.

SUMMARY

Leprosy is a non-hereditary, infectious, chronic and curable disease. However, the degree of immunological deficiency present in the individual at birth is what determines the possibility of becoming ill, as well as the clinical form that the patient will develop. This article describes a case of tuberculoid borderline leprosy in a 63-year-old housewife with lesions in the lower limbs and abdomen of more than two years of evolution. The diagnosis of the disease was based on the clinical, histopathological and skin smear characteristics of the lesions.

KEYWORDS: tuberculoid borderline leprosy, immune response, genetic basis.

INTRODUCCIÓN

La lepra es una enfermedad infecto-contagiosa de evolución crónica, controlable y curable, causada por un bacilo ácido alcohol resistente *Mycobacterium leprae*. Afecta principalmente los nervios, la piel, mucosas y todos los órganos excepto pulmón y sistema nervioso central.¹

Correspondencia a: Isel Barrios González. E-mail: barriosgonzalezisel@gmail.com Centro de trabajo: Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey. Cuba

Es una enfermedad hereditaria, sin embargo, el grado de deficiencia inmunológica presente en el individuo desde su nacimiento, es lo que determina la posibilidad de enfermarse, así como la forma clínica que desarrolla el enfermo.² Presenta, por lo tanto, un amplio espectro de manifestaciones clínicas e histopatológicas que va desde la forma tuberculoide hasta la forma lepromatosa, la cual refleja la naturaleza de la respuesta inmune del huésped susceptible ante el microorganismo invasor. En algunas de las formas clínicas pueden observarse periódicamente exacerbaciones agudas y en otras, tendencia a la curación espontánea.³

Existen muchas interrogantes sobre la inmunología de la lepra; el contacto prolongado y cercano es necesario para la transmisión. Se estima que de la población general aproximadamente el 80% es resistente a la lepra; del 20% restante, del 16% al 18% lo constituye el grupo que se define como reactores lentos, que pueden adquirir la resistencia bien por infecciones inaparentes o por inmunización con BCG (resistencia cruzada) y del 2% al 4% corresponden al grupo de anérgicos (no reactores), que sería el responsable de las formas severas de la enfermedad.⁴

En este pequeño porcentaje de individuos en contacto con fuentes activas de infección puede aparecer una lesión única, mal definida, que fácilmente puede pasar inadvertida que corresponde a la forma de lepra indeterminada (LI), y que representa el inicio de la enfermedad; estas lesiones pueden curar espontáneamente (puede ocurrir regresión espontánea en otros casos paucibacilares: TT y BT (pero es menos frecuente), persistir como LI, o desarrollarse en una de las formas definidas de la afección; otros enfermos pueden desarrollar los tipos definidos de la lepra sin pasar por la fase indeterminada.⁵ En los últimos casos se han realizado numerosas investigaciones en el campo de la inmunología de la lepra, que demuestran que existe un defecto inmunológico altamente específico para el agente causal y el cual tiene su más completa expresión en las formas severas de la enfermedad.⁶

Anualmente la OMS reporta más de 150 países con lepra entre ellos los del continente americano. A finales del 2016, 173358 casos habían sido diagnosticados y la tasa de detección era de 2,9/100.⁷ En Cuba la prevención y control de la misma constituye una línea de trabajo del Ministerio de Salud Pública.⁵

El enfrentamiento de este padecimiento se ha efectuado de diferentes formas en el mundo, de acuerdo con los recursos científicos disponibles en las distintas etapas históricas y en relación directa con las posibilidades sanitarias de cada país.

Las consecuencias negativas y las secuelas permanentes a las que puede conllevar esta enfermedad si no se diagnostica tempranamente fue la motivación para realizar el siguiente trabajo.

CASO CLÍNICO

Paciente blanca, femenina, de 63 años de edad, ama de casa, con antecedentes de hipertensión arterial controlada con enalapril e hidroclorotiazida, quien refiere que hace alrededor de dos años le aparecieron unas lesiones del color blanquecino, no pruriginosas, en miembros inferiores; por lo que acudió a su médico de familia en varias ocasiones para estudio y tratamiento. Al pasar el tiempo y no ver la desaparición de las lesiones y la aparición de una nueva en abdomen, el doctor decide enviarla a la consulta de Dermatología de su área de salud.

Al examen dermatológico se constata un cuadro cutáneo diseminado, constituido por lesiones en placas, que se presentan en número de 5, de diferentes diámetros, aisladas unas y confluentes otras, con borde discretamente infiltrado, con centro aclarado; que asientan en miembros inferiores y abdomen (Figuras 1 y 2).



Figura 1. Confluencia de dos placas con borde eritematoso y centro aclarado en rodilla.



Figura 2. Placa con centro aclarado y borde ligeramente eritematoso en abdomen.

Sensibilidad táctil, térmica y dolorosa disminuida en unas y abolidas en otras lesiones sobre todo la de la rodilla derecha.

Se hizo el diagnóstico presuntivo de lepra dimorfa y se indicaron estudios con los siguientes resultados.

Exámenes de laboratorio:

Hb: 11.3 g/l

Glicemia: 4.23 mmol/L

Creatinina: 88 mm/L

TGP: 3.4 /Uds.

TGO: 5/ Uds.

Glucose 6 fosfato deshidrogenasa: negativa

Baciloscopia: Cod. 0

Biopsia: Lepra borderline tuberculoide. Fite Faraco: negativo

Con resultados de laboratorio y biopsia de piel se notifica el caso como una lepra borderline tuberculoide con fuente de infección desconocida hasta el momento y sin discapacidad.

Se impone tratamiento multidroga por 1 año. En estos momentos en consulta de seguimiento con mejoría clínica evidente.

DISCUSIÓN

La lepra es una enfermedad muy versátil, se puede escapar su diagnóstico sino se tiene presente dentro de los diagnósticos diferenciales de diferentes afecciones de piel. Se presenta en pacientes con formas clínicas incipientes y en los pacientes paucibacilares.⁸ La base del diagnóstico es la clínica, lo cual dificulta la detección precoz de la enfermedad, pues los signos y síntomas pueden ser atípicos y confundirse con muchas otras enfermedades de la piel, entre ellas otras de origen infeccioso y las autoinmunes. La experiencia clínica es fundamental para hacer el diagnóstico y acertar en la diferenciación de otras enfermedades.⁹

En la lepra el sistema inmunológico juega un papel primordial, pues de esto depende que se desarrolle o no la enfermedad. Los mecanismos de inmunidad mediada por células constituyen el factor principal en el sistema de defensa del huésped y en la patogénesis del daño tisular. Las diversas formas clínicas de la enfermedad, han demostrado que una sub-población linfocitaria T, especialmente la de las "células supresoras", tienen un rol importante en los procesos de inmunidad celular, ya que está presente en forma elevada en los casos LL, siendo por el contrario baja en los casos tuberculoide (TT) y borderline tuberculoide (BT).¹⁰

El presente caso demuestra que debemos siempre estar alertas ante los síntomas y signos presentado por los pacientes, así como la evolución del mismo, para hacer un diagnóstico temprano de la enfermedad y que no ocurran discapacidades.

El papel del médico y la enfermera de la familia es clave, pues son ellos a quienes primero llegan los pacientes, por tratarse de la atención primaria; el viejo aforismo de la medicina de que “enfermedad que no se piensa no se diagnostica” se ha convertido en hecho, con una influencia negativa en cuanto a la detección de la lepra.^{11,6}

CONCLUSIONES

El caso clínico demuestra la necesidad de diagnosticar esta entidad, en etapas tempranas, pues las consecuencias y complicaciones pueden ser graves con carácter irreversible, sino se impone un tratamiento oportuno.

REFERENCIAS

1. Rivero Reyes E. La utilidad del diagnóstico precoz en la eliminación definitiva de la lepra. *Rev. Cubana Med Gen Integr* [en línea] 2013;29(2): 226-227. [Citado el 17 abril de 2018]. Disponible en Internet: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000200013>.
2. Lescaille Torres Torre JG. Manifestaciones nasales de la lepra. *Rev. Cubana Med Gen Integr* [en línea] 2015;31(1): 52-60. [Citado el 13 de mayo de 2016]. Disponible en Internet: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000100008&lng=es>.
3. Di Martino Ortiz B, Rodríguez Masi M, Knopfmacher O, Bolla de Lezcano L. Lepra infantil. Presentación de un caso. *Dermatol Online J*. [en línea] 2011; 17(1): 13. [Citado el 17 de abril de 2018]. Disponible en Internet: <<https://escholarship.org/uc/item/4gr554g2>>.
4. Contreras Steyls M, López Navarro N, Herrera Acosta E, Castillo R, Ruiz del Portal G, Bosch RJ, Herrera E. Lepra importada y su dificultad en el medio actual: a propósito de 7 casos. *Actas Dermosifiliogr*. 2011;102(2): 106-113.
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Lepra. Normas técnicas para el control y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
6. Rivero Reyes E, Barrios Martínez Z, Berdasquera Corcho D, Tápanes Fernández T, Peñalver Sinchay AG. La lepra, un problema de salud global. *Rev. Cub Med Gen Integr*. [en línea] 2009;25(1). [Citado el 12 de mayo de 2018]. Disponible en Internet: <<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v25n1/mgi10109.pdf>>.
7. World Health Organization. Weekly Epidemiological Record [en línea] 2019; 94(35/36):389-412. [Citado el 28 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/wer/2019/wer9435_36/en/>
8. Sevilla González ML. Discriminación, discurso y SIDA. *Cuicuilco* [en línea] 2010;17(49): 43-60. [Citado el 20 de marzo de 2018]. Disponible en Internet: <<http://www.scielo.org.mx/pdf/cuicui/v17n49/v17n49a4.pdf>>.
9. Bada del Moral M, Arenas Guzmán R, Vergara Takahashi L, Vega Memije ME, Toussaint Caire S, Bada Pérez MP. Lepra en Veracruz. Presentación de dos casos clínicos. *Med Int Mex*. 2010; 26(6): 625-8.

10. Morfin-Maciel BM, Jiménez-Martínez MC. Evaluación inmunológica durante el tratamiento de un caso de lepra dimorfa lepromatosa. *Revista Alergia México* [en línea] 2016;63(4): 413-419. [Citado el 5 de mayo de 2019]. Disponible en Internet: <<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=68685>>
11. León Cabrales MO, Leyva León AI, Ramírez Oquendo R, Álvarez Yabor VJ, Escalona Pérez I. Comportamiento de la lepra en la provincia de Las Tunas, 2003-2012. *Rev. Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* [en línea] 2014; 39(5). [Citado el 2 de junio de 2018]. Disponible en Internet: <<http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/274>>.