

## *Manifestaciones clínicas de la lepra*

Por el Dr. ARTURO DUBÉ DUBÉ

En este breve espacio de tiempo de nuestra participación en este *symposio*, sólo podemos hacer un esbozo de las manifestaciones clínicas más importantes que se presentan en esta enfermedad, que tiene marcada predilección por la piel y el sistema nervioso periférico y sólo en su forma grave puede presentar manifestaciones sistémicas de consideración.

El cuadro clínico está determinado por la resistencia del individuo a la infección.

Los individuos susceptibles a la enfermedad pero que oponen gran resistencia a dejarse invadir por el *Mycobacterium leprae*, dan lugar a la forma clínica relativamente benigna, de buen pronóstico que a veces cura espontáneamente que es la lepra tuberculoide y las personas que hacen poca resistencia a dejarse invadir desarrollarán la forma invasora, grave, de mal pronóstico que es la forma lepromatosa. Entre estos dos tipos que constituyen las formas polares o estables de la enfermedad se encuentran aquellos pacientes de resistencia intermedia o inestable los cuales han sido incluidos en los grupos: Indeterminado o incharacterístico y dimorfo o borderline.

Es decir que la clasificación sudamericana o mejor latinoamericana aprobada en el Quinto Congreso Internacional de Leprología

celebrado aquí, en nuestra capital en el año 1948 y que se fundamenta en criterios clínicos, inmunológicos, bacteriológicos y anatomopatológicos, se ha mantenido, con la sola adición del grupo dimorfo.

Ahora pasamos a considerar las manifestaciones clínicas iniciales o motivo de consulta más frecuente en nuestro país, y que en orden de frecuencia son:

*Máculas hipocrómicas.*

*Máculas eritematosas.*

*Zonas de anestesia.*

*Máculas pigmentadas.*

*Eritema multiforme.*

*Malestar general y fiebre.*

*Infiltración de pabellones auriculares.*

*Epistaxis.*

*Rinitis.*

*Úlcera de la pierna.*

*Alopecia de la cola de las cejas, y*

*Mal perforante plantar.*

En sentido general vamos a señalar las manifestaciones clínicas de la enfermedad en su período de estado y para ello las dividiremos en cuatro grupos sincrónicos:

Un síndrome cutáneo.

Un síndrome neural.

Un síndrome mucoso.

Un síndrome general.

En el síndrome cutáneo están representadas casi todas las lesiones elementales de la piel: Máculas, pápulas, nódulos, infiltraciones, que pueden aparecer individualmente o combinadas dando en ocasiones un verdadero polimorfismo lesional. Secundarias a trastornos tróficos también se pueden presentar, flictenas, ulceraciones y cicatrices.

El síndrome neural comprende *neuritis hipertróficas* que son tronculares principalmente de cubital, rama auricular del plexo cervical superficial y ciático poplíteo externo; *trastornos sensitivos*, por bloqueo de la percepción sensorial, dando lugar a la anestesia, uno de los síntomas cardinales de la enfermedad y que puede ser precedida por una fase previa de hiperestesia. En esta fase de hiperestesia pueden aparecer neuralgias violentas.

*Trastornos motores* dados por parálisis y amiotrofias. Estas afectan principalmente los músculos de la cara, dando lugar a la facies antonina y en las extremidades superiores: aplanamiento de la eminencia tenar, atrofia de los músculos interóseos, de los extensores de los dedos, presentando el enfermo las características manos: plana o simiesca, esquelética, de predicador y en garra. En las extremidades inferiores las atrofas musculares se presentan en piernas y pies y pueden aparecer el pie colgante y la marcha escarbada.

Entre otros trastornos tróficos hemos de considerar:

- Mal perforante plantar.
- Panadizo analgésico.
- Reabsorciones óseas.
- Alopecia de la cola de las cejas.
- Trastornos vasomotores (anhidrosis).
- Síndrome mucoso. En la mucosa nasal pueden presentarse:
  - Rinitis.

Epistaxis.

Ulceraciones del tabique nasal.

Perforación del tabique (nariz en silla de montar).

En la mucosa laríngea: modificaciones de la voz, ocasionando ronquera llegando a la afonía. La laringitis leprosa es tardía y de mal pronóstico.

En la mucosa bucofaríngea: pueden aparecer lepromas en la lengua, bóveda palatina y amígdalas.

*Síndrome sistémico*: Síntomas generales dados por fiebre, cefalea, astenia, etcétera.

En cuanto a las manifestaciones viscerales, propias de las formas graves, avanzadas de la enfermedad, tenemos en primer lugar las lesiones oculares: conjuntivitis, queratitis, iritis, iridociclitis, que pueden conducir a la ceguera.

Los ganglios linfáticos cervicales, axilares y sobre todo inguinocrurales aparecen infartados, a veces desde el principio de la enfermedad.

Se puede constatar moderada esplenomegalia.

Puede haber hepatomegalia.

Lesiones de ovario y testículo. En el hombre es relativamente frecuente la orquiepididimitis con ginecomastia secundaria.

Nefritis, con amiloidosis renal en los casos más avanzados.

Una vez enunciada esta sintomatología en una forma general, vamos a tratar brevemente cómo se comporta particularmente en cada forma clínica:

#### LEPRA INDETERMINADA O INCARACTERISTICA

Este grupo está caracterizado clínicamente por lesiones cutáneas y nerviosas, bacteriológicamente por ausen

cia o pocos bacilos e inmunológicamente por test lepromino positivo o negativo.

Las lesiones cutáneas son siempre máculas, nunca infiltradas, máculas que pueden ser hipocrómicas, eritematosas o pigmentadas.

Constituye esta forma indeterminada para algunos, el modo de comienzo de la enfermedad, pudiendo evolucionar hacia los dos tipos: lepromatoso o tuberculoide, dependiendo de la resistencia a la infección por parte del sujeto que la padezca o puede permanecer como tal indefinidamente e inclusive, puede regresar.

Tiene una gran importancia el conocimiento de esta forma clínica pues su hallazgo y medicación adecuada y temprana favorece notablemente la curación de los enfermos. Las lesiones pueden aparecer en cualquier parte del tegumento, pero tienen asiento preferente en la cara y en regiones glúteas.

Muy tempranamente se instauran trastornos sensitivos caracterizados por termoanalgesia y poca alteración de la sensibilidad táctil.

En estas placas, además, de los trastornos de la sensibilidad hay también, trastornos de la sudoración que pueden llegar a la anhidrosis.

#### LEPRA LEPROMATOSA

Es la forma más conocida, rara vez comienza con erupción de lepromas, éstos se desarrollan sobre máculas eritematosas preexistentes. Los lepromas aparecen poco a poco o en brote agudo, desde mínimos hasta de varios centímetros, hemisféricos, de color violáceo o cobrizo. Pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, pero preferentemente en la cara, cejas, pabellones auriculares, mejillas y mentón, dando al rostro la facies leonina característica. También aparecen en las extremidades: dorso de manos,

codos, rodillas y superficie de extensión de antebrazos y piernas. Además, pueden aparecer infiltraciones difusas que dan a la cara un aspecto edematoso o en otras regiones del cuerpo.

La localización en mucosas es propia de este tipo así como las lesiones viscerales descritas en el cuadro general.

La forma lepromatosa tiene tendencia a producir lesiones tróficas y mutilaciones.

Se describen las variedades clínicas: Maculosa, nodular, infiltrada, difusa, neurítica pura.

Llamemos la atención dentro de la lepra lepromatosa la variedad descrita por *Fernando Latapí*, connotado leprólogo mejicano, de dimensiones internacionales, con el nombre de lepromatosis difusa y primitiva y que él reidentifica con la descrita por *Lucio y Alvarado* en 1851, con el nombre de lepra manchada. Esta variedad, es bastante frecuente en Méjico.

#### LEPRA TUBERCULOIDE

Esta es una forma no sistémica, usualmente no contagiosa, con tendencia a remisión espontánea.

La enfermedad afecta más a los nervios que a la piel, siendo las lesiones localizadas y limitadas en número.

Las lesiones de este tipo están dadas por lesiones papulosas que generalmente provienen de mutación de lesiones incaracterísticas.

Puede sospecharse esta transformación, pues cuando esto va a ocurrir las máculas hasta entonces mal definidas, tienen tendencia a focalizarse y se hacen claramente marginadas, infiltrándose.

Se distinguen las formas: Macular, tuberculoide menor, tuberculoide mayor, neurítica pura.

Los términos mayor y menor se refieren a la menor o mayor extensión y profundidad de las lesiones.

Estas lesiones como generalmente son deshabitadas reciben el nombre de léprides.

Las manifestaciones neurales son constantes. Los trastornos de la sensibilidad son más profundos que en la lepra in- característica, con la abolición de la sensibilidad termoalgésica y táctil. No hay tendencia a producir ulceraciones y mutilaciones como en el tipo lepromatoso, pero sí están presentes las parálisis motoras, por ello es que hablamos de la benignidad relativa de este tipo, pues si bien es verdad que no es grave en cuanto a comprometimiento general del paciente, puede dejar secuelas como parálisis y amiotrofias de consideración.

#### GRUPO DIMORFO, INTERMEDIARIO, BIPOLAR

Este grupo de más reciente adquisición está caracterizado clínicamente por localización del proceso a la piel y nervios, bacteriológicamente, usualmente hay bacilos e inmunológicamente el test leprorino es negativo o débil positivo durante el curso de la enfermedad (fenómeno oscilatorio).

Comprende una variedad de casos entre los tipos tuberculoide y lepromatoso y la posición ocupada por un caso de este grupo en el espectro entre lepra tuberculoide y lepra lepromatosa depende de las relaciones huésped-parásito o en otras palabras de la resistencia del paciente a la infección.

Puede surgir como tal o desarrollarse a punto de partida del grupo indeterminado, rara vez desde el tipo tuberculoide o lepromatoso bajo tratamiento. Es una forma inestable y si algunos casos permanecen como tales indefinidamente, otros se mueven hacia el polo

lepromatoso o hacia el polo tuberculoide del espectro. Como este grupo se mueve entre el polo lepromatoso y tuberculoide dependiendo del menor o mayor grado de resistencia, podían encontrarse una amplia gama de lesiones clínicas que en parte recuerdan a la lepra lepromatosa y en parte a la lepra tuberculoide.

Las lesiones cutáneas más características de este grupo son aquellas que presentan áreas redondeadas u ovals de piel normal o hipocrómica, a 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, mientras el borde externo tiende a aplanarse y fundirse hacia la piel normal. Varían en número, tamaño y localización, siendo por lo común de distribución asimétrica. Los lóbulos auriculares pueden estar unilateralmente infiltrados. Las lesiones de nervios periféricos dan origen a trastornos sensitivos; puede haber parresia muscular con o sin amiotrofia. Esta forma es poco frecuente entre nosotros.

Como si toda esta sintomatología no fuera suficientemente amplia dentro del cuadro clínico de esta afección, hay que considerar los estados agudos o sub- agudos de la enfermedad conocidos bajo el término de reacción.

Indiscutiblemente que en todas las formas clínicas de la enfermedad se pueden presentar estos brotes reaccionales, pero donde en realidad tienen una gran importancia es en la lepra lepromatosa.

Estos episodios agudos pueden ser de dos formas: Exacerbación lepromatosa y la verdadera reacción leprosa. (En L. L.)

En la exacerbación se aprecia el aumento rápido de las lesiones lepromatosas existentes, con aparición o no de nuevas de la misma naturaleza. El número de bacilos aumenta con

las lesiones, con aumento del porcentaje de bacilos de formas homogéneas. La exacerbación algunos la consideran dentro de la historia natural de la lepra e independiente de factores extrínsecos.

Por otra parte, la verdadera reacción leprosa se presenta con diversos aspectos clínicos aislados o combinados, ellos son:

*Eritema nudoso*, constituido por lesiones nodulares de localización preferente en miembros inferiores, cara anterior de las piernas, muslos o en miembros superiores, generalmente en sitios no afectados por el proceso lepromatoso preexistente.

*Eritema polimorfo*: Pápulas extensas, rojizas, de disposición en escarapela o típicas lesiones iris, a veces ampollares.

*Eritema necrosantp (fenómeno de Lucio)* : Manchas rojas, dolorosas, de formas caprichosas que llegan a la necrosis seca o ampollosa. Esta última lesión cutánea de la reacción leprosa es más común en la lepra lepromatosa difusa. Estos episodios reaccionales, están ligados a procesos inmunobiológicos. Por lo general se encuentran pocos bacilos en las áreas de infiltración. En los focos lepromatosos circundantes, el número de bacilos es comparable al de las lesiones lepromatosas no reaccionales. Los bacilos son granulares desde el comienzo de la reacción.

Diversas causas pueden romper el equilibrio entre el bacilo y el huésped para determinar tales episodios. Ellas son: *stress, infecciones intercurrentes, factores endocrinos, terapéutica*

*específica.*

Entre nosotros en la mujer con frecuencia *el embarazo.*

#### CONCLUSIONES

1. El diagnóstico de lepra debe ser planteado en un gran número de afecciones cutáneas y nerviosas.
2. El índice de sospecha debe ser mayor si el caso procede de una zona endémica.
3. Con un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado los pacientes pueden curar más rápidamente.

#### CONCLUSIONS

The diagnosis of leprosy must be stated in a major number of cutaneous and nervous diseases.

The suspect index must be greater if the patient comes from an endemic area.

With an early diagnosis and a correct treatment the patients can be cured more quickly.

#### RESUME

Le diagnostic de lépre doit être établi dans un grand nombre d'affections cutanées et nerveuses.

L'index de doute doit être plus grand si le cas procede d'une zone endémique.

Faisant tôt le diagnostic et avec un traitement adéquat les patients peuvent guérir plus rapidement.

#### BIBLIOGRAFIA

1. —Gómez Orbaneja, J y García Pérez, A.: "Lepra", Edit. Paz Montalvo, Madrid, 1953.
2. —Argüelles Casal, D: Histomorfología de la Piel. MINSAP. Cuba, 1964.
3. —Vega, A.: Lepra, En Enf. de la Piel (Andrews). Edic. española. Habana, 1961.
- 4.—Wade, H. W.: Internat. J. of Leprosy (número especial del Congreso), 1958.