

Lepra dimorfa en estado reaccional tipo 1 y 2

Multibacillary borderline leprosy with leprosy reaction type 1 and 2.

Ana Milena Montes,¹ Beatriz Orozco,² Mónica Gaviria.³

1. Residente 1 año de Dermatología. Sección de dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

2. Dermatóloga docente. Sección de dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

3. Dermatóloga docente. Sección de dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

Correspondencia:

Ana Milena Montes

anamontesg@gmail.com

Recibido: Diciembre 10 de 2008.

Aceptado: Enero 20 de 2009.

No se reportan conflictos de intereses.

Resumen

El enfoque de los pacientes con lepra se ha modificado de forma positiva en los últimos años; sin embargo, las reacciones lepróticas siguen siendo un problema clínico importante. Se reporta el caso de un paciente con lepra dimorfa multibacilar que presentó reacción leprótica tipo 1 y 2. Se discute la dificultad de su manejo.

PALABRAS CLAVE: Lepra, *mycobacterium leprae*, lepra dimorfa, tratamiento.

Summary

The approach leprosy has been changed positively in recent years; however, leprosy reactions remain a major clinical problem. We present a patient with multibacillary borderline leprosy who developed leprosy reaction type 1 and 2. We discuss the difficulty of management.

KEY WORDS: Leprosy, *mycobacterium leprae*, leprosy borderline, treatment.

Caso clínico

Paciente de 44 años de edad con diagnóstico de lepra multibacilar. El diagnóstico fue confirmado por biopsia de piel que mostró infiltrado dérmico separado de la epidermis por banda de colágeno (Zona de Grenz), abundantes linfocitos, células espumosas y células epitelioides en cantidad moderada (No se observaron granulomas, infiltrado perineural, ni infiltrado perianexial) y por un índice bacilar (IB) de 2.6. El paciente se encontraba en poliquimioterapia con Rifampicina, Clofazimina y Dapsone hacía tres meses. Consultó por dolor intenso en el antebrazo y pérdida de movimiento en el cuarto y quinto dedo de la mano derecha. Presentaba empeoramiento de algunas lesiones preexistentes de la piel y aparición de otras nuevas lesiones eritematosas y dolorosas.

Al examen físico se observaron placas generalizadas, anulares, con borde eritematoso, infiltrado, sin descapacitación, asociadas a anestesia y disestesia en los miembros superiores e inferiores y neuritis cubital derecha (**FIGURA 1 Y 2**). Se realizaron hemoleucograma y pruebas de función renal y hepática, que se encontraron en límites

normales. Con estos hallazgos clínicos se hizo el diagnóstico de una lepra dimorfa con reacción de reversa tipo 1. Se inició tratamiento con prednisona 40 mg/día y se remitió para evaluación por oftalmología y fisiatría.

A pesar del tratamiento con esteroides sistémicos el paciente se tornó decaído, febril, con empeoramiento y aparición de nuevas lesiones tipo pápulas eritematosas en el tronco y las extremidades superiores, nódulos subcutáneos en los codos y el tórax anterior y neuritis cubital bilateral (**FIGURA 3**). Con estos nuevos hallazgos se hizo un diagnóstico de reacciones tipos 1 y 2 en un paciente con lepra dimorfa. Se adiciona talidomida 200 mg/día al manejo previo con esteroides.

Discusión

La lepra es una enfermedad granulomatosa crónica producida por el bacilo *Mycobacterium leprae* que afecta la piel y los nervios periféricos. Uno de sus principales problemas es la aparición de reacciones, sobre todo en la fase de tratamiento.¹⁻³ Se divide en dos tipos, denominados reacción leprótica tipo 1 (reacción de ascenso, de re-



FIGURA 1: Placas anulares con borde eritematoso, infiltrado y alteración en la sensibilidad.



FIGURA 2: Placas anulares con pérdida de anexos.

versa o de descenso) y reacción leprótica tipo 2 (eritema nodoso leproso).^{1,3,4} El diagnóstico de las reacciones es eminentemente clínico.³

La reacción leprótica tipo 1 cursa con inflamación aguda en la piel y los nervios periféricos asociada a la activación de mecanismos de hipersensibilidad tardía contra antígenos de *M. leprae*.^{1,3,5,6} Entre los factores de riesgo asociados se encuentran: género femenino, infecciones virales, formas multibacilares y compromiso extenso de piel o nervios.^{3,4}

La aparición de la reacción de reversa tipo 1 es más común en formas dimorfas de la enfermedad^{1,3,5,6} y su frecuencia puede afectar de un 8% hasta un 67% de

los pacientes con lepra.^{3,5} Ocurre con mayor frecuencia luego de 6 a 12 meses del inicio del tratamiento, pero se han reportado casos hasta 7 años después de haberlo terminado.^{1,3,5,7} Puede presentarse con edema y eritema de las lesiones pre-existentes, con aparición de nuevas lesiones cercanas o distantes, con compromiso de la sensibilidad o sin él y de los nervios periféricos. El edema de la cara, las palmas y las plantas y los síntomas sistémicos son inusuales.^{1-4,8} Esta descripción concuerda con la clínica que presentó inicialmente nuestro paciente.

La reacción tipo 2 o eritema nodoso leproso afecta al 20 % de los pacientes con lepra lepromatosa y al 10% de los pacientes con lepra dimorfía lepromatosa, sin compromiso de las otras formas clínicas. Este tipo de reacción es causada por depósitos de complejos inmunes y está asociada con niveles altos de factor de necrosis tumoral alfa.^{2,6} Es de inicio agudo y se considera un desorden sistémico ya que pueden verse afectados múltiples órganos. Se presenta fiebre y pápulas o nódulos dolorosos que afectan generalmente la cara y la superficie extensora de las extremidades. Las lesiones pueden ser superficiales o profundas.² En nuestro caso el paciente posteriormente presentó síntomas generales asociados a la aparición de pápulas eritematosas y nódulos en la superficie extensora de los miembros superiores.

La TABLA 1 muestra la clasificación de la OMS y de Ridley-Jopling y su relación con los tipos de reacciones.³

De acuerdo con la Tabla 1 los pacientes con lepra multibacilar que se mueven en el espectro de la lepra borderline borderline y la lepra borderline lepromatosa



FIGURA 3: Nódulos subcutáneos eritemato-violáceos de reciente aparición.

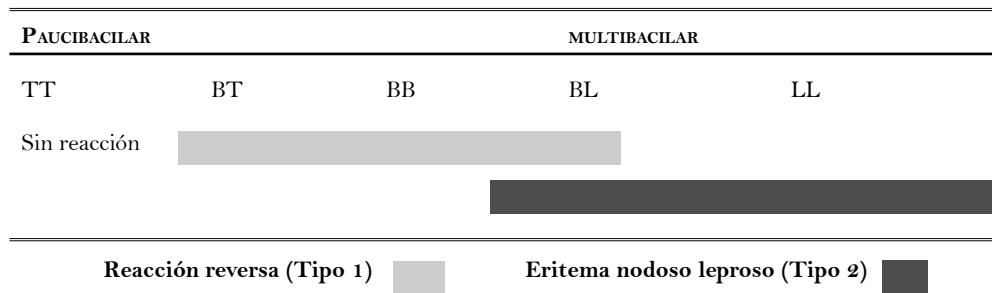


TABLA 1: Clasificación de la OMS y de Ridley-Jopling y su relación con los tipos de reacciones.

pueden tener durante el desarrollo de su enfermedad cada tipo de reacción y también ambas al mismo tiempo, como sucedió con nuestro paciente.³

El manejo adecuado de las reacciones lepróticas leves (sin compromiso neural) se realiza con analgésicos o cloroquina por 1 ó 2 semanas.^{1,3,6} La reacción tipo 1 se maneja con prednisona. Se recomienda iniciar con una dosis diaria de 40 mg a 80 mg con disminución gradual de la dosis cada 2 a 4 semanas después de la mejoría clínica del paciente.^{1,3,4,6} En caso de que exista alguna contraindicación al uso de esteroides sistémicos existen reportes de tratamiento con clofazimina, cloroquina, antimoniales, metotrexate, azatriopina y ciclosporina.^{1,6,8} La reacción tipo 2 se maneja con talidomida 100 mg cuatro veces al día o 100 mg dos veces al día para evitar la sedación. Esta reacción también puede responder al uso de esteroides.^{3,6} Algunos pacientes se benefician del uso de ambos medicamentos, principalmente aquellos con neuritis o reacciones mixtas. Las dosis se deben individualizar según la evolución.³

Presentamos un paciente con lepra dimorfa en tratamiento usual para lepra pero en reacción durante más de tres meses, con dificultad en la interpretación de los signos y síntomas y la selección del tratamiento a seguir ante la presencia simultánea de los dos tipos de reacciones lepróticas.

Referencias

1. Rodríguez G, Orozco LC. Lepra. Santafé de Bogotá: Instituto Nacional de Salud. 1996.
2. Stephen L. W, MRCP (UK), and Diana N.J. L. Leprosy. Clinics in Dermatology. 2007; 25:165–72.
3. Yoder LJ, Gillis W. Manejo de las reacciones en la enfermedad de Hansen. Long Hansen's Disease Center. Carville, LA 70721.
4. Kumar, Bhushan, Dogra, Sunil, Kaur, Inderjeet. Epidemiological Characteristics of Leprosy Reactions: 15 Years Experience from North India. Int J Lepr Other Mycobact Dis. 2004; 72:125–33.
5. Rego V P.A, Machado P R.L, Martins I, Trindade R, Paraná R. Type 1 reaction in leprosy: characteristics and association with hepatitis B and C viruses. Rev Soc Bras Med Trop. 2007; 40: 546–9.
6. Virendra N S, Kabir S, Sunil D. Management of complications following leprosy: An evolving scenario. Journal of Dermatological Treatment. 2007; 18: 366–74.
7. Kyaw K, Tin Mg T, San Yi Yi S, Yuzuru N, Shinichiro T, Koichi S, Norihisa I. Clinical analysis of multibacillary leprosy patients after 1-year fixed World Health Organization recommended multidrug therapy at Yangon General Hospital, Myanmar. Journal of Dermatology 2008; 35: 264–9.
8. Biosca G, Casallo S, López Vélez R. Methotrexate Treatment for Type 1(Reversal) Leprosy Reactions. Clinical Infectious Diseases 2007; 45: e7–9.