

DIRECTOR

Prof. JORGE E. CAVELIER

COMITE DE REDACCION

Profesor LUIS PATIÑO CAMARGO
Prof. agregado HERNANDO ANZOLA CUBIDES
Prof. agregado FRANCISCO GNECCO MOZO

INSTITUTO FEDERICO LLERAS DE INVESTIGACION MEDICA

Sección de Estudios Clínicos y Terapéuticos

SOBRE UN CASO DE LEPRO TUBERCULOIDE

Por el doctor *J. Ignacio Chala H.*

Profesor agregado de la Clínica Dermatológica de la Facultad de Medicina de Bogotá.

Las manifestaciones dermatológicas de la lepra tuberculoide, han llamado la atención de los dermatólogos. En estos últimos tiempos los especialistas han publicado varios estudios sobre este tema de palpitante interés científico y de importancia práctica desde el punto de vista de la profilaxis.

Las formas tuberculoides de la lepra, se observan cada día con mayor frecuencia y el porcentaje de casos aumenta en algunos países leprógenos.

En Colombia la presencia de esta modalidad de lepra no está suficientemente estudiada; la literatura médica nacional no menciona casos de lepra tuberculoide.

Motta, asistente a la Clínica Dermatológica de la Universidad de Río de Janeiro, habla del 10% al 20% de casos diagnosticados en la capital brasileña. (13). Lowe en la India Inglesa y H. W. Wade en Filipinas, han observado numerosos casos. (8) (10).

Las lesiones tuberculoides de la lepra, habían sido descritas por Jadasshon en 1898 y este autor las denominó tuberculoides, porque su conformación histológica, es semejante a la del folículo tuberculoso con sus linfocitos, plasmocitos, células epitelioides y células gigantes, del tipo Langhans. (18). Los histólogos, señalan como carácter distintivo con las demás lesiones leprosas (lépromas, léprides) la ausencia de células de Virchow o espumosas y de globis bacilares.

En un principio los especialistas no aceptaban que el bacilo de Hansen pudiera ocasionar estas eflorescencias cutáneas de estructura folicular, porque se tenía como dogma científico que la tuberculosis era la causa única de las lesiones tuberculoides.

Posteriormente ya se admitió que la sífilis también podía des-



FOTO N.º 1

Placa de color violáceo, ligeramente elevada, infiltrada, superficie granulosa, con pápulas miliares. Localizadas en regiones frontal, ciliar y temporal.

empeñar algún papel etiológico, en la formación histológica del tipo o mejor variedad tuberculoide (7).

Pautrier y Boez en la Reunión Dermatológica realizada en Strasbourg, en 1923, presentaron un caso de lepra tuberculoide. En la Conferencia Internacional de Lepra, reunida en Strasbourg, el mismo año, J. Darier dió a conocer su estudio sobre este importante tema (1) (2).

El ilustre dermatólogo, con autoridad indiscutible, presentó a la consideración de los especialistas allí reunidos, algunas observaciones sobre lepra tuberculoide; describió los principales signos dermatológicos de la afección y trató sobre la histología, etiología y terapéutica. Para Darier el término tuberculoide no constituye una entidad aislada, sino un síndrome común a varias enfermeda-

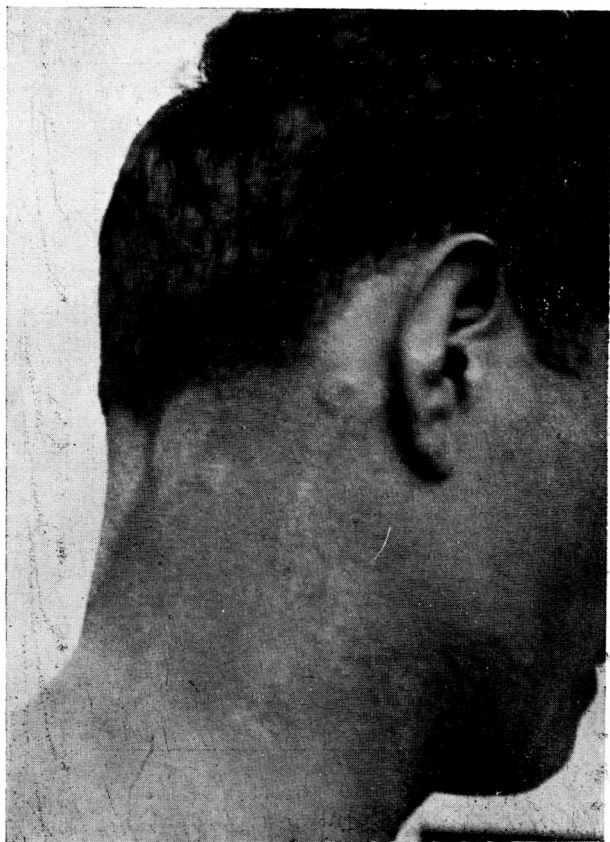


FOTO N.º 2

Placa elevada, infiltrada, bordes irregulares, con elementos papuloides.

des, entre otras sífilis, tuberculosis y lepra. No obstante, algunos de los especialistas reunidos en la Conferencia, emitieron la opinión de que esas formaciones tuberculoides, podían depender de una tuberculosis asociada con la lepra o con la sífilis.

Las ideas expuestas a este respecto por Jadasshon, Klinmüller, Darier, Pautrier y Boez, han tenido plena confirmación. La exis-

tencia de la lepra tuberculoide ha sido demostrada ampliamente; su estudio ya ha salido del terreno de especulación científica para entrar en el de la práctica.

Hoy está admitido por leprólogos y dermatólogos, que la lepra provoca lesiones tuberculoideas, con formación en los tejidos de verdaderos folículos tuberculosos, que como lo anota Darier, están constituídos por células gigantes, tipo Langhans, células epitelioides y linfocitos. En las lesiones de cuando en vez, se descubren es-

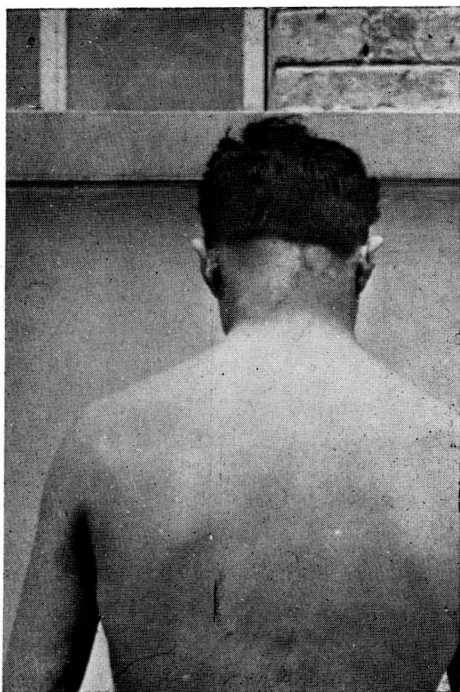


FOTO N.º 3

Lesión eritemato escamosa, bordes netos y salientes, infiltrada (5 cm. de ancho x 7 cm. de largo).

casos bacilos. La estructura tuberculoide de etiología leprosa, también se ha encontrado en los nervios, especialmente en los ramales superficiales, con predilección por el cubital y el ramal auricular del plejo cervical superficial, parte media del cuello. Diagnosticar esta variedad de lepra, es muy importante para la profilaxis porque a pesar de autorizadas opiniones de especialistas, tanto de la América, como de los imperios coloniales de Europa, todavía, no se puede asegurar que la lepra tuberculoide no pueda transformarse en tipo lepromatoso y mixto.

Aquellos que sostienen la inmutabilidad de la lepra tuberculoides, creen que se trata de una forma especial que evoluciona en organismos que poseen una resistencia específica para la lepra, la cual no se modifica, a pesar de que el organismo se encuentre en condiciones desfavorables. Suponen que se trata de formas alérgicas de lepra, con Mitsuda positiva, en oposición a la forma lepromatosa que la consideran como una lepra anérgica, con Mitsuda negativa (20); la primera de evolución benigna y la segunda de des-



FOTO N.º 4

Eflorescencia en la región dorso-lumbar derecha. Superficie irregular, con pápulas liquenoides, recubiertas de escamas ténues.

arrollo progresivo y maligno (12).

Conviene recordar que según la autorizada opinión de Jeanselme (18), la modalidad tuberculoides de la lepra, se observa con frecuencia, en el tipo neural, pero excepcionalmente en el lepromatoso y en los casos mixtos o completos.

El conocimiento de la incidencia de esta modalidad de lepra en los focos endémicos de Colombia, será de gran utilidad. Cuando

se verifiquen estudios sobre la materia, se podrán deducir conclusiones en cuanto a su significación endemiológica, antigüedad de los focos leprosos y en relación con su aparición en organismos resistentes.

Las lesiones de la modalidad tuberculoide de la lepra en su forma clásica, son típicas, morfológica e histológicamente distintas a las eflorescencias cutáneas de la lepra tipo lepromatoso y de las léprides eritemato-pigmentarias; son muy semejantes a las manifesta-

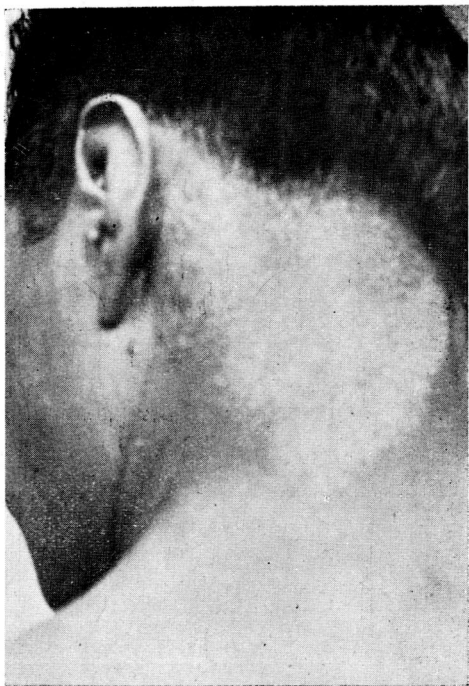


FOTO N.º 5

Lesión eritemato-escamosa, bordes netos, elevada, infiltrada, con elementos papuloides.

ciones cutáneas de las afecciones clasificadas entre el grupo de las tuberculides.

Desde el punto de vista histológico, su estructura recuerda el folículo tuberculoso (10) (14).

El aspecto clínico y la morfología de las lesiones cutáneas, en la variedad tuberculoide de la lepra, es en muchas ocasiones suficiente para afirmar o por lo menos sospechar las alteraciones histológicas, sin necesidad de recurrir al anatomopatologista. Sin embargo, el estudio histológico se impone, sobre todo en los casos poco

típicos o cuando la lesión se presenta bajo la forma de manchas semejantes a las léprides comunes.

Las manifestaciones tuberculoides de la lepra pueden localizarse en la piel, en el tejido celular subcutáneo y en los nervios.

En la piel se presenta bajo forma de manchas o placas, de extensión variable; en algunos casos, cuando su morfología no es típica, no se diferencian a primera vista de las lesiones comunes de

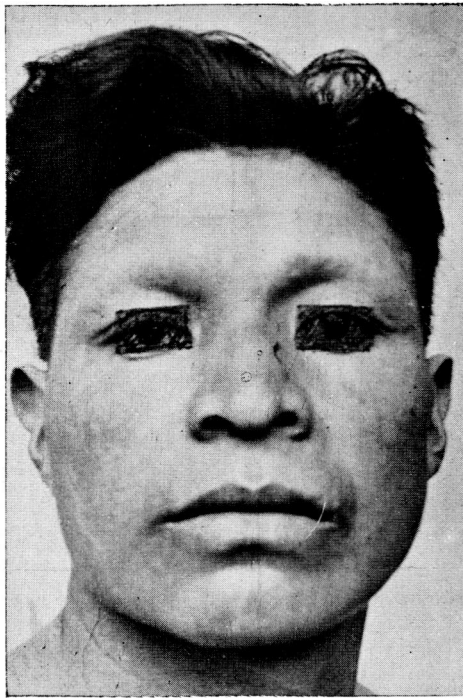


FOTO N.º 6

Foto tomada 4 meses después del tratamiento. La lesión ha regresado rápidamente.

la lepra y solamente el estudio histológico de la biopsia, puede aclarar el diagnóstico. Con frecuencia las manchas o placas, toman el aspecto tricofitoide, o también sifiloide. En otras ocasiones, simula el líquen plano o el granuloma anular, con sus pequeños elementos colocados en círculos. En los casos típicos, las lesiones tienen contornos netos, su centro liso, ligeramente acrómico y en ocasiones recubierto por tenues escamas; en los bordes, a simple vista o con ayuda de la lente, se descubren lesiones papuloides pequeñas y localizadas en la región marginal de las manchas, lo cual hace que

su borde o contorno, resalte del resto de la piel sana y forme un relieve sensible a la vista y al tacto.

En los primeros casos observados por Jadasshon, Darier y Pautrier (1) (2), las lesiones, en unos enfermos, simulaban el lupus tuberculoso de Villian o lupus vulgar, y en otros, tomaban el aspecto



FOTO N.º 7

Foto tomada 11 meses después del tratamiento. Compárese con la foto N.º 2.
Regresión de la lesión.

de las infiltraciones de los lupoides miliars de Boeck o la morfología del líquen escrofulosorum o del granuloma anular. No siempre el diagnóstico morfológico de la lesión dermatológica, es tan sencillo. En ocasiones los tuberculoides de la lepra a semejanza de los de la sífilis o de la tuberculosis, no son fáciles de clasificar en tal o cual variedad. Estos casos difíciles representan sin lugar a duda verdaderas formas intermediarias o de transición.

La lepra tuberculoide también puede presentarse con morfología semejante a la del lupus eritematoso túmido o a la de los sarcoides cutáneos de Boeck. En otras ocasiones cuando las manchas o placas toman color rosado y aspecto exudativo, se confunden fácilmente con el eritema polimorfo, tipo eritemato papuloso (13).

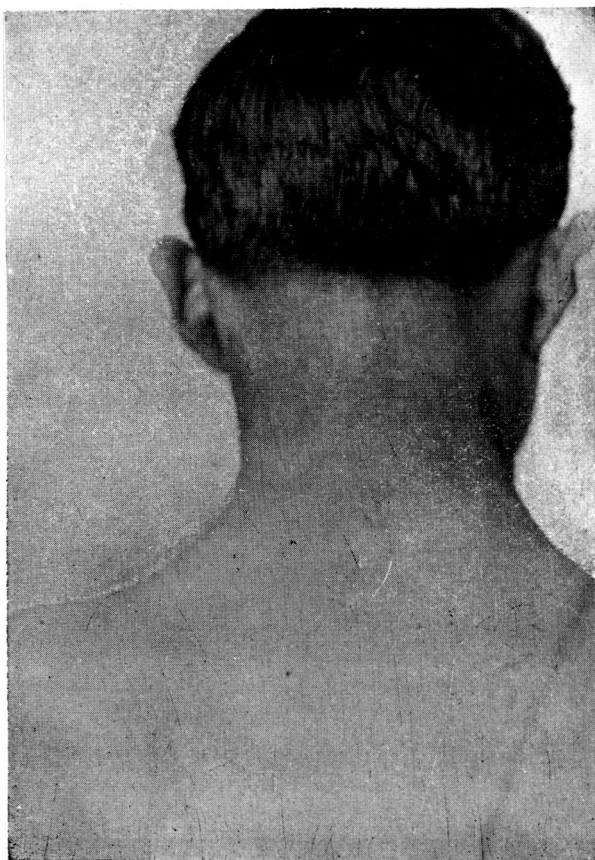


FOTO N.º 8

Foto tomada 11 meses después del tratamiento. Véase la diferencia con la foto N° 3.

Los leprólogos brasileños han observado otras modalidades eruptivas de la lepra tuberculoide que no están descritas en los estudios clásicos. Según Motta, en ese país ha observado casos de lepra tuberculoide con lesiones dermatológicas constituidas por placas eritemato pigmentarias, de bordes bien limitados, sin infiltración, secas, escamosas, paraqueratósicas y muy semejantes a las eczemáti-

das; otras veces, la eflorescencia cutánea toma el tipo ictiosiforme o simula la "dermatitis pigmentaria y purpúrica". El examen histológico de las lesiones demuestra en todas ellas la estructura folicular típica.

Las manifestaciones clínicas de esta modalidad de lepra, también se localizan en la hipodermis y en este caso la confusión es posible con los "sarcoides hipodérmicos de Darier-Roussy", los sarcoides hipodérmicos diseminados y el "Eritema Indurado de Bazin".

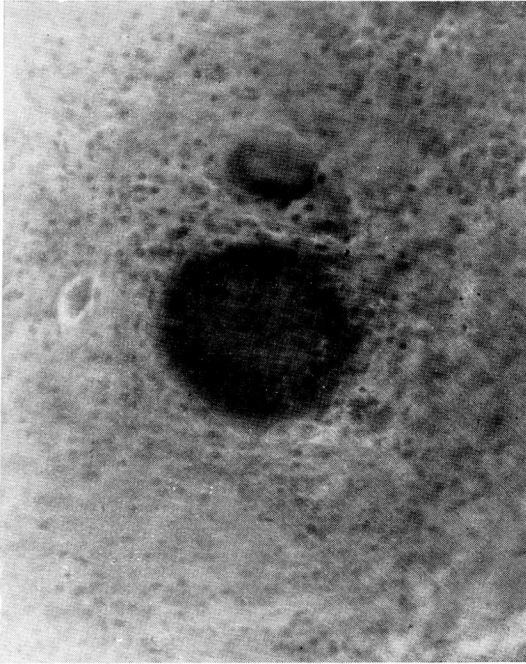


FOTO N.º 9

Corte de biopsia de una de las lesiones de L. C. Se aprecia la infiltración leucocitaria mononuclear y una célula gigante (tipo Langhans), con núcleos agrupados en forma de herradura.

En resumen: la semejanza del aspecto clínico entre las manifestaciones de la lepra tuberculoide y las dermatosis clasificadas en el grupo de las tuberculoides, es tal, que el polimorfismo de las segundas puede aplicarse a la variedad tuberculoide de la lepra.

En cuanto al modo como se presenta la lepra tuberculoide en los nervios, ha sido estudiado muy detenidamente entre otros leprólogos, por Muir, Wade, Rodríguez y Lowe (8) (10) (3). La literatura médica colombiana no menciona ningún caso de lepra tuberculoide

y el autor de esta observación no ha logrado comprobar ningún caso de lepra tuberculoide de los nervios, para poder afirmar su existencia entre nosotros.

Esta modalidad de lepra localizada en los nervios, clínicamente se distingue por la formación de abscesos en los ramales nerviosos, especialmente en el cubital. En su período inicial se forman uno o varios nódulos que alcanzan al tamaño de una almendra; se localizan de preferencia sobre el cubital, en la cara interna del brazo, por encima de la articulación del codo y en la región media del cuello,

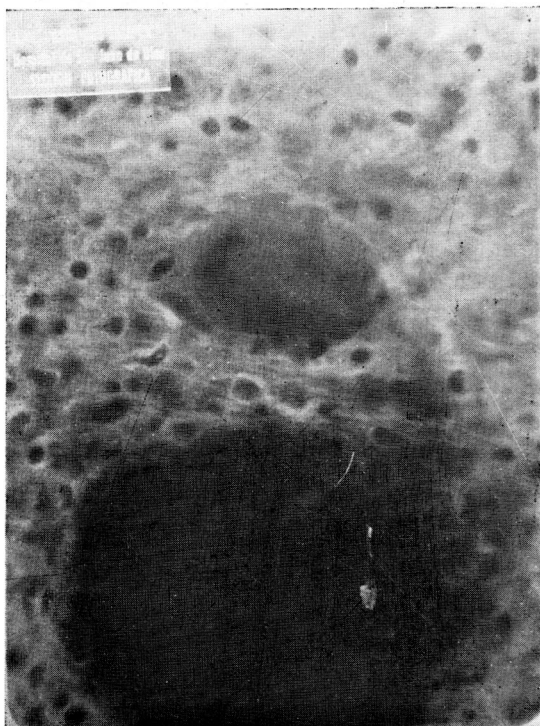


FOTO N.º 10

Corte de biopsia de una mancha que presenta el enfermo L. C. La misma lesión que muestran las fotos Nos. 9 y 10, pero con mayor aumento.

sobre el trayecto de la rama auricular del plejo cervical superficial. Al principio su consistencia es dura, pero luego el nódulo se reblandece y ordinariamente se abre hacia el exterior; cuando esto sucede, se evacua un pus de aspecto caseoso, la piel se fistuliza y finalmente la herida cicatriza. Si se punciona el absceso antes de su eliminación espontánea, se extrae una materia semisólida, caseosa, blanca o ligeramente amarilla. No existe reacción inflamatoria de la piel y en oca-

siones los pacientes únicamente se quejan de alteraciones subjetivas de la sensibilidad (3).

Según los trabajos de N. Souza Campos, quien ha podido estudiar cerca de 28 casos de lepra tuberculoide en la infancia, se deduce que el aspecto clínico de la lepra tuberculoide en los niños es morfológicamente distinto al observado en el adulto (11). Las formas estudiadas por este autor, se pueden reducir a cuatro tipos: papuloide, nodular, liquenoide (pápulas miliares) y sarcoide de Boeck.

La reacción leprosa, en la variedad tuberculoide de la lepra, no es tan intensa ni aguda como en el tipo lepromatoso.

Los signos que permiten diferenciar la lepra tuberculoide de otras lesiones dermatológicas semejantes y verificar un diagnóstico, han sido estudiados por Darier (1) y los puedo resumir así alteraciones de la sensibilidad en las manchas; evolución crónica pero no tan lenta como la observada en el lupus vulgar; ausencia de atrofia esclerosa como la que presenta el lupus plano eritematoso; el tratamiento antisifilítico prolongado, y aun en casos serológicamente positivos, no tiene ninguna influencia sobre las lesiones; en cambio, ceden con facilidad a las medicaciones antileprosas. Por otra parte al examen por vitropresión se comprueba que las eflorescencias cutáneas no presentan la misma traslucidez de los lupomas, tampoco se ulceran como acontece con los lupus excedens. La inoculación de triturados de tejidos, no tuberculiza los animales en experiencia y la reacción de Mitsuda siempre es positiva (resultados observados a los 21 días). (12) (13).

En resumen: La lepra tuberculoide típica se caracteriza: 1º Por sus manifestaciones clínicas especiales con placas de aspecto lúpico, ordinariamente con alteraciones de la sensibilidad o con lesiones maculosas, de forma anular, bordes gruesos, lisos o papuloideos; 2º Por la ausencia de bacilos en las lesiones, a excepción de los períodos de R. L. tuberculoide, en que sí se puede descubrir el germen; 3º Por la estructura histológica de los tejidos lesionados, que adopta el tipo folicular y en grados distintos según lo ha demostrado Wade; 4º Porque la prueba de Mitsuda siempre es positiva.

En las formas atípicas descritas anteriormente, el diagnóstico clínico es delicado.

En cuanto a la evolución de esta modalidad de lepra, los especialistas están de acuerdo en que el pronóstico es benigno, porque las eflorescencias aisladas desaparecen generalmente, sin dejar ninguna señal; empero, en ocasiones se observan como restos de antiguas lesiones, manchas discrómicas o acrómicas con ligera atrofia de la piel.

Cuando se presentan reacciones leprosas tuberculoides o cuando las manifestaciones cutáneas están acompañadas de lesiones nerviosas, el pronóstico es reservado sobre todo en lo relativo a la incapacidad física del paciente. En cambio, como dije al principio, los lepró-

logos todavía no se han puesto de acuerdo respecto a la transformación de la lepra tuberculoide en lepromatosa o mixta. Autoridades en la materia han publicado observaciones tendientes a comprobar el hecho (12).

La observación que presento a la consideración de los especialistas, pertenece al grupo de las afecciones tuberculoides, entre las cuales está la lepra.

El conocimiento y la búsqueda de esta modalidad de lepra es muy importante desde el punto de vista práctico. Hasta el momento no se ha estudiado la frecuencia de la lepra tuberculoide entre nos-

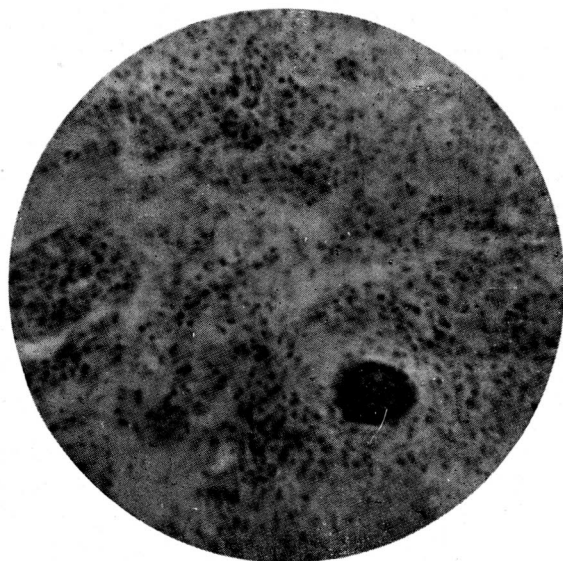


FOTO N° 11

Corte de biopsia de una de las lesiones de L. C.

otros; es posible que exista un porcentaje apreciable de casos, especialmente en los focos antiguos de lepra y entre los niños aparentemente sanos, hijos de enfermos y residentes en los lazaretos o en los asilos.

El caso de L. C. se estudió por largo tiempo, con el propósito de verificar el diagnóstico clínico que de lepra tuberculoide le hice en el Instituto Lleras de Investigación Médica, diagnóstico que se confirmó plenamente. Como puede apreciarse en las fotografías, las lesiones son típicas. El tratamiento por el Azul de Metileno por vía intramuscular y las aplicaciones locales con ácido tricloro-acético y nieve carbónica, han hecho desaparecer casi por completo las manchas.

Como podrá observarse por la lectura de la historia clínica, las lesiones dermatológicas del enfermo L. C., presentan las características anotadas por los especialistas y que son propias de la lepra tuberculoide: manchas, de bordes realzados, ligeramente infiltradas, superficie irregular, elementos papuloides con alteraciones de la sensibilidad, ausencia de bacilos en moco, linfa, jugo ganglionar y en el raspado de las lesiones; pero, hecho importante, en el jugo medular extraído por punción esternal, se hallaron bacilos de Hansen típicos (19). Reacción a la tuberculina (—). Prueba de la lepromina (++) . Examen histológico: Infiltración leucocitaria mononuclear, células gigantes con núcleos agrupados en forma de herradura y células epitelioides. No se hallaron bacilos ácido-resistentes ni tejido caseoso. (Estudio hecho por el Profesor Sánchez-Herrera) (21).

Relación del caso.

Nombre: L. C. P. — Edad: 34 años. — Sexo: Masculino. — Estado civil: Casado. Natural de Guatavita (Cundinamarca). Residencias: Guatavita, Tunja y Bogotá. Última residencia: Bogotá, 16 años. Educación: Primaria. Descubrimiento del caso: Se presentó voluntariamente. Profesión: Agricultor, carretero. Contactos: *Intra-familiar*. No ha habido ningún caso de lepra en la familia. Hijos y cónyuge sanos. *Interfamiliares*. No ha conocido entre sus parientes ningún caso de lepra. *Extrafamiliares*. No da ningún dato importante.

Fecha de aparición de la primera manifestación de lepra: En abril de 1939. *Lesión inicial:* Mancha infiltrada en la periferia y de color rosado, localizada en la ceja izquierda. *Edad del enfermo al presentarse la lesión inicial:* 34 años. *Evolución de la enfermedad:* Comenzó por una mancha elevada e infiltrada en la periferia, color rojizo, localizada en la ceja izquierda. Luego se presentó otra en el labio superior y región dorsal de la nariz; 20 días más tarde, otra en la frente; al mes y medio otra, en la ceja derecha, que luego se extendió a la mejilla derecha y parte del cuello. Después han aparecido lesiones iguales a las anteriores, en la espalda y piernas.

Examen del enfermo practicado en el Instituto el día 17 de agosto de 1939: Mancha grande de color violáceo ligeramente elevada, infiltrada, superficie granulosa, con elementos papuloides miliares, localizada en las regiones ciliar externa, temporal y malar del lado derecho. (Foto N^o 1). Esta lesión se extiende al cuello, región mastoideana y retro auricular. (Foto N^o 2). Mácula pequeña en la región dorsal superior; mancha eritemato-escamosa, de bordes salientes, también infiltrados, de unos 5 centms. de ancho por

7 de largo, situada en la región posterior del cuello y que parece salir del cuero cabelludo. (Foto N° 3). En la misma región y cerca de ésta, existen otras pequeñas y papulosas, rugosas al tacto y aspecto liquenoide. Manchas que tienen el mismo aspecto morfológico y localizadas en la región dorso lumbar derecha; de superficie irregular, con pápulas liquenoides recubiertas de escamas ténues (Foto N° 7). Máculas con caracteres iguales a los anteriores en la parte interna de muslos y piernas.

LESIONES NEURALES: *Perturbaciones de la sensibilidad.* Alteraciones de la sensibilidad térmica y dolorosa, apreciables en las eflorescencias de los muslos, piernas, región dorso lumbar derecha y nuca. **NERVIOS.** *Perturbaciones vasomotoras:* Cianosis de las extremidades. **PERTURBACIONES SECRETORAS DE LA PIEL:** Disminución de la secreción sudoral. **PERTURBACIONES TROFICAS:** LIGERA alopecia del 1/3 externo de las cejas. **LOCALIZACIONES VISCERALES DE LA LEPROA:** *Sistema linfático.* Ganglios inguinales infartados.

ENFERMEDADES INTERCURRENTES: Viruela y sarampión en la infancia.

CLASIFICACION CLINICA: Forma de lepra: Nt (Lepra Tuberculoide menor). **EXAMENES MICROSCOPICOS:** Investigación del *Mycobacterium leprae* Moco: (—) negativo. Linfa: (—) negativo. Ganglios: (—) negativo. Medula ósea: (+++) positivo. Reacción Lleras hecha el 11 de agosto de 1939, (+++) positiva. Otras reacciones, practicadas por el doctor F. Lleras Restrepo: Wassermann y Kahn, agosto 11 de 1939 (—) negativas. Reacción Vernes a la resorcina: IX|20|39, = 11. Prueba tuberculínica: IX|22|39 (—) negativa. Reacción Lepromina: VII|4|40, (++) positiva. Sedimentación globular: septiembre 7|39, 50

TRATAMIENTO: Medicación principal Azul de Metileno administrado por vía intramuscular (las lesiones no se tiñeron en azul) y aplicaciones locales en las manchas con ácido tricloro-acético y nieve carbónica. Resultados buenos. Regresión casi completa de las eflorescencias.

Conclusiones. Por los caracteres de las lesiones dermatológicas que presenta el enfermo de lepra L. C., con alteraciones de la sensibilidad, ausencia de *Mycobacterium* en los frotos del raspado de las máculas y R. Mitsuda (++) positiva; por su estructura tuberculoide, hallada por el doctor Manuel Sánchez Herrera en los cortes de la biopsia practicada en una de las lesiones, se puede concluir que se trata de un caso de lepra Neural Macular, variedad tuberculoide menor (Nt), de la sub-clasificación especial del Cairo.

El caso también es interesante por el hallazgo del *Mycobacterium leprae*, en la medula ósea extraída por punción del esternón (19).

BIBLIOGRAFIA

1. *J. Darier*.—Les Tuberculoïdes de la Lepre. III Conference Internationale de la Lepre. Communications et Débats (1924).
2. *L. H. Pautrier y L. Boez*.—Cas de lepre Tuberculoïde. III Conference Internationale de la Lepre. Comunitations et Debats (1934).
3. *E. Muir and S. N. Chatterji*.—Leprous nerve lesions of the cutis and sub-cutis. Intern. Jour. Lep. 1. (1933).
4. *F. Hayashi*.—Mitsuda's skin reaction in leprosy. Intern. Jour. Lep. 1. (1933).
5. *R. Cochrane*.—The epidemiology and prevention of leprosy. Intern. Jour. Lep. 2. (1934).
6. *J. Darie, R. Sabouraud, Gougerot, Milian, Pautrier, etc.*—Nouvelle Practique Dermatologique T. III. (1936).
7. *J. Nicolás & J. Gate*.—Tuberculose cutanée & Tuberculides. (1934).
8. *H. W. Wade, M. D.*—The pathology of a nerve abcess and The Classifications of tuberculoid Leprosy. International Jour., Lep. Vol. 2 y 3, 1934-1935. (Reprinted).
9. *H. W. Wade*.—Lepra reaction in tuberculoid Leprosy. Internat. Jour Lep. 3. (1934).
10. *H. W. Wade, M. D.*—Tuberculoid changes in leprosy. 2 The pathology of tuberculoid leprosy in South Africa. Intern. Jour. Lep. 2. (1934).
11. *Nelson Souza Campo*.—Aspects cliniques de la lépre tuberculoïde chez l'enfant. Rev. Brasileira de leprologia. (Vol. V. 1937, número especial).
12. *Salomón Schwjman*.—Evolución y pronóstico de la lepra tuberculoïde. Rev. Brasileira de Leprologia. Vol. VII, N° 1. (1939).
13. *Joaquín Motta*.—Lépre tuberculoïde. Manifestaciones clínicas. Rev. Brasileira de Leprologia. (1938).
14. *Rabello Junior*.—Os Typos Estructuraes Da Lepra Tuberculoïde. Rev. Brasileira de Leprologia. (1937).
15. *J. M. Fernández*.—La reacción leprosa Tuberculoïde. Rev. Brasileira de Leprologia. (1937).
16. *Lara C. B.*—Mitsuda's skin reaction in children of leprous parents. Intern. Journal Lep. (1940).

17. *J. R. Rabello*.—Etiologie générale et pathogenie de la lépre tuberculoide. Rev. Brasileira de Leprologia. (1938).

18. *Jeanselme E.*—La Lépre. (1934).

19. *J. Ignacio Chala H., Lucien Ch. Brumpt y Federico Lleras Restrepo*.—Punción de la medula ósea en la lepra. Rev. Colombiana de Leprología. Nº 4. Vol. 1. Febrero, 1940.

20. *Sir Leonard Rogers y Ernest Muir*.—Leprosy. (1940).

21. *Manuel Sánchez Herrera*.—Rev. C. de Leprologia. Vol. 2, Nº 2. 1940

