

NUESTRO PRIMER CASO DE LEPROA TUBERCULOIDE

HUGO PESCE

*Departamento de Lepra de la Dirección General
de Salud Pública.*

(Recibido para su publicación en Marzo de 1946)

La Lepra, en el Perú, ha dejado de ser un fenómeno exclusivamente amazónico. Nuestros médicos vienen denunciando, en ciudades de la costa y de la sierra, la presencia de casos procedentes de los departamentos del Oriente. Y nuestra administración sanitaria comprueba nuevos focos, organizados y estables, en el Norte y en el Sur.

Esta realidad ha provocado —justo es reconocerlo— el interés del cuerpo médico y de los poderes públicos, los que están aprontando medios más eficaces para combatir esta endemia, que tiene ya contornos de problema nacional, dispuestos a vencerla como corresponde a una nación civilizada.

Tanto el peligro representado por el continuo desarrollo de las vías de comunicación, cuanto la creciente atención de la opinión médica y profana hacia este aspecto de nuestra sanidad, nos impulsan a publicar el caso que comentamos, como contribución al mejor conocimiento, entre nosotros, de esta enfermedad.

FICHA EPIDEMIOLÓGICA-CLÍNICA N° 467

(resumen)

Antecedentes

J. C. R., 63 años, europeo, residente en Loreto desde 1906.

El hijo F., de 34 años, es leproso de forma L (C2 N2), internado en el Asilo de San Pablo desde 1940. La esposa, en 1943 fué diagnosticada como leprosa, no bacilífera, de forma I (C1).

El enfermo notó en 1939 una manchita hipocrómica en la mejilla izquierda, que luego se vuelve rojiza, invade el surco naso-geniano y se abulta progresivamente. En marzo de 1944 un médico lo examina localmente, sin examen general; diagnostica angioma y efectúa una cauterización eléctrica que deja una cicatriz plana, de cm. 5 × 2, de aspecto satisfactorio. Desde 1942 evoluciona otro elemento figurado, en la cintura, que no fué examinado.

En mayo de 1944, con motivo de organizarse en Iquitos el examen sistemático de todos los "comunicantes" de leprosos, es citado al Consultorio del Servicio Antileproso.

Examen clínico. (12.V.1944).

En la cara, la cicatriz descrita.

En el hombro izquierdo un elemento figurado, tamaño de una peseta, de bordes micropapuloides, con zona central atrófica, hipocrómica y francamente hipoalésgica.



Región lumbar derecha. Lesión tuberculoide : mácula plana, hipocrómica, circinada, de contornos papuloides.

En el dorso, región de la cintura, lado izquierdo, un elemento figurado elipsoidal, de eje mayor horizontal, cm. 6×2 , cuyo centro presenta atrofia, hipocromia, hipoestesia térmica y táctil, y cuyos bordes, elevados de mm. 0.5 a mm. 2, rojizos, son formados por elementos papuloides fundidos o interrumpidos, con anchura de mm. 1 a mm. 3, de límite exterior muy neto e interior degradante. La vitropresión borra el eri-

tema de los bordes dejando subsistir una coloración café con leche. Nervios cubitales algo engrosados, especialmente el derecho. Nervios cervicales se palpan. (Fdo.: Dr. H. Pesce).

Examen bacteriológico. (12.V.44).

Mucus nasal bilateral y raspado de la lesión de la cintura : ambas láminas dan resultado negativo para el bacilo de Hansen. (Fdo.: Iglesias).



Microfotografía N° 1

*Corresponde a un folículo tuberculoide formado por una célula gigante y un macizo epitelioide de disposición central; escasa reacción linfocitaria periférica.
x 450. Hematoxilina-Eosina.*

Biopsia (13.V.44).

Se excide del borde superior de la lesión de la cintura, un trozo de piel de mm. 8 × 4, incluyendo subcutáneo. Se fija 3 días en Bouin, se lava con carbonato de litio y se pasa en formol al 10%. Se guarda para llevar al Laboratorio de Lima. (Fdo.: Dr. Pesce).

DIAGNOSTICO CLINICO : Lepra Tuberculoide (C'N') con lesiones quiescentes.

Análisis histopatológico (3.VII.44).

Pieza de la biopsia. Resultado : El epitelio de la piel no presenta alteraciones. Con pequeño aumento se observa, en el dermis superficial y en el profundo, infiltrados celulares multifocales, de pequeño y mediano volumen, sin tendencia a confluir, delimitándose netamente del conjuntivo sano. Con mayor aumento se distingue que estos focos de infiltración están constituidos por células epitelioides, gigantocitos y escasos linfocitos periféricos, células todas que en conjunto adoptan la típica estructura folicular tuberculoide (ver Micros N^{os} 1 y 2). También ha sido posible observar algunos filetes nerviosos infiltrados y destruidos por ese mismo granuloma. No se encuentran gérmenes ácido resistentes. Conclusión : LEPRO TUBERCULOIDE (Variedad folicular). Fdo. : J. Campos Rey de Castro.



Microfotografía N° 2

Este folículo está constituido casi exclusivamente por células epitelioides; los linfocitos de la periferia son muy escasos. x 450. Hematoxilina-Eosina.

Reacción de la Lepromina (14.III.1945 al 15.V.1945).

Antígeno : lepromina bacilar.

Inyección intradérmica : emc. 0.1, reg. interescapular izq.

Observaciones : 24 h., infiltración mm.	13 × 10,	eritema mm.	13 × 13
48 h., ..	10 × 10,	..	13 × 13
7 ds. ..	7 × 6,	..	7 × 6
14 ds. pápula	6 × 6,	..	10 × 8
60 ds. nódulo	5 × 6,		

Resultado : Reacción precoz (Fernández), positiva (+).
Reacción tardía (Mitsuda), positiva (++)

Evolución

Observado el enfermo hasta Julio de 1946, sin tratamiento, las dos lesiones del hombro y de la cintura han entrado en regresión espontánea y fase cicatricial.

DIAGNOSTICO ACTUAL

El diagnóstico clínico de Lepra Tuberculoide recibió confirmación por la histopatología, la inmunología y el proceso evolutivo.

NOCIONES GENERALES

Antes de comentar esta historia clínica, nos parece indispensable referirnos a la concepción moderna de la lepra, debida a la escuela sudamericana; y fundamentalmente al Brasil (Rabello, Nelson Souza Campos, Portugal, etc.) y a la Argentina (Baliña, Fernández, Schujman, Basmbrío, etc.).

Según ella, se distinguen dos formas polares de lepra.

Por un lado tenemos la forma *Lepromatosa* (símbolo L), caracterizada, en piel y nervios, por infiltraciones específicas de tipo leprocitario, con células de Virchow y abundantes bacilos de Hansen, y cuya evolución cutánea más frecuente consiste en elementos eritemato-bruñidos infiltrados, de contornos difusos, que suelen evolucionar hacia la formación de tubérculos y nódulos diseminados, llamados lepromas; los nervios suelen engrosar y pueden presentarse amiotrofias y amplios territorios anestésicos; estos casos reaccionan negativamente frente a la inoculación intradérmica de lepromina; su evolución es crónica, interrumpida por brotes agudos, y su pronóstico es generalmente severo.

Por otro lado, tenemos la forma *Tuberculoide* (símbolo Tde), caracterizada, en piel y nervios, por la formación histológica inespecífica conocida con el nombre de "tuberculoide" (observada en la tuberculosis, la sífilis, el reumatismo, la leishmaniasis, etc.), presentando en la piel lesiones características de diferentes tipos, poco numerosas, llamadas leprides, de contornos netos, frecuentemente micropapuloides y con tendencia a la resolución central, con alteraciones precoces de la sensibilidad, de evolución crónica y tendencia a la cicatrización, sin afectar el estado general; son lesiones deshabitadas o paucibacilares, excepto en estado de reacción; en el nervio las lesiones pueden llegar a la caseificación y aún presentar calcificaciones; la reacción frente a la lepromina es positiva; el pronóstico vital es generalmente favorable.

Mencionaremos también que, además de las dos formas polares ligeramente descritas, existen casos *Incaracterísticos* (símbolo I) correspondientes en su mayoría a la forma antes llamada "máculo-anestésica", cuya histología es inflamatoria simple, con baciloscopia, inmunología, evolución y pronóstico variables.

COMENTARIOS AL CASO

El presente caso es el primero de lepra tuberculoide que se ha diagnosticado (1944) en el Perú con confirmación histológica; pues los anteriores casos que nosotros mismos encontramos (1940) y publicamos (La Ref. Méd., Lima, 1941, N° 367) sólo se apoyaban en la clínica y en la inmunología.

El objetivo de esta nota es llamar la atención sobre la forma Tuberculoide. A pesar de valiosos trabajos de los últimos decenios (Jadasohn, Lewandovsky, Wade y otros), el derecho de ciudadanía de la forma tuberculoide en el campo leproológico es bastante reciente, pudiendo retenerse como decisivos los años de 1936 a 1939.

Creemos que el conocimiento de esta forma es de alta importancia en nuestro medio, por varias razones.

Estos casos suelen pasar desapercibidos por diferir profundamente de las formas clásicas, tanto lepromatosa o tuberosa, como máculo-anestésica.

Su carácter de negatividad bacilosκόpica entorpece el diagnóstico.

La evolución de las lesiones, con muy largos periodos de silencio, desconcierta.

Nuestra conducta sanitaria frente a estos casos debe ser generalmente de completa tolerancia, no requiriéndose su aislamiento y al mismo tiempo de esmerada investigación para hallar la fuente primaria del contagio.

Análogamente a lo que acontece en la tuberculosis, la infección leprosa no siempre determina enfermedad. A su vez, la enfermedad puede revestir caracteres opuestos según el grado de resistencia que encuentre. Si la forma lepromatosa expresa un grado de resistencia prácticamente nulo y da lugar a cuadros muy severos, la forma tuberculoide, en cambio, expresa un muy alto grado de resistencia del individuo y constituye una forma benigna por excelencia, sobre todo en los niños.

Por último, la historia de esta endemia en todos los países nos dice que cuanto más antiguos son los focos, tanto mayor número de casos tuberculoides se presentan. En la India varían del 45 al 60 %, en el Brasil y la Argentina se estiman en 15-25 %.

¿Cuál es el porcentaje de casos tuberculoideos entre nosotros?

No lo sabemos a punto fijo. La tesis "La Lepra en Loreto" de R. Lara, elaborada en 1945, nos da alguna referencia. Sobre los 450 casos de lepra que analiza, encontró 6 casos de la forma Tuberculoide (incluyendo el que es motivo de esta nota) o sea el 1.3 %. Posteriormente L. Chávez Pastor y G. Treves, en Iquitos (Loreto), encontraron entre 613 enfermos (que comprenden los 450 casos anteriores), otros 10 casos. En Apurímac, H. Pesce y O. Sigall, entre 38 enfermos, diagnosticaron 4 casos. En Lima, J. Campos entre 21 enfermos encuentra 1 caso. Con estos nuevos hallazgos el porcentaje en el Perú se elevaría a 3.1 %.

Estas cifras, junto con otros factores detenidamente estudiados en la citada tesis de R. Lara, nos hacen pensar que nuestra endemia se halla en plena fase de ascenso. Nuestra alarma podría disminuir con el hallazgo de mayor número de casos tuberculoideos. He aquí un último motivo que debe impulsarnos a profundizar su conocimiento.

En cuanto al caso en sí, creemos que, a pesar de la baciloscopia negativa, su diagnóstico se imponía con facilidad. El sujeto tenía una clara historia de largos contactos con fuente bacilífera. Las lesiones eran completamente típicas, siendo llamativos : la formación micropapuloide periférica, común con las epidermoficias, pero carente de prurito y con alteraciones manifiestas de la sensibilidad, el aspecto lupoides a la vitropresión, el engrosamiento de nervios periféricos, la evolución muy lenta de escasos elementos cutáneos.

Las reacciones precoz y tardía frente a la lepromina fueron francamente positivas.

El análisis de la biopsia efectuado por J. Campos R. C. —primera descripción histológica de lepra tuberculoide en nuestro medio— demostró un aspecto tuberculoide neto, del sub-tipo folicular.

La evolución progresiva franca de las lesiones y luego su resolución en dos años revalidan el diagnóstico.

Desearíamos que este caso sirva de punto de partida para el extensivo y profundo estudio entre nosotros de esta forma tuberculoide; de lo cual parecen ser buena promesa los trabajos iniciados por J. Campos R. C., Encargado del Laboratorio Central de Lepra, con sus investigaciones sobre lesiones viscerales de la lepra tuberculoide.

BIBLIOGRAFÍA

- JADASSOHN, J. : Comun. a la 6ª Reunión alemana de Dermatología (1898);
cit. p. Rabello jr. (Curso de Leprología, Rio de Janeiro, 1942).

- JADASSOHN, J. : *Handbuch der pathogenen Mikroorganismen*, vol. V, parte II; trad. p. R. Margarido; *Rev. Bras. Lepr.*, v. 5, N^{os} 1, 2, 3, 4, 1937.
- WADE, H. W. : Tuberculoid changes in leprosy. *Int. Jour. of Lepr.*, 1934, N^{os} 3 y 4.
- RABELLO, JR. : Uma classificação clinico-epidemiológica das formas de lepra. *Rev. Bras. Lepr.*, v. 4, N^o especial, pp. 374-410, 1936; v. 6, N^o 3, pp. 229-243, 1938.
- FERNÁNDEZ, J. M. M. : La reacción leprosa tuberculoide. *Rev. Bras. Lepr.*, v. 5, pp. 419-464, 1937.
- BALIÑA, P. & BASOMBRÍO, G. : Classification des formes cliniques de lèpre. *Rev. Bras. Lepr.*, v. 6, N^o 3, pp. 225-228, 1938.
- PORTUGAL, H. : Histologie pathologique de la lèpre tuberculoïde. *Rev. Bras. Lepr.*, v. 6, N^o 4, pp. 401-411, 1938.
- SCHUJMAN, S. : Evolución y pronóstico de la lepra tuberculoide. *Rev. Bras. Lepr.*, v. 7, pp. 1-26, 1939.