

Lesiones cutáneas de reacción leprosa inversa que simulan queloide

Lesions of leprosy reverse reaction mimicking keloids

Laura Sofía Habib¹, Fred Bernardes-Filho², Raquel Cristina Maia³, José Augusto da Costa Nery⁴, Ana Maria Sales⁵, Alice Miranda-Machado⁶

1. Médica, residente de tercer año de Dermatología, Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas-Policlínica Geral do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
2. Médico dermatólogo, Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil; Instituto de Dermatología Professor Rubem David Azulay-Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, Brasil.
3. Médica dermatóloga. Hospital Mário Kröeff-Instituto de Pós-Graduação BWS, Rio de Janeiro, Brasil.
4. Médico dermatólogo, magíster en Dermatología, doctorado en Enfermedades Infecciosas y Parasitarias; jefe, Ambulatorio Souza Araújo, Fundación Oswaldo Cruz; jefe, Sector de Dermatología Sanitaria Instituto de Dermatología Professor Rubem David Azulay-Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, Brasil ; professor titular, Universidade Estácio de Sá; profesor asociado, Policlínica Geral do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
5. Médica dermatóloga, magíster en Dermatología, doctorado en Epidemiología; investigadora asociada del Ambulatorio Souza Araújo, Fundación Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
6. Médica patóloga, doctora en Biología Parasitaria, Laboratorio de Lepra; investigadora asociada, Ambulatorio Souza Araújo, Fundación Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

RESUMEN

La lepra es una enfermedad infecciosa, curable, y capaz de generar deformidad e incapacidad, si no es diagnosticada y tratada precozmente. Alrededor de 20 a 50 % de los pacientes presentan reacciones durante el curso de la enfermedad, más frecuentes después de iniciado el tratamiento.

La reacción de tipo 1 o reacción inversa leprosa, se presenta principalmente en pacientes con lepra dimorfa-tuberculoide, dimorfa y dimorfa-lepromatosa.

Se expone el caso de un paciente masculino, de 52 años, quien acudió a consulta externa de lepra en el ASA-FIOCRUZ de Rio de Janeiro (Brasil), por presentar lesiones cutáneas exuberantes y dolorosas, asociadas a mialgias, síntomas sistémicos y parestesias en las extremidades. Después de la anamnesis y examen físico, se pudo identificar tales lesiones como una forma clínica atípica de la reacción de tipo 1, lo cual se corroboró posteriormente con ayuda de estudios paraclínicos y la resolución del cuadro clínico en el tratamiento que se instauró para la lepra y el estado reactivo.

PALABRAS CLAVE: lepra, queloide, reacción inversa.

SUMMARY

Leprosy is an infectious disease that can be disabling if not treated early, but it also is curable if treated correctly, in almost all of cases. About 20 to 50% of all patients with leprosy develop a reactionary state during the course of the disease, more often after the start of polychemotherapy for leprosy, however this may occur before or after the treatment. Maybe leprosy would not have such a great impact if such reactionary states did not occur. Type 1 reactions or reversal reactions take place mainly in pa-

Correspondencia:

Laura Sofía Habib

Email:

lauritahabib@msn.com

Recibido: 7 de octubre de 2014

Aceptado: 25 de marzo de 2015

Conflictos de interés:

No se reportan conflictos de interés.

tients with tuberculoid leprosy, borderline leprosy, and borderline lepromatous leprosy.

We present a case of a 52 years old male patient who came for an outpatient consultation at the ASA-FIOCRUZ Leprosy Service with skin lesions associated to myalgia and paresthesia. After the clinical and paraclinical evaluation it was identified that the keloid-like lesions were an atypical presentation of lepromatous reverse reaction.

KEY WORDS: Leprosy, keloid, reverse reaction.



FIGURA 1. Lesiones eritemato-violáceas túbero-circinadas exuberantes, de aspecto queloide, con tendencia a una conformación anular.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente de sexo masculino de 52 años de edad, natural y residente de Río de Janeiro, con un cuadro clínico de tres meses de evolución, consistente en lesiones cutáneas dolorosas que inicialmente eran manchas eritematosas en múltiples áreas del tegumento, respetando regiones palmo-plantares y genitales, y posteriormente, presentaron aumento considerable de su grosor (**FIGURA 1**). El cuadro clínico se asoció de forma insidiosa con dolor local en cada una de las lesiones, malestar general, mialgias y parestesias progresivas en las extremidades.

Como antecedentes patológicos, el paciente refirió diabetes de tipo 2, hipertensión arterial sistémica y tabaquismo pesado (37 paquetes al año), y negó ingestión de alcohol y otras sustancias. En el examen dermatológico se observaron más de 20 lesiones eritemato-acastañadas, túbero-circinadas de aspecto queloide, algunas de morfología anular, ampliamente distribuidas a lo largo de la superficie corporal. Se encontró calor local e hipoestesia

a los estímulos térmicos, al dolor y al tacto, como signos asociados en todas las lesiones.

En los exámenes de laboratorio, el hemograma mostró ligera leucocitosis, sin otras alteraciones. Se documentó ligera leucocitosis, la serología para sífilis no fue reactiva, las serologías para hepatitis (A, B, C, D y E) fueron negativas y ELISA para virus de la inmunodeficiencia humana (HIV 1 y 2) fue negativa. La baciloscopia fue negativa para las muestras tomadas en los codos y en los lóbulos de las orejas; sin embargo, fue fuertemente positiva (++++/++++++) en una lesión cutánea.

Al correlacionar los hallazgos histopatológicos de la biopsia (**FIGURA 2 A Y B**) con los hallazgos clínicos y la baciloscopia, se determinó que este caso correspondía a una lepra dimorfa en estado reactivo de tipo 1.

Se inició tratamiento con poliquimioterapia para paciente multibacilar, con dosis supervisada mensualmente y 60 mg/día de prednisona, correspondientes al tratamiento de la reacción de tipo 1. Después de 15 días de tratamiento, se observó mejoría significativa de los síntomas y las lesiones, así como mejoría considerable de

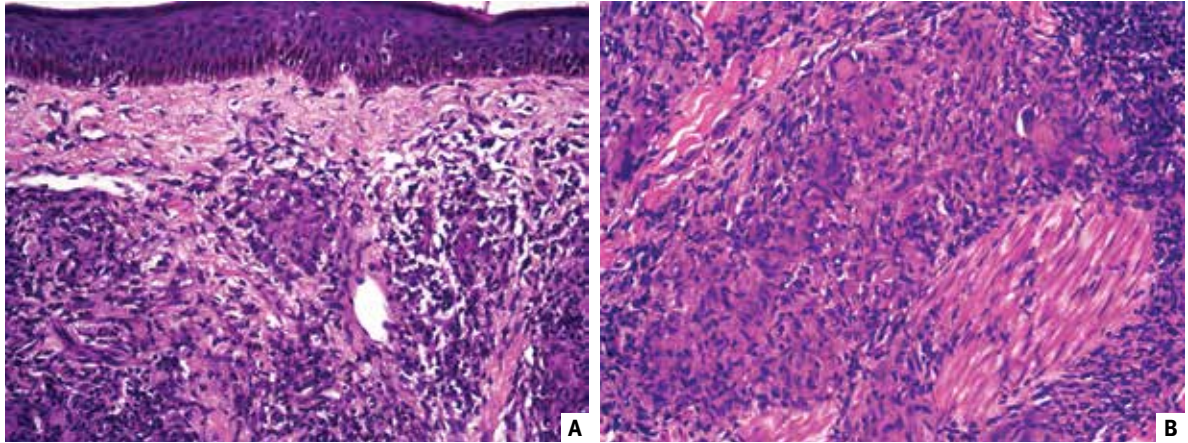


FIGURA 2 A Y B. Hallazgos histopatológicos: epidermis discretamente rectificada, sin atrofia. La dermis muestra un denso infiltrado linfoplasmohistiocitario, intercalado con grupos de células epitelioides y algunas células gigantes de Langhans. Se observan macrófagos a lo largo de la dermis. La coloración de Wade no mostró presencia de bacilos. Hematoxilina y eosina, 20X.

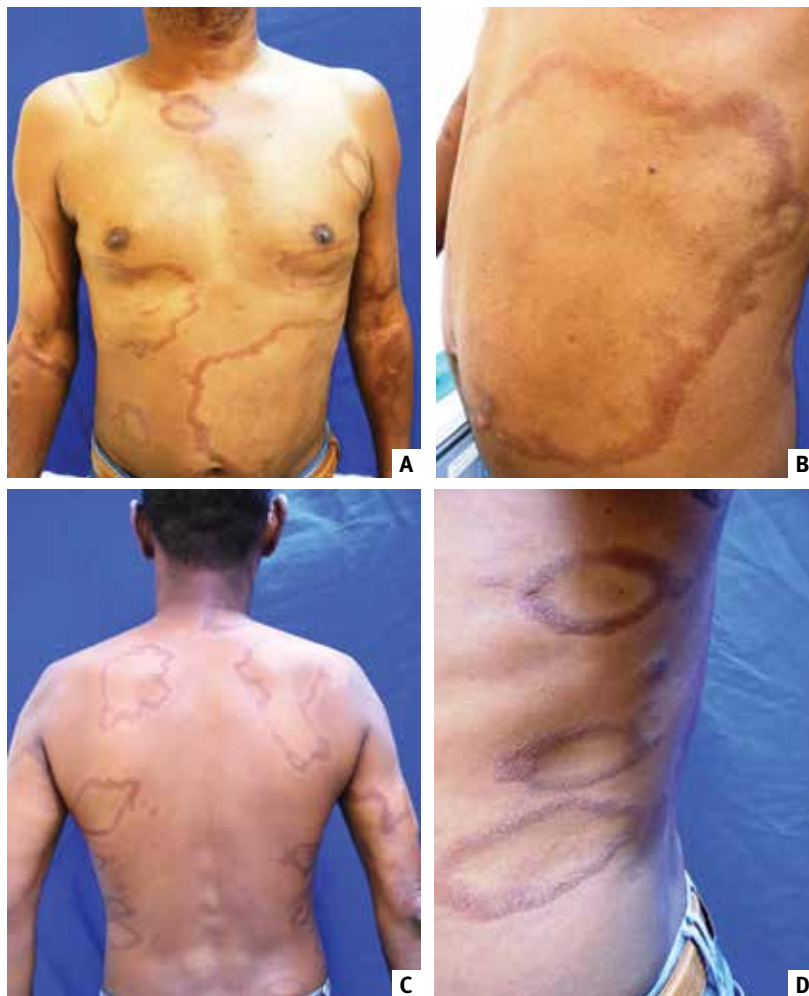


FIGURA 3 A, B, C Y D. Lesiones eritemato-acastañadas, ligeramente elevadas, circinadas, algunas con formato anular y todas con tendencia a resolución macular.

las parestesias y mialgias en las extremidades y demás síntomas asociados. Esto tuvo un impacto positivo en la condición general del paciente (**FIGURA 3 A, B, C Y D**), por lo cual se decidió iniciar una reducción gradual de la dosis de esteroides.

Al tercer mes de poliquimioterapia y corticoterapia oral, se observó que la infiltración se había resuelto por completo en todas las lesiones, dejando un aspecto de resolución macular con discreta hiperpigmentación posinflamatoria y xerosis generalizada.

DISCUSIÓN

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica de interés dermatológico, causada por el bacilo *Mycobacterium leprae*, que posee afinidad por el tejido cutáneo y nervioso. Esta enfermedad es un problema de salud pública y se presenta con mayor frecuencia en los países con regiones tropicales y subtropicales¹. Es una enfermedad con una amplia gama de manifestaciones clínicas, que a lo largo de su evolución puede presentar fenómenos consecuentes con la hipersensibilidad a los antígenos de *M. leprae*; estos se conocen como estados o episodios reactivos y guardan estrecha relación con el estado de inmunidad del paciente, es decir, las reacciones leprosas surgen como respuesta del sistema inmunitario contra los bacilos e, incluso, en contra de fragmentos bacilares^{2,3}. Esas reacciones pueden estar presentes al momento del diagnóstico de lepra, durante la poliquimioterapia o después de ella, y pueden dejar secuelas con incapacidad de no haber sido diagnosticadas precozmente y tratadas de forma adecuada^{4,5}.

Esos episodios corresponden a una reacción leprosa de tipo 1 o reacción inversa de tipo 2 o eritema nudoso leproso y fenómeno de Lucio. La reacción de tipo 1 o reacción inversa, se caracteriza por empeoramiento de las lesiones cutáneas preexistentes y se presenta principalmente en pacientes con lepra dimorfa tuberculoide, lepra dimorfa y lepra dimorfa-lepromatosa. Por otro lado, la reacción de tipo 2 o eritema nudoso leproso, se caracteriza por nuevas lesiones nodulares dolorosas, acompañadas de síntomas sistémicos, y se presenta frecuentemente en los pacientes con lepra lepromatosa⁴⁻⁶. Por su parte, el fenómeno de Lucio se caracteriza por lesiones purpúricas, a veces equimóticas sobre un fondo de eritema e infiltración. Es característica, también, la presencia de úlceras con áreas de necrosis y úlceras rasas, todas las cuales tienden a conformar un aspecto reticulado; es clásica la presentación en los miembros inferiores, pero pueden presentarse en cualquier parte del tegumento y comprometer gran parte de la superficie corporal³

Típicamente, la reacción inversa se presenta con el empeoramiento clínico de las lesiones de lepra ya existentes, las cuales se vuelven eritematosas e infiltradas, un tanto elevadas, brillantes, calientes al tacto, asociadas a alteraciones de la sensibilidad táctil, térmica y ante estímulos dolorosos. Estas lesiones pueden tornarse descamativas, presentar ulceración e incluso necrosarse posteriormente, así como también pueden originarse nuevas lesiones^{5,7}.

En cuanto a lesiones de aspecto queloide presentes en el paciente, no se encontró en la bibliografía revisada ningún reporte de caso similar, ni en el contexto de reacción leprosa, ni de lepra en general. Por lo anterior, se consideró relevante la divulgación de este caso. El paciente en mención presentó lesiones que no constituyen queloides verdaderos, sino una forma de infiltración intensa y delimitada, de conformación anular, de las cuales se obtuvieron hallazgos de laboratorio e histopatológicos típicos de la lepra en estado reactivo.

Respecto a los síntomas sistémicos, como fiebre, malestar y anorexia, pueden presentarse en la reacción de tipo 1, como ocurrió en el presente caso, aunque estos hallazgos son mucho más característicos en la instauración y en los períodos de recurrencia de la reacción de tipo 2⁸.

En cuanto al análisis del tratamiento, se obtuvo una rápida y satisfactoria mejoría con corticoide oral a una dosis antiinflamatoria, lo cual es típico de la reacción de tipo 1, lo cual se reflejó en la piel y la sensibilidad, y repercutió en el estado general del paciente.

CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta la presentación típica de las lesiones de reacción inversa y su abordaje, en contraste con las lesiones que presentó el paciente, las cuales distan de forma considerable de las esperadas, se consideró relevante este caso, en el que, habiendo partido del diagnóstico clínico como pilar de la asistencia dermatológica, se pudo concluir una reacción leprosa inversa. Se pretende resaltar que el tratamiento se inició de acuerdo con la sospecha clínica de lepra en estado reactivo, pese a encontrarnos frente a un paciente con lesiones de aspecto atípico, más específicamente queloide, asociadas a manifestaciones sistémicas y alteración de la sensibilidad.

La lepra, al igual que la sífilis, se consagra como una “gran simuladora”, debido a que imita diversos cuadros clínicos con compromiso cutáneo y sistémico⁹.

La oportuna y adecuada intervención terapéutica de esta enfermedad, cobra gran importancia, previniendo secuelas y discapacidades físicas que impactan la vida del paciente; también juega un papel importante al evitar

consecuencias lamentables, como estigmas y perjuicios laborales. En el contexto del caso presentado, se resalta también que el dermatólogo, en su ejercicio clínico, juega un papel fundamental en el estudio, el seguimiento y el tratamiento de la lepra, con el objetivo de contribuir a la eliminación de esta enfermedad como problema de salud pública¹⁰.

REFERENCIAS

1. Nery JAC, Machado AM, Bernardes Filho F, Oliveira SSC, Quintanilha J, Sales AM. Understanding the type 1 reactional state for early diagnosis and treatment: A way to avoid disability in leprosy. *An Bras Dermatol*. 2013;88:791-6.
2. Lastória JC, Morgado de Abreu MAM. Hanseníase: revisão dos aspectos epidemiológicos, etiopatogênicos e clínicos. Parte I. na *Bras Dermatol*. 2014;89:205-19.
3. Opromolla DVA. Manifestações clínicas e reações. Em: Opromolla DVA, editor. *Noções de hansenologia*. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato; 2000. p. 51-8.
4. Lu PH, Lin JY, Tsai YL, Kuan YZ. Corticosteroid pulse therapy for leprosy complicated by a severe type 1 reaction. *Chang Gung Med J*. 2008;2:201-6.
5. Reyes O. La reacción leprosa. Una revisión. *Dermatología Venezolana*. 2000;38:53-63.
6. Andrade ARC, Lehman LF, Schreuder PAM, Fuzikawa PL, editores. *Como reconhecer e tratar as reações hansênicas*. Segunda edição. Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; 2007. p. 1-90.
7. Opromolla DVA. *Atlas de hansenologia*. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima; 2002. p. 80.
8. Andrade M, Bomfim FS. Considerações sobre hanseníase e reações hansênicas. *Informe-se em promoção da saúde*. 2008;4:13-5.
9. Wibmer A, Kölblinger C, Stift A, Wrba F, Sary G, Geusau A. Syphilis: The great mimicker. *Int J Dermatol*. 2014;53:166-8.
10. Oliveira MLW, Penna GO, Talhari S. Role of dermatologists in leprosy elimination and post-elimination era: The Brazilian contribution. *Lepr Rev*. 2007;78:17-21.