

Nódulos infecciosos en dermatología, un desafío para el clínico: A propósito de un caso importado de lepra histioide en Chile

Isabel Jimeno¹, María Fernanda Flores¹, Vicente Martínez¹, Amanda Wosiack Menin², Stefania Toso³

RESUMEN

La lepra es una infección crónica y granulomatosa, causada por el microorganismo *Mycobacterium leprae*. Una de las presentaciones clínicas raras de la lepra es la Lepra Histioides (LH) o de Wade, que se muestra clínicamente como pápulas o nódulos cutáneos eritematosos, indolores en piel aparentemente sana, y que pueden confundirse con varias enfermedades cutáneas infecciosas y no infecciosas, presentando múltiples diagnósticos diferenciales. Su diagnóstico requiere de alta sospecha clínica, siendo un desafío reconocerla cuando se presenta en regiones no endémicas. Exponemos el caso de una mujer de 28 años, oriunda de Colombia, que fue derivada a Unidad de Atención y Control en Salud Sexual (UNACESS) en Chile por pruebas treponémicas y no treponémicas positivas, y que al examen físico presentaba múltiples nódulos eritematosos asintomáticos en tronco, cara y extremidades. Al realizar estudio histológico de estas lesiones, se evidencia que son compatibles con lepra de Wade.

Key words: Lepra Histioides; Lepra de Wade; *Mycobacterium leprae*; nódulos

ABSTRACT

Leprosy is a chronic granulomatous infection caused by the microorganism *Mycobacterium leprae*. A rare clinical presentation of leprosy is Histioid Leprosy (HL), which presents clinically as painless skin papules or nodules on apparently healthy skin and can be confused with several other infectious and non-infectious skin diseases, presenting multiple differential diagnoses. Its diagnosis requires a high clinical suspicion, which is why it is challenging to recognize in non-endemic regions. We present the case of a 28-year-old woman from Colombia, who was referred to the department in charge of the treatment of venereological diseases (UNACESS) in Chile due to positive treponemal and non-treponemal tests, and who on physical examination presented multiple erythematous nodules on trunk, face, and extremities. Upon histological study of these lesions, it was evident that they were compatible with Wade's leprosy.

Palabras claves: Histioid leprosy; Wade's leprosy; *Mycobacterium leprae*; nodules

El agente causal de la lepra es el *Mycobacterium leprae* (ML), un bacilo que afecta principalmente la piel y los nervios periféricos. La vía de transmisión principal es la respiratoria, presentando un período de incubación de 5-20 años, y la aparición de la enfermedad está relacionada con la respuesta celular del huésped¹. Los pacientes inmunizados contra la tuberculosis poseen un mecanismo de inmunidad cruzada a la infección por ML. En Chile no existen personas que hayan adquirido lepra en el territorio nacional, siendo todos los casos adquiridos fuera del territorio nacional¹.

Según la clasificación de Ridley y Jopling, la lepra se puede clasificar según sus manifestaciones clínicas en tuberculosa o lepromatosa, siendo la LH una variante de esta última². La incidencia de la LH en todos los pacientes diagnosticados con lepra es solo del 1%³.

Se puede observar en pacientes bacilíferos como presentación inicial o recaída en pacientes que recibieron anteriormente tratamiento inadecuado, como monoterapia con dapsona o con tratamiento irregular¹. La LH presenta una mayor prevalencia en hombres (ratio 2:1) y la edad promedio al momento del diagnóstico es de 20 a 40 años⁴.

¹Residente de Dermatología, Universidad de Santiago de Chile
²Médico Epidemiólogo, Universidad de los Andes, Santiago de Chile

³Dermatóloga Hospital El Pino, Universidad de Santiago de Chile.

Trabajo no recibió financiamiento. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido: 21 de febrero 2024,
Aceptado: 19 de mayo 2024.

Correspondencia autor:
Amanda Wosiack Menin
Email: amandawosiackmenin@gmail.com

La LH se reconoce clínicamente por pápulas o nódulos cutáneos o subcutáneos, redondos y firmes, enrojecidos, de color piel o amarillentos, contornos regulares y un brillo transluciente⁵, que aparecen aparentemente en piel sana, y pueden variar en número desde algunas pocas lesiones hasta varias decenas, siendo más comúnmente encontrados en la cara lateral y posterior de los brazos y muslos, así como en el dorso de las manos, región dorsolumbar y sobre prominencias óseas como codos y rodillas. En casos más avanzados, se ha encontrado en la mucosa oral y genital⁶.

Esta enfermedad presenta características clínicas, histopatológicas y de morfología bacteriana únicas, en cuyas lesiones histioides se puede observar una enorme concentración bacilar, sirviendo estas pápulas o nódulos potencialmente como un reservorio de lepra, pudiendo dar origen a nuevos casos de la enfermedad, lo que amenazaría la eliminación de la infección⁷.

Respecto al diagnóstico diferencial, la LH puede semejar clínicamente a otras enfermedades con afectación cutánea papular o nodular, como por ejemplo sarcoidosis, dermatofibroma, neurofibroma, metástasis cutáneas o la sífilis terciaria.

REPORTE DE CASO

Se presenta el caso de una mujer colombiana, residente en Chile hace 8 meses. Derivada por sospecha de sífilis latente indeterminada a nuestra Unidad de

Atención y Control en Salud Sexual (UNACESS) por VDRL reactivo débil y MHA-TP reactivo, durante un examen médico preventivo en su consultorio.

Refiere diagnóstico de sífilis hace 3 años en Colombia y niega haber recibido tratamiento. Al interrogatorio dirigido refiere aparición hace 3 años de lesiones en mentón y extremidades inferiores, inicialmente dolorosas, tornándose con el tiempo asintomáticas. En los últimos meses presenta alteraciones visuales, artralgias y parestesias en ambas piernas.

Al examen físico se evidencian múltiples nódulos eritematosos, algunos ulcerados con costra central y otros, hiperpigmentados en rostro, glúteos y tercio distal de antebrazos y piernas, de distribución simétrica (Figura 1). La dermatoscopia muestra vasos ramificados lineales y estructuras blancas brillantes asociadas a descamación y pigmentación color naranja-amarillenta perilesional, algunos con úlcera central (Figura 2).

Los diagnósticos diferenciales propuestos incluían sífilis terciaria, infección micótica profunda y lepra, por lo que se deriva para estudio histopatológico.

Se prescribe penicilina benzatina 2.4 millones de unidades internacionales semanales por 3 semanas consecutivas, el que fue completado.

Durante procedimiento se constata anestesia en territorio inervado por el nervio sural en la pierna derecha.

El estudio histopatológico de lesiones y baciloscopia de linfa, resultaron compatibles con lepra de Wade (Figura 3).



Figura 1

Múltiples nódulos eritematosos, algunos ulcerados con costra central y otros, hiperpigmentados en rostro, glúteos y tercio distal de antebrazos y piernas, de distribución simétrica

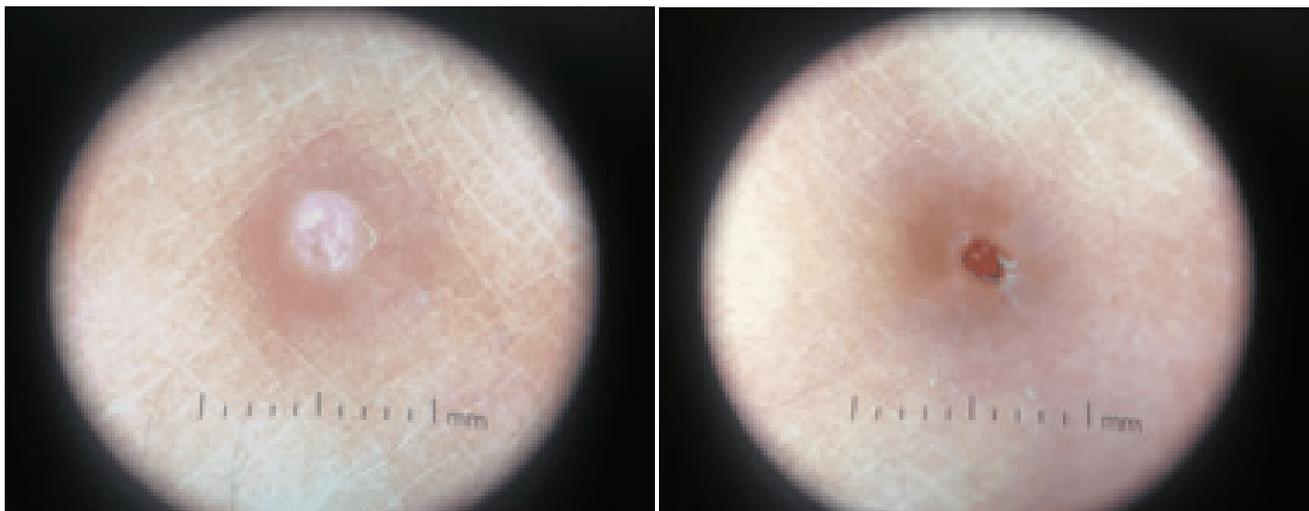


Figura 2

Dermatoscopia: Vasos ramificados lineales y estructuras blancas brillantes asociadas a descamación y pigmentación color naranja-amari-llenta perilesional, algunos con úlcera central

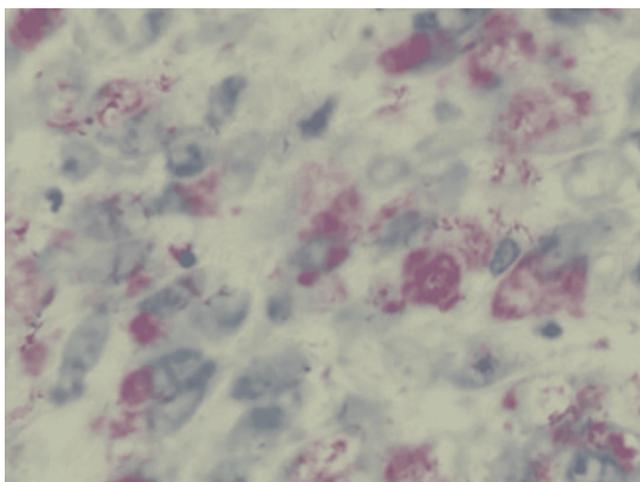


Figura 3

Citología: Dermohiperdermitis difusa, con infiltrado inflamatorio mixto, abundantes macrófagos, algunos espumosos, con contenido amorfo basófilo, que se tiñe con tinción de fite faraco evidenciando la presencia de numerosos bacilos ácido alcohol resistente. Hallazgos histológicos compatibles con lepra.

El tratamiento de lepra fue indicado por infectología en base a la guía chilena para el tratamiento de la lepra, con esquema multibacilar adulto, con buena respuesta y sin reacciones lepromatosas durante el seguimiento a corto plazo. Debido a cambio de domicilio, se pierde el seguimiento por nuestra unidad y se desconoce los posibles contactos asociados a nuestra usuaria.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de lesiones nodulares cutáneas suele ser un desafío incluso para los ojos entrenados debido a las múltiples patologías que se presentan de esta manera. El desafío diagnóstico en este caso en particular es que en Chile la lepra no es una enfermedad endémica, por lo su sospecha es baja. Es importante incluir en la anamnesis el antecedente de viaje al extranjero o zonas en las cuales los pacientes han vivido. Por otro lado, el motivo de la derivación de la paciente (coinfección con sífilis) tiende a dificultar el diagnóstico, haciendo fácil asumir el origen de las lesiones como nódulos sifilíticos. La dermatoscopia en estos casos puede ser de gran aporte, sumado a las pruebas complementarias existentes.

CONCLUSIÓN

La importancia del presente caso radica en destacar la necesidad de realizar una historia clínica detallada, un examen físico acucioso y plantearse diagnósticos diferenciales para no caer en el sesgo diagnóstico que implica el centrarse solo en el motivo de derivación.

Debido el aumento de la inmigración en Chile debemos reconocer, diagnosticar y tratar patologías que podrían tener un alto impacto en la situación epidemiológica de nuestro país. El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de estos casos conducen a

disminuir la propagación de la lepra, apoyando así el programa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) destinado a la eliminación de la lepra como problema de salud pública. La dermatoscopia de esta forma de lepra, altamente bacilífera, se suma como una herramienta que favorece la aproximación diagnóstica y la detección oportuna de la LH.

Agradecimientos

Extendemos nuestro agradecimiento a nuestros colegas residentes de dermatología de la Universidad de Santiago de Chile y del equipo de Epidemiología de la Universidad de los Andes, así como al equipo dermatólogo docente del Hospital el Pino.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Manual de Organización y Procedimientos para la Lepra (Enfermedad de Hansen). MINSAL, Chile: 2017. Páginas 1-61.
2. Sehgal VN, Srivastava G. Histoid leprosy, A review. *Int J Dermatol*, 1985. Pag. 286-292.
3. Canuto MJM, Yacoub CRD, Trindade MAB, Avancini J, Pagliari C, Sotto MN. Histoid leprosy: clinical and histopathological analysis of patients in follow-up in University Clinical Hospital of endemic country. *Int J Dermatol*, 2018. 57(6):707-712
4. SK., Noordeen. The epidemiology of leprosy. In: Hastings RC, ed. *Leprosy*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1985. Pag. 15-30.
5. Virendra Nath Sehgal, MD, FNASc, FAMS, FRAS(Lond.), Govind Srivastava, MD, and Navjeevan Singh, MD. Histoid Leprosy: Histopathological Connotations' Relevance in Contemporary Context, 2009. Pag. 268-271.
6. Sunil Kumar Gupta, MD. Histoid leprosy: review of the literature. *International Journal of Dermatology*, 2015. Pag. 1283-1288.
7. Palit A, Inamadar AC. Histoid leprosy as reservoir of the disease; a challenge to leprosy elimination. *Lepr Rev*, 2007. Pag. 47-49.