

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

LA LEPRO COMO PROBLEMA SOCIAL

TESIS

presentada a la Junta Directiva de la Facultad de
Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos
de Guatemala

por

ARMANDO ANIBAL REYES GUERRERO

en el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, mayo 1964.

PLAN DE TRABAJO

INTRODUCCION

NOCIONES GENERALES

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

1.- EN SUS MANIFESTACIONES DERMATOLOGI-
CAS

- a) Lepra Lepromatosa
- b) Manifestaciones agudas de la lepra
- c) Lepra tuberculoide y casos dimorfos
- d) Casos Indeterminados

2.- EN SUS MANIFESTACIONES NEUROLOGI- -
CAS

RESUMEN Y CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Uno de los temas importantes de la rama de medicina es la Lepra; pues de cada cien leprosos que hay en el mundo 95 viven diseminados en el Asia o Africa. Malasia por ejemplo con sus ocho millones de habitantes tiene el medio por ciento de ellos afectados del mal. Aunque la lepra es conocida desde tiempos remotos, pocos son los que tienen de las ideas claras y precisas, sin los atributos mágicos que se le han aplicado.

La lepra en realidad es poco contagiosa. El Báculo-Hansen es transmitido sólo después de un contacto íntimo y prolongado con la persona infectada. Como no es hereditaria los hijos de los leprosos no la adquieren, si al nacer se les separa de sus padres. Y a pesar de lo que se supone es CURABLE; los medicamentos con que se controlan son maravillosos, evitando el contagio y las deformaciones mutilantes que produce. Esto no implica que los casos recientes deban ser aislados en centros especializados para su control y aplicación de tratamiento adecuado. Nada puede negar la importancia que tiene su conocimiento, ser un problema sanitario y social. Además que el médico está obligado a conocerla para diferenciarla de otras dermatoides frecuentes en nuestro medio.

Asistiendo a nuestra leprosería, se da uno cuenta de lo difícil de hacer el diagnóstico diferencial de la lepra de otras enfermedades, además que esta patología es abundante en sus manifestaciones, porque no hay estructura del organismo que escape a su invasión, produciendo alteraciones cutáneas, viscerales, sensoriales o nerviosas, etc., -

6.

Por otro lado, es tan interesante la Lepra, que se presta a discusiones desde su origen. Es autóctona de América? Fue traída por los españoles?

Esta última posibilidad es la más aceptable por los prólogos, porque los cronistas de la conquista no dejaron documentos que relataran la existencia de la enfermedad entre los habitantes de nuestra América. Sin embargo, es evidente la presencia de ella en España antes de la conquista de México, especialmente en Andalucía y Extremadura, lugares de donde procedían la mayor parte de nuestros conquistadores y de donde se pudo importar fácilmente la enfermedad.

Así ha pasado el tiempo, durante el cual se cometieron muchas injusticias para el control de la lepra, llegando a cometer con los que padecían el mal de Hansen una de las más grandes agresiones a la dignidad del hombre. Pero hoy ha evolucionado, vinieron nuevos hombres con ideas renovadas y con un concepto más humano de la enfermedad.

NOCIONES ELEMENTALES SOBRE LA LEPROA

DEFINICION:

La lepra es una enfermedad infecciosa, crónica, generalizada, causada por el *Mycobacterium Leprae*, que ataca con predilección los tegumentos y sistema nervioso periférico; aunque en su forma maligna es de hecho una infección general.

SINONIMIA:

Se le conoce como Satiriasis, Morfe, Mal de Hansen, Mal de San Lázaro, Mal Rojo, Agoteria, Cocobay, Lasería, Malasia, Elenfanciasis de los griegos.

DISTRIBUCION GEOGRAFICA EN GUATEMALA:

El número real de casos en nuestro medio es muy difícil de conocerlo, pero se ha calculado en base al total de enfermos registrados en el Hospital Ramiro Gálvez hasta el 30 de junio de 1963 que era de 136, de los cuales 46 están internados y los demás recibiendo tratamiento ambulatorio que el número de casos es mucho mayor; por cuanto que el número mencionado es de casos avanzados. Pero estimando la población de Guatemala en 4 014 000 habitantes, el índice de prevalencia de la lepra sería de 3.38 por cien mil habitantes. Aunque es muy posible que la enfermedad se encuentre en todos los Departamentos de la República, se admite que su distribución es por focos, siendo los más importantes: Zacapa, Guatemala, Santa Ro

sa, Jutiapa, Progreso, Chiquimula, Retalhuleu, Sacatepéquez, San Marcos, Baja Verapaz, Escuintla, Huehuetenango y Jalapa.

ETIOLOGIA:

La lepra es producida por el *Mycobacterium Leprae*, descubierto en 1868 por G. Armauer Hansen en Noruega, llamándolo primero *Bacillus Leprae*, posteriormente *Streptothrix Leprae* y en 1931 en Manila se le conoció oficialmente como *Mycobacterium Leprae*.

El género *Mycobacterium*, pertenece a la familia de las *Mycobacteriaceas*, orden de los *Actinomyetales*, clase *Schizomicetos*. Es un bacilo recto, mide de 1 a 8 micras de longitud por 0.3 a 0.5 micras de anchura de extremidades redondeadas, se colorea con el gram, es ácido alcohol resistente, inmovil, están aislados en los tejidos o en el interior de las células formando grupos semejantes a los paquetes de cigarrillos, a veces forman agregados ovales llamados "Globfas" que le son características y la permiten diferenciar del *Mycobacterium tuberculosis*. No se cultiva por ningún medio.

La vía de entrada del organismo no se conoce, siendo la vía respiratoria la más aceptada actualmente, otros creen que sea por la piel, la mucosa nasal y otros finalmente señalan la posibilidad de una primo-infección en forma de un "chancro de inoculación". Lo cierto es que se trata de una enfermedad transmisible y que se adquiere por contacto íntimo y prolongado, es por lo tanto una enfermedad familiar y se requiere una predisposición especial hacia ella.

El período de incubación es variable, de semanas hasta 30 años o más. El período de incubación aproximado se podría citar de 2 a 5 años.

CLASIFICACION:

En 1948 en la Habana, en ocasión del V Congreso Internacional de Leprología se le clasificó aceptándose dos tipos fundamentales de la enfermedad, Lepromatoso y Tuberculoide que son opuestos en todos sus aspectos en forma absoluta y por lo tanto un tipo nunca se podrá transformar en el otro. Se admitió que hay tipos de transición o incipientes pero que con el tiempo van a tomar las características de uno de los dos tipos, lepromatoso o tuberculoide y con menor frecuencia, pueden permanecer sin sufrir transformación alguna, formándose el grupo Indeterminado. En 1953 en Madrid se reconoció la existencia de otro grupo de casos Dimorfos, que son una mezcla de los dos tipos fundamentales teniendo caracteres clínicos e histopatológicos de ambos. Su origen y evolución están estrechamente ligados al fenómeno reaccional inmunológico y se les considera como "Leprosos disfrazados".

Así la clasificación internacional de la lepra se forma de dos tipos fundamentales: Lepromatoso y Tuberculoide y dos grupos de casos inestables: Indeterminado y Dimorfo.

TIPOS

Lepromatoso (progresivo)

Nódulos generalizados
Infiltración difusa
Disestesia o no en las lesiones
Alopecía de cejas, pestañas, vello
Rinitis crónica
Neuritis lepromatosa
Lesiones oculares
Ataque visceral
Reacción leprosa
Síntomas generales
Bacilos abundantes
Reacciones serológicas positivas
Sedimentación globular acelerada
Lepromino reacción negativa
Pronóstico malo
No hay tendencia a la curación espontánea
Problema sanitario

Tuberculoide (regresivo)

Dermatosis peculiar
Lesiones "tuberculoideas"
Disestesia en las lesiones
No alopecía
No rinitis
Neuritis tuberculoide
No hay lesiones
No ataque visceral
No reacción leprosa
Sin síntomas generales
Ausencia de bacilos
Reacciones serológicas negativas
Sedimentación globular normal
Lepromino reacción positiva
Pronóstico bueno
Curación clínica espontánea
No constituye problema sanitario.

GRUPOS

Casos "indeterminados"

Manchas hipocrómicas
Disestesia en las lesiones
No hay alopecía
No rinitis crónica
Neuritis inflamatoria simple
No hay lesiones oculares
No hay ataque visceral
Sin síntomas generales
Ausencia o escasez de bacilos
Reacciones serológicas negativas
Sedimentación globular normal
Leprominoreacción positiva o negativa
Pronóstico incierto
Posible cambio a L o T
No hay problema sanitario mientras no pase a L
Caso a vigilar

Casos "dimorfos" (border line)

Puede haber disestesia
Alopecía o no
Rinitis o no
Neuritis L o T
Sin lesiones oculares (hasta no L)
Sin ataque visceral (hasta no L)
Síntomas generales leves
Bacilos abundantes
Reacciones serológicas dudosas
Sedimentación globular acelerada
Leprominoreacción negativa
Pronóstico según evolución
Posible cambio a L o T
Problema sanitario potencial

EXAMENES DE LABORATORIO Y OTROS COMPLEMENTARIOS

Estos exámenes se emplean para completar el estudio del caso. Cuando es difícil hacer el diagnóstico por medios clínicos.

BACILOSCOPIA:

Por este medio se pretende observar el bacilo de la lepra, el frote se fija y colorea por medio de la técnica de Ziehl Nielsen. El material se obtiene con el raspado de la mucosa nasal y no con moco nasal. Tomándolo con una cucharilla en la parte antero-inferior del septum nasal hasta provocar una pequeña hemorragia. También se obtiene de lesiones cutáneas, puede efectuarse tanto en las manchas como en los nódulos. Primero se desinfecta la lesión frotándola suave pero vigorosamente con un algodón con alcohol, agua y jabón, si se trata de una mancha se toma fuertemente entre el pulgar y el índice o con una pinza de Pean o con una Kelly protegida hasta producir isquemia y con una lanceta se hace una incisión lineal, se aumenta entonces la presión hasta conseguir la salida de serosidad raspando con el dorso del bisturí los bordes y el fondo de la herida a fin de remover junto con la serosidad, una pequeña cantidad de tejido con la que se hace el frotis. Cuando se trata de nódulos que son ricos en bacilos, es más fácil puncionarlos con una aguja gruesa.

Los casos lepromatosos y dimorfos dan baciloscopia positiva. Los casos Tuberculoideos e Indeterminados la dan negativa.

LEPROMINO REACCION:

Es una intradermoreacción, se practica con el antígeno llamado lepromina, obtenida por la técnica de Mitsuda Hayoshi de lepromas hervidos, triturados y desecados, contienen bacilos muertos, células y proteínas.

Se inyecta intradermicamente 0.1cc en la cara anterior del antebrazo o en la región intrascápulovertebral, la lectura se hace a las 48 horas, llamada Reacción de Fernández, es positiva cuando se forma una zona eritematosa infiltrada de más de 1 centímetro de diámetro que puede persistir tiempo variable y demuestra solamente un estado de hipersensibilidad, no tiene valor práctico. La lectura a las tres semanas. Reacción tardía de Mitsuda, es positiva franca si es de un centímetro, si se forma un nódulo menor de 0.5 centímetros, se toma como no franca positiva.

La intradermoreacción positiva indica alergia y resistencia, por lo que la reacción de Mitsuda es positiva en los casos tuberculoideos y negativa en los casos lepromatosos. Por esto no deben emplearse como prueba diagnóstica, es útil solamente para la clasificación de los casos y por lo tanto para el pronóstico y para el estudio inmunológico de los contactos.

INDICE DE SEDIMENTACION GLOBULAR:

Está acelerada en los casos lepromatosos y dimorfos, normal en los casos Tuberculoideos e Indeterminados; tiene cierto valor pronóstico, sobre todo antes de la reacción leprosa, que es cuando la sedimentación globular se encuentra acelerada.

SEROLOGIA:

Las reacciones serológicas para la Sífilis son persistentemente positivas para los casos lepromatosos y pueden serlo en los Dimorfos. Son negativos en los tuberculoideos e indeterminados, mientras no sufran mutaciones a los Lepromatosos.

PRUEBA DE LA HISTAMINA:

Sirve para demostrar los trastornos de la sensibilidad. Consiste en poner dos gotas de Histamina al 1 por 1,000 en la zona problema y otra en la piel sana, se hacen piquetes con una aguja a través de la gota y después de unos minutos se observa en ambos sitios una mácula contorneando una pápula, conocida como "halo eritematoso pequeño", llamado también eritema primario; sólo en la piel normal se observa el eritema reflejo que es otro eritema circundante más amplio, en la zona lesionada no se forma por estar roto el arco reflejo y se dice que es una respuesta anormal a la histamina.

HISTOPATOLOGIA:

Sirve también para establecer el diagnóstico del caso como para su clasificación y también para el control del tratamiento. En el tipo Lepromatoso encontramos, células vacuoladas llenas de bacilos demostrados por la coloración de Ziehl Nielssen, o sea los histiocitos transformados en células de Virchow que forman el infiltrado Lepromatoso.

La estructura del tipo Tuberculoide está formada por

el típico granuloma, de imagen folicular: células epiteloideas, células gigantes del tipo Langhans e infiltración linfocitaria, en ocasiones no se encuentran células gigantes y entonces se dice que el infiltrado toma un aspecto sarcoidal. La estructura histológica de un caso indeterminado está formada por un infiltrado escaso de tipo inespecífico. En los casos Dimorfos se encuentran zonas donde se mezclan los dos tipos fundamentales, en ocasiones se presentan cambios con los estados reaccionales como dilatación capilar y alteraciones de la fibra colágena.

TRATAMIENTO ACTUAL :

"La lepra es una enfermedad curable" la lucha del hombre contra la enfermedad data de siglos, al principio el estigma social, basado en la ignorancia, intolerancia y el miedo, encontraron sólo un recurso bárbaro y primitivo: la muerte del enfermo a pedradas.

Como en todo el hombre tuvo que evolucionar, dando paso a medidas menos bárbaras, se intentó entonces por medio de las leproserías cárceles un aislamiento obligatorio del enfermo para dar protección a la comunidad, pero ésta fue también una medida contraproducente, pues se encerraba a los enfermos avanzados y se escondían los casos incipientes perpetuando la endemia, ya que se transmitía libremente la enfermedad. Afortunadamente este sistema fue abandonado y sustituido; hoy se trata de vencer el miedo, la ignorancia, el prejuicio contra la enfermedad, haciéndose una educación popular.

En el terreno farmacológico de la terapéutica se dió un gran paso con el advenimiento de las Sulfonas en la lu-

cha contra la lepra.

Pero antes se empleó un gran número de medicamentos entre ellos la plata, el oro, Arsénico, yodo, cobre, azul de metileno, margarita de Jalisco, la plulavarina, el aceite de chaulmoogra, etc., etc., pero en realidad todas estas sustancias no sólo eran inútiles sino hasta perjudiciales.

Volviendo a las Sulfonas, son un grupo de medicamentos derivados de la 4, 4 Diamino difenil sulfona (D.D.S.) Sus propiedades bacteriostáticas se comenzaron a investigar desde principios de este siglo 1908, primero para tratamiento de infecciones producidas por streptococos por ser compuestos afines a las sulfanilamidas, después fueron empleadas en el tratamiento de la tuberculosis aviar, empleándose sin éxito en el tratamiento de la tuberculosis humana.

En 1941 Faget en el Hospital de Carville, las empleó para el tratamiento de la lepra obteniendo por primera vez resultados favorables. Las sulfonas actúan reteniendo o neutralizando los elementos nutritivos del bacilo por liberación del núcleo de la D.D.S. Este medicamento se absorbe por vía oral, no se concentra selectivamente en ningún órgano y se elimina el 50% por la orina. No es tóxico a dosis mínimas; las cuales son suficientes y curativas en el tratamiento de la lepra. A dosis tóxica produce anemia hemolítica. Clínicamente las lesiones mucosas son las primeras en responder y hay regresión y desaparición de los nódulos cutáneos, laringeos, faringeos, nasales, así como de las infiltraciones y ulceraciones, curando las infecciones secundarias, las lesiones cutáneas responden lenta-

mente pero en un tiempo de uno a tres años se limpian totalmente. Las atrofiaciones musculares no regresan ni las despigmentaciones de la piel. Las lesiones oculares responden poco al tratamiento. Y cuando éstas son graves como la Queratitis, los nódulos en el iris y la iridocielitis difusa, se ignora porque causa se agrava con el tratamiento.

HISTOPATOLOGICAMENTE:

La estructura lepromatosa va sufriendo una degradación progresiva que la ha de llevar finalmente hasta una estructura inflamatoria simple y con el tiempo lo que domina es la fibrosis. El bacilo pasa por distintas fases degenerativas y desaparece durante el primer año de tratamiento.

La dosis recomendada, obteniéndose una máxima eficacia y mínima o nula toxicidad es de 25 mgrs. a 100 mgrs. en 24 hrs. El tratamiento es crónico. Su indicación concreta son los casos lepromatosos que constituyen el problema fundamental de la enfermedad. En caso de reacción leprosa se suspende o disminuye el tratamiento y se reinicia al pasar la crisis. Casos tuberculoides prácticamente no requieren tratamiento, porque las lesiones pueden curar espontáneamente. Ha sucedido lo que se llama "la paradoja terapéutica" en estos casos y consiste en la producción de amiotrofiaciones retraccionales por fibrosis de algunos trayectos nerviosos. Cuadro que cede con el tratamiento de corticosteroides.

Casos indeterminados no requieren dosis mayores de 100 mgrs. Los casos dimorfos se tratan como si fueran lepromatosos.

En el tratamiento de la lepra se han ensayado otros medicamentos como la Estreptomina, P.A.S., Isoniazida, Tiosemicarbazona, Cicloserina, todos con pobres resultados. Más recientemente se empleó la D.P.T. (difeniltiourea) cuyos resultados dicen son tan buenos como los de las sulfonas.

Pero el tratamiento de la lepra debe considerarse no sólo como un problema médico, sino sanitario, social, humano y por lo tanto debe resolverse en forma integral. A los enfermos no basta sólo darles sus sulfonas, se considera más importante ayudarles a recobrar la fé y esperanza necesarias para seguir en la lucha por la existencia.

TRATAMIENTO DE LA REACCION LEPROSA :

No tiene tratamiento específico. Pero actualmente se sabe que no deben emplearse corticosteroides, porque se alivia durante la administración del medicamento pero al suspenderlo sobreviene el fenómeno de rebote, que hace que los brotes de la reacción se vuelvan frecuentes, peligrosos e incontrolables. Resumen de los medicamentos empleados empíricamente en el tratamiento de la reacción leprosa: antialérgicos y desensibilizantes. Antihistamínicos (calcio, hiposulfito de sodio) Vitaminas C, B1, y B2, Urotropina. Antimaláricos (Aralén, Atebrina). Antimonias (Foadina, Repodrál) Antibióticos (Penicilina, Estreptomina, Tetraciclina) Analgésicos, Barbitúricos, Opíacos. Se continúa empleando con buenos resultados las transfusiones sanguíneas, en pequeñas dosis y repetidas a cortos intervalos.

Se desconoce la causa de la reacción leprosa y por-

ello no hay tratamiento adecuado.

Se intenta prevenirla con dosis bajas de D.D.S evitando el yodo y demás halógenos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La forma más entendible de esta enfermedad, se hace siguiendo la clasificación actual internacional de la lepra, tomando los dos tipos polares, Lepromatoso y Tuberculoide y el grupo de casos Indeterminados, haciendo una mención especial al grupo Dimorfo.

El Capítulo será dividido en los siguientes puntos:

1.- Diagnóstico diferencial de las manifestaciones dermatológicas:

- a) Lepra lepromatosa en sus formas clínicas, nodular y difusa;
- b) Manifestaciones agudas de la lepra;
- c) Lepra tuberculoide en sus formas clínicas; fija y reaccional, se hará una mención especial a los casos dimorfos;
- d) Casos indeterminados de lepra.

2.- Diagnóstico diferencial de las manifestaciones nerviosas de la lepra.

LEPRA LEPROMATOSA:

Esta es de tipo progresivo, maligno, transmisibles con tendencia a generalizarse sistemáticamente, aparece en individuos no resistentes (lepra enérgica) y no hay tendencia a su curación espontánea.

Se clasifica como polar por su tendencia desde el

su tendencia desde el punto de vista clínico a invadir la piel, mucosas, nervios periféricos y casi la totalidad de los órganos y sistemas de la economía humana.

La baciloscopia es positiva. En el estudio histopatológico, hay un infiltrado lepromatoso, con células de Virchow, grandes células de protoplasma claro y vacuolizado llenas de bacilos. Inmunológicamente hay destrucción de las defensas orgánicas; comprobada por la negatividad de la lepromina.

LEPROMATOSIS NODULAR:

Es generalizada, pues invade piel, mucosas, nervios periféricos, órganos y sistemas. Como es el tipo progresivo de la enfermedad en etapas muy avanzadas se encuentra diseminada en la cabeza, tronco y extremidades. Tiene predilección por las zonas descubiertas (fototropismo). En la cara se encuentra diseminada en frente, mejillas, regiones ciliares, pabellones auriculares. Dorso y regiones glúteas son las más afectadas. En las extremidades tiene predilección por las salientes óseas, tales como: codos, rodillas, puños. Respeto el cuero cabelludo y grandes pliegues cutáneos.

MORFOLOGIA:

Es de tipo polimorfo, se caracteriza por el nódulo que es precedido o acompañado de lesiones circunscritas como manchas Eritematosas, rojo violáceas, manchas hipocrómicas o lesiones foliculares.

Los nódulos son variables de uno a dos mm. a varios centímetros. Ellos son redondos de color variable, superficie lisa y brillante de consistencia firme y elásticos, los próximos a ulcerarse son blandos. Al reabsorberse los nódulos dejan siempre cicatrices.

Las manchas eritematosas son también variables, escasas o abundantes, irregulares, de límites mal definidos, son ligeras o francamente infiltrativas, de superficie lisa, algunas veces se combinan con cambios en la pigmentación, pues tienden a la hipocromía en la porción central.

ANEXOS:

Respeto el cuero cabelludo, pero produce alopecia parcial de las cejas, pestañas y barba en los sitios donde hay lesiones.

OTRAS LOCALIZACIONES:

Mucosas, la rinitis leprosa es producida por un ataque a la mucosa nasal, que va desde la tumefacción hasta la ulceración y la atrofia, la mucosa labial también se infiltra. La mucosa de laringe también se afecta produciendo trastornos de la fonación (voz bitonal) hasta la disnea y asfixia.

Los ganglios afectados son los inguinales, crurales, cervicales, epitrocleares y axilares.

OJOS:

Hay epiescleritis, queratitis infiltrativa difusa o hiperplástica, iritis, fotofobia, lagoftalmos, epifora. Tracto digestivo, produce úlceras del esófago, estómago, colon descendente y recto, responsable de los síndromes disentéricos. En los testículos produce orquiepididimitis que se hace más intensa durante la reacción leprosa, los órganos sexuales femeninos son menos afectados. Según la edad que afecte puede producir impotencia, esterilidad o infantilismo. Como la enfermedad es de forma progresiva afecta todos los órganos de la economía y da síntomas de astenia, anorexia, pérdida de peso adelgazamiento, anemia, y los estados agudos febriles conocidos como reacción leprosa. El pronóstico es bueno si se descubre a tiempo y se administra el tratamiento adecuado con las sulfonas. Antes este cuadro llevaba a la muerte inevitable del enfermo después de grandes sufrimientos físicos y morales.

LEPROMATOSIS DIFUSA:

El conocimiento se debe a dos médicos mexicanos - Lucio y Alvarado que en 1851, la describieron llamándola Lepra manchada o Lazarina.

En 1938 el Dr. Fernando Latapí reanudó su estudio y logró su reconocimiento como entidad clínica.

TOPOGRAFIA:

Es una dermatosis con tendencia a generalizarse a -

todo el tegumento, solo respeta los grandes pliegues y la piel cabelluda que posteriormente se afecta en forma de alopecias parciales.

MORFOLOGIA:

Se caracteriza por una infiltración difusa masiva que da a la cabeza un aspecto mexedematoide. En cambio en las extremidades la piel está seca, anhidrótica y las regiones adormecidas. Las faneras son atacadas provocando caída de las cejas, pestañas, barba y vello. volviéndose las superficies lisas, secas y escamosas. A diferencia de la lepromatosis nodular, esta variedad clínica no produce lesiones en los ojos.

Esta entidad es progresiva al igual que la lepromatosis nodular, tiene también episodios agudos, caracterizados por el llamado fenómeno de lucio o eritema necrosante. La evolución es igual que la nodular, pero con el tratamiento a base de sulfonas se ha transformado el pronóstico de estos enfermos en forma radical y completa.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Entre los padecimientos que pueden confundirse y de hecho se confunden por ser también cutáneos, tenemos:

Lepromatosis Nodular

- 1.- Dermatitis solar y otras dermatitis
- 2.- Acné
- 3.- Sífilis

Lepromatosis difusa

- 9.- Ictiosis
- 10.- Mixedema
- 11.- Alopecia Universal
- 12.- Livedo y Cutis marmorata.

- 4.- Tuberculoides (nodular profunda y nodular necrótica)
- 5.- Micosis fungoide y otras reticulosis
- 6.- Enfermedad de Recklinghausen
- 7.- Xantomas
- 8.- Prúrigo nodular de Hyde

DERMATITIS SOLAR:

Es una dermatitis reaccional, con manifestaciones cutáneas desencadenadas por un fenómeno de fotosensibilidad, localizada a zonas descubiertas del cuerpo.

Cuando estas lesiones se reúnen en la cara y representan ciertas características, como infiltración crónica, el eritema, zonas de liquenificación junto con pseudoalopécia de cejas -se rompen con el rascado- semejan al enfermo de lepra lepromatosa nodular. Se hace el diagnóstico diferencial de dermatitis solar, porque ella sólo se encuentra en regiones descubiertas, exacerbándose con la exposición a los rayos solares y sobre todo que es intensamente pruriginosa. Lo cual se pone de manifiesto por las costras hemáticas, huellas de rascado y zonas de liquenificación, además en este proceso no hay nódulo sino que pápulas.

La dermatitis por contacto también da reacción pruriginosa, que asimismo hace pensar en lepra, por la pseudoalopécia de cejas y pestañas, pero está el prurito que falta en la lepra.

ACNE:

La lesión cutánea es el comedón, que se localiza habitualmente en frente, mejillas, mentón, pecho y espalda. Tiene además elementos inflamatorios como las pápulas y papulo-pústulas. En la lepra las lesiones cutáneas son nódulos, en el Acné son abscesos que se asientan sobre una piel untuosa, y las lesiones mejoran y desaparecen espontáneamente. Los nódulos de la lepra no desaparecen espontáneamente.

SIFILIS:

Se puede confundir con la lepra lepromatosa nodular. Las lesiones dermatológicas son los gomos o nódulos que tienen tendencia a ser confluentes, forman placas variables, al ulcerarse toman forma arriñonada, distintos a los nódulos de la lepra que no forman esa característica arriñonada, aunque en ocasiones formen placas.

TUBERCULOIDES:

Esta forma de Tuberculosis cutánea, tiene una lesión fundamental que es el nódulo, que tiene una coloración rojo violacea, oscura de forma y tamaño variable, múltiples y simétricas. Se puede confundir con la lepra lepromatosa nodular. En las etapas avanzadas de la enfermedad se encuentran los nódulos necrosados, con costras melicericohemáticas o escamas finas en su vértice que le da un aspecto polimorfo, pues mientras unos nódulos están en evolución otros se encuentran ulcerados o con pequeñas

fístulas. En cambio los nódulos de la lepra lepromatosa nodular son redondeados, de superficie lisa y brillante, de consistencia firme y elástica y que eventualmente se ulceran.

MICOSIS FUNGOIDE Y OTRAS RETICULOSIS:

También se le llama Granuloma Fungoide. Es una enfermedad de la piel de evolución crónica y progresiva, de desenlace fatal. Clínicamente se le divide en tres períodos, el primero tiene una erupción eritomatosa o psoriasiforme. El segundo, forma placas infiltrativas. El tercer período se caracteriza por tumores. En la etapa infiltrativa y nodular, cabe el diagnóstico diferencial con la lepra lepromatosa nodular, ya que sus manifestaciones clínicas son semejantes. La micosis fungoide en estas etapas presenta además alopecia parcial o enrarecimiento del pelo, los nódulos son de forma y tamaño variable, tienen predilección por la cara, tronco y rodillas; raras veces los codos. Hasta aquí la semejanza entre ambas entidades termina, pues la Micosis Fungoide presenta datos que no tiene la lepra lepromatosa nodular, tales como: Prurito persistente que se ve por el rascado y zonas de liquinificación. A veces los tumores quedan localizados a la piel cabelluda, zonas que son respetadas por la lepra. Además los exámenes de laboratorio que evidencian la lepra son negativos a ella.

Las otras hematodermias de las cuales hay que diferenciarlas; son todas aquellas caracterizadas por crecimiento tumoral de los órganos linfáticos del sistema retículo endotelial y de evolución fatal. Estas producen los cua

dros de alopecía, infiltraciones eritomasas, infiltraciones de los pabellones auriculares, tumoraciones de tamaño variable. En estas hematodermias también hay prurito pertinaz, hemorragia de la piel y mucosas, lesiones del rascado, fiebre, diaforesis, anorexia, astenia que evoluciona fatalmente. No hay lesiones del sistema nervioso periférico, la sensibilidad es normal así como los reflejos vasomotor, sudoral y piloerector. Los exámenes de laboratorio positivos para la lepra son en este caso negativos.

XANTOMAS:

Esta es producida por la acumulación anormal de lípidos en los tejidos, colesterol alto. Hay variedades clínicas como Xantomas eruptivos, tuberosos, planos según la forma y sitio donde se acumulen las grasas. El xantoma tuberoso podría confundirse con la lepra lepromatosa nodular.

ENFERMEDAD DE VON REKLINGHAUSEN :

o Neurofibromatosis, es congénito de tendencia familiar, se caracteriza por la presencia de masas tumorales expansas del tejido neuroconjuntivo. Se acompaña de otras malformaciones congénitas como nevos pigmentados, deformaciones óseas, tumores del encéfalo. Los tumores son sésiles o pediculados de consistencia blanda, tamaño variable, crecimiento lento, desaparecen en los planos profundos (tumores fantasmas). Los exámenes de laboratorio hacen el diagnóstico diferencial.

PRURIGO NODULAR DE HYDE:

Es rara de etiología desconocida. Se le describe como una forma nodular atípica de neurodermatitis circunscrita, frecuente en la mujer adulta, localizada en la cara anterior de los muslos y piernas. Los nódulos son de color café, se distribuyen en forma lineal. Son pruriginosos. Estas características hacen innecesario el diagnóstico diferencial por medios de laboratorio.

ICTIOSIS:

La piel es fina, atrófica, seca y ligeramente escamosa con escamas firmemente adheridas, la cual se puede ver en algunos casos de lepra lepromatosa. Pero la Ictiosis o piel de pescado, es una anomalía congénita de la queratinización de la piel, de tendencia familiar, aparece en los primeros años de la vida, sus alteraciones son difusas, presentan en toda la superficie cutánea, trastornos unguelares, sequedad y aspereza de la piel; la prueba sudoral está alterada al igual que la lepra, los otros exámenes de laboratorio son negativos.

MIXEDEMA :

Hay pseudoedema cutáneo y de las mucosas, causado por la infiltración de un multipolisecarido; el ácido hialurónico. La piel es pálida, amarillenta, pelo delgado, desprendible fácilmente, alopecía parcial que se inicia en el tercio externo de la ceja (Signo de Hertoge). Tiene tendencia a la obesidad, intolerancia al frío, bradicardia, coordinación de ideas lenta. Podría confundirse este cua-

dro con la lepra lepromatosa difusa, aunque en esta última se altera la sensibilidad superficial, alopecía de cejas, -pestañas y vello es total y no hay retraso mental.

ALOPECIA UNIVERSAL:

Es una psicodermatosis, por lo tanto de etiología no conocida. Hay caída del pelo cabelludo, a veces del vello pubiano, cejas, pestañas, barba, sin dejar signos inflamatorios, dejando el cuero cabelludo liso y pulido. Se puede confundir con la lepra lepromatosa difusa, pero en la entidad anterior no hay alteraciones de la sensibilidad superficial, no hay alteraciones del reflejo, vaso motor, pilomotor y secretorio. La lepra lepromatosa difusa, respeta la piel cabelluda.

CUTIS MARMORATA Y LIVEDO RETICULARIS:

Se observa en los niños, consiste en el desarrollo de un moteado azul de la piel, semeja al mármol, debido a una congestión pasiva que produce rémora circulatoria venosa cutánea, ocasionando la aparición de espacios romboidales o cuadriláteros; se localizan más en los muslos.

OTRAS DERMATOSIS:

Que presentan manifestaciones cutáneas semejantes a la lepra. Leshmaniasis difusa alérgica. Presenta nódulos en piel aparentemente sana, con aspecto hipertrófico y verrugoso, no hay injuria al sistema nervioso periférico, no hay equivalente de reacción leprosa, no hay alopecía, -

ni lesiones tróficas. Se diferencian por los exámenes de laboratorio. Sarcoidosis Nodular de Boek. Produce lesiones dérmicas semejantes a los nódulos y lesiones óseas -parecidas a las que produce la lepra. Hay un aspecto histopatológico de la lepra tuberculoide, que por su semejanza a la sarcoidosis se le llama Forma Sarcoidal. La Sarcoidosis no produce ningún síntoma parecido a la lepra, -trastornos de la sensibilidad, etc. Los exámenes de laboratorio hacen el diagnóstico diferencial. Leshmaniosis Post kalasar se diferencia porque en las lesiones infiltradas, los parásitos son abundantes -leshmanias-. La sensibilidad es normal.

MANIFESTACIONES AGUDAS DE LA LEPROA:

La lepra lepromatosa tiene un curso crónico y progresivo y en ocasiones presenta un fenómeno que se llama -"reacción leprosa". Es una entidad clínica no bien establecida, una de las teorías, es que la reacción leprosa se debe a la diseminación hematógena del Bacilo de Hansen o sus toxinas desencadenando un mecanismo alérgico. Pero se ha demostrado que no siempre hay bacilemia presente -en la reacción. Pero ciertamente hay numerosos factores -que predisponen a la reacción leprosa, tales como: factores ambientales y climatéricos, enfermedades como eripiel, sífilis, paludismo. Intoxicaciones, estados fisiológicos como la pubertad, menstruación, embarazo, puerperio, excesos físicos, inmunizaciones -vacuna antivariolosa-, medicamentos -yoduros - tratamiento específico - sulfonas- estados carenciales, desnutrición.

La reacción leprosa se divide en fase prodrómica: tarda una semana, se manifiesta por fiebre, calosfríos, anore-

xia, astenia, mialgias y artralgias, constipación o diarrea, adenopatía inguinal o cervical.

FASE DE INVASION:

Agravación de lesiones cutáneas preexistentes, se congestionan los lepromas, lo mismo que las mucosas.

FASE DE ESTADO:

Aparecen nuevas lesiones que toman la forma de eritema nudoso, eritema polimorfo o eritema necrosante.

FASE DE REGRESION:

Con descamación de la piel y desaparición de los síntomas sistémicos.

La baciloscopia es abundante en bacilos provenientes de las lesiones cutáneas. Hematología = leucocitosis y neutrofilia, reserva alcalina baja. Eritrosedimentación alta.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA REACCION LEPROSA:

Por lo compleja resulta difícil, con fines prácticos se dividen sus manifestaciones clínicas en CUTANEAS y SISTEMICAS.

MANIFESTACIONES CUTANEAS

Eritema nudoso y polimorfo -síndrome

- 1.- Tuberculosis
Coccidioidomicosis
Fiebre Reumática
- 2.- Eripisela
- 3.- Fiebre Eruptivas

Sistémicas

- 7.- Tifoidea tifo y similares
- 8.- Paludismo
- 9.- Tuberculosis

Eritema Necrosante

- 4.- Púrpura
- 5.- Dermatitis Ficticia
- 6.- Otras vascularitis

Organos

- 10.- Orquitis de otra naturaleza
- 11.- Adenitis
- 12.- Neurotis
- 13.- Alteraciones oculares - de otra etiología.

El eritema nudoso y el eritema polimorfo, éstos como síndromes pueden obedecer a distintas causas. El Eritema Nudoso puede tener como etiología infecciones como estreptococo hemolítico como lo son las amigdalitis y la fiebre reumática, puede presentarse en el curso de la tuberculosis, coccidioidomicosis, colitis ulcerosa, linfopatía venérea, y otras. El Eritema Polimorfo forma parte de las manifestaciones cutáneas de la enfermedad del suero, de la reacción alérgica a medicamentos (tipo penicilina, antipirina, fenilbutazona, pirazolona, etc.).

Ambos eritemas se localizan más en miembros inferiores y con límites únicos la mayoría de las veces.

LA ERIPISELA:

Es una infección de la piel producida por el estreptococo hemolítico del grupo "A". Su sitio inflamatorio de elección es en la cara, ambas mejillas y en las piernas, en forma de placas infiltradas, inflamatorias de límites imprecisos, en ocasiones se ampollan o ulceran produciendo dolor local.

FIEBRES ERUPTIVAS:

Son más comunes en la infancia, pero si se presentan en adultos se presta a confusión; pero se diferencian porque son infecciones virales, que dan manifestaciones cutáneas de tipo exantémático, tienen evolución aguda y confieren inmunidad permanente.

PURPURA:

Se caracteriza por la presencia de hemorragias en la piel y en la mucosa. Los diferentes tipos de púrpura se diferencian por datos de laboratorio y datos clínicos. La presencia de petequias y equimosis, pudiera confundirse con el llamado fenómeno de Lucio o Eritema necrosante.

DERMATITIS FACTICIA: Es una dermatitis producida artificialmente, es hecha a propósito y sólo se presenta en zonas accesibles al rascado, se presenta en los neuróticos. El fenómeno de Lucio tiene una topografía en forma distal ascendente.

ANGEITIS O VASCULARITIS:

De causas diversas: son alteraciones vasculares caracterizadas por inflamación y necrosis fibrinoide. Histopatológicamente, hay alteraciones fibrinoides con hialinización de la media y proliferación de la íntima que ocasiona trombosis y obstrucciones arteriales con formación de infartos.

Se confunde con el fenómeno de Lucio por las alteraciones dermatológicas que producen lesiones petequiales - purpúricas, vesículas o ampollas, que pueden evolucionar hacia la necrosis y la ulceración. Además de las lesiones en el fenómeno de Lucio evoluciona en 16 días desde manchas a escaras y evoluciona por brotes.

Se confunde finalmente la reacción leprosa con todas las enfermedades sistémicas que producen fiebre, diaforesis, calosfríos, astenia física y mental, cefalea, anorexia, náuseas, vómitos, lengua seca y saburral en ocasiones hepatomegalia. Tales como infecciones rífcas o paratíficas, Fiebre de Malta, resfriado común, Tuberculosis o Paludismo.

Las neuritis y polineuritis de diversas etiologías pueden también confundirse con las manifestaciones extracutáneas de la reacción leprosa, como se sabe esta reacción leprosa puede ocasionar neuritis de los troncos nerviosos ocasionando dolores intensos y dejando secuelas como amiotrofias reaccionales. En los ojos puede producir iritis o iridociclitis, en los testículos orquitis. A veces produce mialgias y artralgias confundiendo con el reumatismo y artritis reumatoide.

Pero siempre habrá datos clínicos característicos de hanseniosis que orienten al diagnóstico y se debe saber - cuando emplear los exámenes complementarios para comple-
tar o afirmar su diagnóstico.

LEPRA TUBERCULOIDE

Es un tipo totalmente diferente al lepromatoso, no es sistémico ni transmisible y tiende a la curación espontánea. Se presenta en personas resistentes, fue descrita por Jadasohn en 1948. Sus lesiones tienden a localizarse en la piel y nervios periféricos. Bacteriológicamente hay ausencia del mycobacterium leprae, por lo que se le llama lepra - pausibacilar. Histopatológicamente hay células epiteloideas rodeadas de infiltración linfocitaria, células gigantes tipo - Langhans. Inmunológicamente, hay un estado inmunológico aumentado, hay hipersensibilidad específica a la lepromina del tipo tuberculina, dando la prueba positiva a las 48 ho-
ras y 3 semanas, o sea la reacción de Mitsuda de la cual - nos valemos para la clasificación de los casos.

Hay dos formas clínicas de Lepra Tuberculoide Fija y Reaccional o aguda.

FORMA TUBERCULOIDE FIJA:

Se localiza a una sola región del cuerpo, raras veces se presenta diseminada y asimétrica. Se encuentra princi-
palmente en cara, párpados, regiones ciliares, mejillas, la-
bios, pabellones auriculares, extremidades, en los niños -
pequeños en las regiones glúteas, puesto que este tipo es -
enfermedad de la infancia.

Morfológicamente, presenta manchas cutáneas que son variables, de escaso relieve, pero figuradas y marginadas, -
la porción central es hipocrómica, pero a veces es de color

normal, a veces tienen descamación furfuracea, los bordes activos son bien marcados de color rojo o rosado oscuro de superficie lisa y brillante suele tomar aspecto liquenoide.- Tiene el sello característico del trastorno de la sensibilidad lo cual facilita su reconocimiento, presenta además anhidrosis y alopecia en la zona ocupada por ella.

La evolución de la lesión es lenta, con actividad hacia los bordes. Evoluciona espontáneamente dejando como secuelas zonas atróficas, hipocrómicas de piel adelgazada y plegada.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

La baciloscopía es negativa, se emplea más la clínica con los exámenes complementarios -como la prueba o exploración de la sensibilidad artificial, alteración del reflejo vasomotor, piloerector y sudoral, infiltración de troncos nerviosos, para el diagnóstico diferencial.

PADECIMIENTOS QUE CLINICAMENTE TIENEN SEMEJANZA CON LA LEPROSIS TUBERCULOIDE FIJA :

- 1.- Mal de Pinto.
- 2.- Dermatomicosis -tiñas-.
- 3.- Dermatitis Seborreica.
- 4.- Parapsoriasis en Placa.
- 5.- Tuberculosis luposa.
- 6.- Sífilis.
- 7.- Granuloma anular.
- 8.- Eritema Centrífugo de Darier.
- 9.- Pitiriasis Rosada de Gilbert.

- 10.- Esporotricosis -complejo cutáneo nervioso-
- 11.- Eritema Pigmentario Fijo.

MAL DE PINTO:

Es discromiante, con lesiones de diseminación pintadas placas eritroescamosas de forma oval o circular. Pero no presentan las alteraciones locales de la lepra, sin trastornos de la sensibilidad superficial y alteraciones de los reflejos vasomotor, piloerector y sudoral.

DERMATOMICOSIS -TIÑAS--:

Son infecciones de la piel producidas por hongos -patógenos superficiales. Se localiza en sitios descubiertos, cara, cuello y miembros con lesiones eritroescamosas, variables en tamaño y número, su color es rosado o rojo, -presentan vesículas o pápulas vesiculosas, hay lesiones -escamosas y pruriginosas, con lesiones del rascado (costras hemáticas). La lepra no es pruriginosa.

DERMATITIS SEBORREICA:

Se localiza donde las glándulas sebáceas son abundantes, como los surcos nasogenianos, fosa navicular del mentón, pabellones auriculares. Las lesiones son eritematosas, con bordes activos, elementos papulosos, es pruriginosa y no presenta trastornos de la sensibilidad, se localizan las lesiones en el cuero cabelludo que como se sabe es respetado por la lepra.

PARAPSORIASIS EN PLACAS:

De etiología desconocida. Se localizan las lesiones en el tronco, son eritemoescamosas, son pruriginosas y no presentan trastornos de la sensibilidad ni alteraciones de los reflejos vasomotor, piloerector y sudoral.

TUBERCULOSIS LUPOSA:

También se llama lupus vulgar, se caracteriza por las lesiones en forma de placas rojo violáceo circulares u ovals. La lesión es el nódulo llamado "lupoma" que es pequeño, blanco amarillento se agrupa en placas y se localiza en nariz, mejillas, lóbulos de la oreja.

SIFILIS:

En la lepra tuberculoide las reacciones serológicas para la sífilis, son negativas.

GRANULOMA ANULAR:

Es una lesión cutánea benigna que desaparece espontáneamente. Las manos y los brazos son más afectados seguidos por pies y piernas. No están los signos de la lepra tuberculoide presentes.

ERITEMA CENTRIFUGO DE DARIER:

Es de etiología desconocida. Son placas eritemato-

sas, que se extienden en forma centrífuga, dejando una piel aparentemente sana o ligeramente escamosa. No hay trastornos de la sensibilidad como en la lepra.

PITIRIASIS ROSADA DE GIBERT:

Es una dermatosis eruptiva, exantemática que se localiza en tronco, cuello, brazos, muslos, axilas e ingles; las lesiones eritomasas siguen una orientación hacia los pliegues cutáneos, las erupciones se inician en forma de una placa eritematosa de mayor tamaño llamada "medallón". Esta dermatosis no presenta trastornos de la sensibilidad.

ESPOROTRICOSIS:

Es una micosis causada por el Sporotrichum Schencki. Hay una forma linfática que sigue el trayecto linfático en su invasión. El proceso es localizado y asimétrico, presenta una lesión inicial "el chancro esporotricócico", de color rojo violáceo, móvil que después se adhiere y se ulcera. A veces la lepra tuberculoide se distribuye en forma lineal llamado complejo cutáneo nervioso. El diagnóstico diferencial se hace con los exámenes complementarios, entre ellos la intradermorreacción con la esporotricina, que es específica para la esporotricosis.

ERITEMA PIGMENTARIO FIJO:

Es una variedad de dermatitis provocada por medicamentos: pirazonas, barbitúricos, arsenicales, fenoftaleína. Son zonas rojas bien limitadas, circulares u ovals,

pruriginosas y descamativas, se localiza más en cara, regiones genitales y caras internas de ambos muslos. Se le llama fijo porque el cuadro se repite con la ingestión de cada droga. Se diferencia de la lepra por los síntomas.

LEPRA TUBERCULOIDE REACCIONAL: Es diseminada, sin simetría o sistematización, puede presentarse en cara, tronco o extremidades. Está formada por grandes placas de tamaño y color variable, a veces en forma eritrodérmica o ictiosiforme.

Es de principio brusco, en la mujer se presenta a veces después de un parto, en otras oportunidades después de ingesta de sustancias yodadas. El aspecto del enfermo es característico, se presenta congestionada y al pasar el acceso quedan secuelas de piel atrófica, con trastornos de la sensibilidad y a veces telangiectacias. Este tipo de lepra es de curso agudo o sub-agudo y regresa rápidamente. Se le ha considerado una manifestación de sensibilización a distancia, es decir: una hiperérgica de la lepra.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Se hará con:

- 1.- Eritrodermias
- 2.- Eripisela
- 3.- Edema Angioneurótico
- 4.- Casos Dimorfos de lepra.

ERITRODERMIA:

o Dermatitis Exfoliativa, es causada por medicamentos, psoriasis, etc. Se localiza en las zonas descubiertas, hay un edema generalizado, numerosas vesículas, escoriaciones y abundante exudación, después engrosamiento y pigmentación. Hay prurito que lo diferencia de la lepra tuberculoide reaccional, además costras hemáticas y zonas de liquenificación, descamación en grandes colgajos.

ERIPISELA:

Infección provocada por el estreptococo, se presenta en la cara, mejilla en forma de placas infiltradas, que llegan a ulcerarse y ampollarse. No hay trastornos de la sensibilidad.

EDEMA ANGIONEUROTICO:

Llamada urticaria gigante; hay dos formas una hereditaria y otra esporádica o no hereditaria que es la más frecuente. Se caracteriza por presentarse en forma de placa o hinchazón, redondea variable en número y tamaño, el color de la piel es normal y ligeramente enrojecida. El edema es localizado, no hay dolor, en algunas ocasiones hay edema simple. Se presenta más en cara, manos, pies y genitales. Evoluciona a la curación en tres días y no deja trastornos de la sensibilidad.

CASOS DIMORFOS DE LA LEPRA:

Se presenta como una mezcla de los dos grupos pola

res, nada es específico, las lesiones se pueden localizar a los nervios periféricos o piel, en forma de nódulos, bandas o placas con una topografía semejante a la lepra lepromatosa. Los nódulos son blandos. En el examen bacteriológico existen abundantes bacilos, la leprominorreacción es casi siempre negativa. Estos casos dimorfos más se consideran como lepromatosos disfrazados.

CASOS INDETERMINADOS:

No se les cataloga específicamente, porque pueden evolucionar hacia el lepromatoso o tuberculoide en la mayoría de los casos.

Su importancia es radical para el diagnóstico y pronóstico de este padecimiento.

Características: Clínicamente afecta sólo la piel y nervios periféricos.

Baciloscopía: Negativa. Histopatológicamente es de tipo inflamatorio simple, inespecífico. La leprominorreacción puede ser positiva o negativa.

Su topografía, respeta el cuero cabelludo y el resto del organismo puede ser afectado. Por manchas hipocrómicas de forma circular o elípticas, de límites bien delineados. Presentan fenómenos disestésicos, caída del vello y en ocasiones con anhidrosis observando el llamado signo de la mugre.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- 1.- Vitiligo.
- 2.- Mal del Pinto -Discromia-.
- 3.- Pitiriasis Alba.
- 4.- Pitiriasis versicolor.
- 5.- Leucodermas Postlensionales.
- 6.- Exclerodermia en placas -morfea-
- 7.- Nevos Acrómicos.

VITILIGO:

Es una leucodermia del grupo de las neurodermatosis, es adquirida, se localiza en la nuca, piel cabelluda, párpados, genitales y pliegues cutáneos, la lesión son manchas hipo o acrómicas de color blanco nacarado o lechoso a veces discretamente eritematosas, sus límites son precisos aunque irregulares. Se diferencia del caso indeterminado porque no hay trastornos de la sensibilidad, ni trastornos de las faneras, no hay alopecia sino canicie del pelo.

MAL DEL PINTO:

Ya nos referimos a esta discromia al hablar del diagnóstico diferencial de la lepra tuberculoide.

PITIRIASIS VERSICOLOR:

o tiña versicolor, es causado por el hongo malesezia furfur, se localiza en brazos, tronco y rodillas, a veces en las axilas. Las lesiones son eritematoescamosas que -

después toman un color café con leche. Otras lesiones son acrómicas o hipocrómicas. Esta dermatosis no presenta trastornos de la sensibilidad.

PITIRIASIS ALBA :

o Impétigo seco, es una dermatosis microbiana, frecuentemente en la infancia, ataca mejillas y región peribuca. Se presenta como manchas hipocrómicas circulares, superficie fina o papulosa, presenta descamación furfurácea, y no presenta trastornos sensitivos.

LEUCODERMIAS POSTLENSIONALES:

Son aquellas lesiones dermatológicas producidas por traumatismos, roce, quemaduras, rascado, tratamientos, enfermedades, etc. que pueden crear problemas diagnósticos con relación a las lesiones hansenianas hipocrómicas. Se evita el error diagnóstico haciendo un buen interrogatorio tomando en cuenta todos los antecedentes. La sensibilidad está conservada.

ESCLERODERMIA CIRCUNSCRITA EN PLACAS:

o morfea es una enfermedad del colágeno. Se localiza en cualquier parte de la superficie cutánea, su asiento clásico en la frente y porción anterior de la piel cabelluda, se le llama "golpe en sable". Son placas redondeadas u ovals únicas o múltiples, duras, blanquecinas, o nacaradas. Por la esclerosis puede alterar las faneras. Se a-

cude a veces al examen complementario para hacer el diagnóstico.

NEVOS ACROMICOS:

Se pueden presentar en cualquier parte del cuerpo - de límites precisos bien definidos, casi siempre persisten sin sufrir modificaciones durante la vida del paciente, son de origen congénito y no presentan trastornos disestésicos.

MANIFESTACIONES NERVIOSAS DE LA LEPRO:

Hay alteraciones físicas de los nervios.

Alteraciones de la sensibilidad.

Alteraciones de la motilidad.

Trastornos Tróficos.

Alteraciones de los Reflejos.

ALTERACIONES FISICAS DE LOS NERVIOS:

Le neuritis hanseniana, ataca los troncos nerviosos produciendo una perineuritis, que afecta el tejido conjuntivo del nervio y no la fibra nerviosa en sí, la cual produce primero inflamación y luego la cicatriza. Los nervios atacados en frecuencia son: cubital, ciático, popliteo exter-

no, radial, mediano, ciático, popliteo interno, auricular, branquial cutáneo interno, safeno externo y supraorbitario, el facial y el auditivo.

ALTERACIONES DE LA SENSIBILIDAD:

Son de tipo subjetivo, como dolores neurálgicos, parestesias, con sensación de quemaduras o adormecimientos. El tipo objetivo da perversión de la sensibilidad, dando hiperestesia primero y luego hipoestesia y anestesia. La anestesia es Ramuscular -afecta las ramas terminales. Troncular sigue el trayecto de un tronco nervioso. Insular -se superpone a las lesiones de la piel.

La sensibilidad superficial se afecta: primero: la térmica, luego la dolorosa y por último la táctil. Alteraciones que se presentan en forma Siringomieliforme.

ALTERACIONES DE LA MOTILIDAD:

Por las alteraciones del nervio motor periférico produce una parálisis o paresia flaccida.

TRASTORNOS TRÓFICOS:

Las amiotrofias se localizan en los músculos pequeños de las manos, como la región hipotenar, depresión del primer espacio interoseo dorsal, separación del meñique de los otros dedos y más tarde aplanamiento de la eminencia tenar. Hasta afectar la musculatura de la mano. Además puede presentar úlceras tróficas, trastornos tróficos oseos,

con reabsorción o sea de metacarpianos y metatarsianos. - Alteraciones tróficas de la piel y anexos. Mal perforante plantar consecutivo a la injuria nerviosa, mecánica y un factor infeccioso inespecífico que condiciona su persistencia.

Se presenta en la planta del pie y su situación es en el siguiente orden: talón, borde externo del pie de la base del quinto metatarsiano, bajo la cabeza de los metatarsianos, bajo la falange proximal del dedo grueso, bajo la falange distal de los dedos 1 y 2.

ALTERACION DE LOS REFLEJOS:

Los cutáneos y osteotendinosos pueden ser abolidos o exaltados.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS MANIFESTACIONES NERVIOSAS:

Han sido estudiadas detenidamente por otros autores y sólo mencionaremos las enfermedades que con mayor frecuencia pueden confundirse con la lepra, tales como:

- 1.- Polineuritis y Neuritis -de diversas etiologías-.
- 2.- Mononeuritis.
- 3.- Siringomielia.
- 4.- Tabes.
- 5.- Mal perforante plantar.
- 6.- Parálisis de Bell.
- 7.- Esclerosis lateral amiotrófica.

- 8.- Hematomielia.
- 9.- Tumores Intramedulares.
- 10.- Mielodisplasias.
- 11.- Neuritis Intersticial Hipertrófica.
- 12.- Tumores de los nervios.
- 13.- Costilla Cervical.

CONCLUSIONES

Al concluir el presente trabajo, espero haber despertado algún interés. Los puntos básicos sobre los cuales se elaboró este trabajo son:

- 1.- La lepra es una enfermedad de la piel, polimorfa en sus manifestaciones.
- 2.- Se entiende más siguiendo la clasificación Internacional con dos tipos polares, lepromatoso y tuberculoide y dos grupos "casos" indeterminados y dimorfos.
- 3.- Para diagnosticar la lepra hay que tener conocimientos dermatológicos y pensar siempre en ella.
- 4.- El diagnóstico de un caso lepromatoso está basado en las baciloscopías positivas, nódulos y manchas.
- 5.- Saber hacer un buen diagnóstico diferencial de ella.
- 6.- Las manifestaciones nerviosas de la lepra, forman un síndrome con características especiales que sólo una exploración completa y orientada lleva al diagnóstico.
- 7.- Los exámenes complementarios valorados en forma aislada, tienen escaso valor, solamente vistos en conjunto y orientados por los datos clínicos pueden ser útiles.
- 8.- El diagnóstico de la lepra se basa en su conocimiento como entidad nosológica, valorando sus manifestaciones clínicas y de laboratorio y pensando en ella como posible etiología del cuadro clínico que presen

ta el enfermo.

- 9.- Recordar siempre que la lepra es una enfermedad curable y que los que la padecen transitoriamente son iguales a nosotros y en consecuencia debemos ayudarles.
- 10.- La lepra constituye un problema sanitario de gran magnitud en otros países y que uno de los factores básicos para su control es educar adecuadamente, tanto a la comunidad general como a los enfermos, para que no adopten actitudes fatalistas frente al destino.

Br. Armando Aníbal Reyes Guerrero

V°.B°.

Dr. Werner Ovalle López
Asesor

V°.B°.

Dr. Enrique Padilla
Revisor

V°.B°.

Dr. Carlos Armando Soto
Secretario

Imprímase:

Dr. Carlos M. Monsón Malice
Decano

BIBLIOGRAFIA (2)

cana de Medicina.

- 13.- FOLLEREAU RABUL, La Lepra en Asia.
- 14.- GARZA T.M., La Reacción leprosa. Prensa Med. - Mexicana, 1954.
- 15.- GONZALEZ URUEÑA J., La Lepra en México, Editorial Ateneo, Buenos Aires, Argentina.
- 16.- LATAPI F., Lepra, Breve Información para el médico General. Separata de Dermatología Clínica. México, 1962.
- 17.- LATAPI F., y Chevez Zamora, Lepra Lazarina en México.
- 18.- LATAPI F., Lepromatosis Difusa. Aspectos Clínicos e histopatológicos. Dermatología, Revista 1959
- 19.- LATAPI F., Programa para el control de las Enfermedades Crónicas de la Piel. México, 1960.
- 20.- LAVALLE P., La lepra en la actualidad, Laboratorio y Gabinete. Revista Médica 1961.
- 21.- MONTOJO C., El Problema Social del Enfermo de Lepra, Dermatología, Revista, México 1958.
- 22.- RODRIGUEZ O., La Lepra y los Niños, Tesis, México, 1949.-

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ARAICO J. Síndrome Neurológico de la Lepra.
- 2.- BASOMERIO G., Lepra Diagnóstico, Formas Clínicas y Tratamiento.
- 3.- BARBA RUBIO M., Diagnóstico de la Lepra.
- 4.- BEIRANA L., Lepra, Breve Estudio.
- 5.- BAEZ VILLASEÑOR J., Nociones de Hematología -- Clínica.
- 6.- BRAGE D., Algunos Síndromes Medulares y su Diagnóstico con la Lepra.
- 7.- BRAIN R. Enfermedades del Sistema Nervioso. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, Argentina, 1958.
- 8.- CERVERA E. Tratado de Microbiología. Editorial Porrúa, México, 1957.
- 9.- CHANSSINAUD R., Sobre el Diagnóstico de la Lepra. Symposium Ciba, 1958.
- 10.- Convit, J. y Vegas M., Dermatitis que pueden simular la Enfermedad de Hansen. Memorias de las Segundas Jornadas Venezolanas, Venerología, Dermatología y Lepra. Editorial Bellas Artes, Caracas, 1955.
- 11.- ESCALONA E., Dermatología, Lo esencial para el Estudiante Impresiones Modernas, S. A., México, 1959.
- 12.- ESCALONA E., La Reacción Leprosa, Revista Mexi

BIBLIOGRAFIA (3)

- 23.- REYES O., Algunas consideraciones sobre el diagnóstico diferencial de la lepra. Separata de la Revista Dermatología Venezolana, 1962.
- 24.- SAUL A., Enseñanza Actual de la Leprología en México. Dermatología, Revista Mexicana, 1957.
- 25.- SAUL A., El Decálogo de la Leprología Moderna. - Sem. Med. Mex. 1962.
- 26.- ZAMUDIO L., Mal perforante plantar. Dermatología Rev. Mex. 1963.