

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA LEPRO

Por el

Dr. Oscar Reyes

Trabajo verificado en el Dispensario Central de la División de
Lepra, del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Varias enfermedades, dermatológicas y neurológicas, requieren ser recordadas cuando se plantea el diagnóstico diferencial de la lepra.'

De una manera general y esquemática podemos considerar una serie de afecciones que por sus manifestaciones cutáneas o nerviosas pueden confundir o sembrar dudas de diagnóstico.

Diagnóstico diferencial de las enfermedades cutáneas.

En el enfoque de las enfermedades cuyas manifestaciones cutáneas debe tomarse en cuenta al referirnos al diagnóstico diferencial de la lepra podemos citar las siguientes afecciones de acuerdo con el tipo o grupo de Hanseniosis a las que puedan prestar semejanza; ellas ofrecen clínicamente elementos eruptivos comunes tales como manchas, placas, infiltración de la piel, nódulos, atrofia, etc.

Enfermedades que simulan lepra lepromatosa.

Leishmaniasis difusa anérgica.

Micosis fungoide.

Otras Reticulosis (linfomas).

Sarcoide Nodular de Boeck.

Micosis profundas (Paracoccidioidosis braziliensis).

Leishmanoide post-Kala-azar.

Enfermedad de Recklinhausen.

Eritema nudoso.

Eritema polimorfo.

Ictiosis y piel ictiosiforme.

Cutis marmorata.

Xantomatosis.

Prurigo solar.

Leishmaniasis difusa anérgica. (Fotos Nos. 1 y 2).

Esta entidad anatomoclínica y parasitaria de Leishmaniasis^{2,3}, con sus características clínicas, parasitológicas, inmunológicas, evolutivas, etc., presenta aspectos muy semejantes a la lepra lepromatosa en cuanto a sus lesiones cutáneas. Estas están constituidas por manchas eritematosas y eritematopigmentadas, nódulos eritematosos de variable tamaño, que pue-



Foto N° 1.-Nódulos de leishmaniasis (Cortesía del doctor Jacinto Convit.)



Foto N° 2.-Aspecto clínico de leishmaniasis difusa. (Cortesía del doctor Jacinto Convit.)

den ser tensos, lisos, brillantes, de aspecto queloidiano (Foto 3), erupciones roseoliformes, ataque mucoso nasal, etc., lesiones todas que podemos observar y que son propias de la L. L.; estos elementos se acompañan por otra parte de detalles clínicos afines como son infiltración, el color eritemato-pigmentado y la evolución eminentemente crónica y progresiva.

Los síntomas señalados hace prácticamente imposible el diagnóstico diferencial de las dos afecciones sin recurrir a los exámenes complementarios; quizás podría tomarse en cuenta a favor de Leishmaniasis el predominio de las lesiones más gruesas a nivel del dorso de las manos, de las rodillas, codos, sitios en los cuales toman un aspecto hipertrófico y hasta verrugoso; la presencia de nódulos en piel aparentemente sana, no infiltrada o atrófica, como lo es más frecuentemente en lepra. A pesar de los



Foto N° 3.-Nódulos eritematopigmentados, tensos, brillantes, de aspecto queloidiano en el dorso de un paciente de lepra lepromatosa. (Compárese la lesión elemental con las de la foto N° 1).

elementos eruptivos nuevos, con franca progresión de la enfermedad, no se observa en Leishmaniasis ataque al estado general como apreciamos en lepra en etapa de reacción; en otras palabras, el episodio reaccional, frecuente en lepra lepromatosa no se observa en la Leishmaniasis difusa.

Asimismo nunca hay en Leishmaniasis ataque al sistema nervioso periférico; sabemos que no es un dato concluyente, pues puede existir lepra sin ataque nervioso troncular, pero es sin duda otro dato de gran importancia. También es importante recordar el aspecto cianótico, seco o a veces edematoso de manos y pies en lepra lepromatosa, así como la presencia frecuente de manifestaciones tróficas como ulceraciones, esfacelos, secuelas de traumas y quemaduras, alopecia de las cejas, etc.

Desde el punto de vista de los exámenes y pruebas complementarias, es bueno recordar ciertos hechos.

La Leishmaniasis no presenta trastornos de la sensibilidad superficial, hecho que frecuentemente podemos demostrar en L. L. Las manchas que pueden observarse en Leishmaniasis, no hipocrómicas, no tienen alteración de los reflejos vasculares, sudoral o piloerector.

El frotis de linfa o por aposición hecho de una lesión de Leishmaniasis difusa es muy rico en Leishmaniasis (coloración Giemsa) ; el mismo material tomado de una lesión lepromatosa es muy rica en bacilos de Hansen (coloración Ziehl-Neelsen). La estructura histológica es otro hecho importante de la similitud de estas dos afecciones además del clínico y del inmunológico, pues la reacción es un granuloma histiocitario con células muy vacuoladas, llenas de parásitos (Leishmanias) y sin degeneración grasa como en el granuloma lepromatoso en el cual la tinción de cortes con Sudán demuestra la presencia de grasa en las células del granuloma. La presencia de abundantes bacilos en lepra y de abundantes Leishmanias en el otro caso crean una diferencia absoluta entre los dos cuadros histológicos.

Micosis Fungoide. (Foto N° 4).

Esta enfermedad incluida o considerada como una afección tumoral del retículo-endotelio⁴ íntimamente unida a las denominadas hematodermias o linfodermias, se caracteriza clínicamente por presentar tres etapas



Foto N° 4. Infiltrado pigmentado de la cara con alopecia de cejas en caso de micosis fungoide. (Departamento de Dermatología del H. C. U.)

en su evolución : la etapa eczematoide, la etapa infiltrativa y la etapa tumoral. En su primera etapa la afección puede simular lesiones de lepra tuberculoide presentando placas eritematosas o eritemato-escamosas, más o menos bien limitadas, con infiltración del borde, pero habitualmente son escamosas y el prurito es un síntoma importante.

En las etapas infiltrativas y tumoral de la micosis fungoide las lesiones y el aspecto general del paciente puede simular la lepra lepromatosa, pero en el período tumoral, previa a la ulceración de las lesiones, éstas adquieren un aspecto francamente tumoral, productivo, que no observamos en la lepra. En ese período infiltrativo el paciente presenta infiltración amplia y difusa de la piel, puede haber alopecia o enrarecimiento del pelo, lo cual puede confundir más aún si se encuentran lesiones nodulares en la cara y en otros sitios como codos y rodillas. Pero persiste el prurito y hay evidentes lesiones de rascado y liquenificación.

Datos de tomar en cuenta en favor de granuloma fungoide, entre otros la frecuente coexistencia de diversas lesiones en distinta etapa evolutiva, las secuelas de lesiones de rascado, persistencia del prurito con zonas de piel liquenificada, el hallazgo ya señalado de lesiones en cuero cabelludo, zona respetada por la lepra al menos en nuestro país.

Las pruebas de sensibilidad superficial resultan alteradas en lepra y normales en el granuloma fungoide, el estudio histológico muestra lesiones que si bien son inespecíficas en la etapa eczematoide, ofrece lesiones concluyentes en los últimos períodos, infiltrativo y tumoral, como es multiplicidad y polimorfismo celular, especialmente histiocitario, presencia de células reticulares inmaduras y mitosis, microabscesos de Pautrier en epidermis, grandes masas celulares apretadas con elementos atípicos y células multinucleadas, etc. ; ausencia de bacilos de Hansen.

En algunos casos de eritrodermia, primitiva o secundaria, como las medicamentosas, las consecutivas a afecciones como psoriasis, liquen plano, etc., puede observarse, como es lógico, eritema amplio universal de la piel, alopecia parcial de cejas y miembros, pero el componente escamoso, la liquenificación y el prurito, los antecedentes, etc., serían suficientes para descartar lepra.

Reticulosis (Linfomas, hematodermias). (Foto N° 5).

Este capítulo comprende una serie de cuadros clínicos^{4,5}, cuya base anatómica está representada por alteraciones patológicas tumorales del sistema retículo endotelial, desde la célula troncal (Stem-Cell), originaria de elementos linfocitarios e histiocitarios, hasta células más diferenciadas. Incluiremos alteraciones mieloides. Estas afecciones, presentando o no alteraciones sanguíneas pueden acompañarse de lesiones dermatológicas que presentan variados aspectos morfológicos como eritodermias, tumores metastásicos, infiltración difusa de la piel, etc., que pueden simular a la Hanseniosis en su tipo lepromatoso.

Se caracteriza principalmente por infiltraciones eritematosas difusas que, como se ha señalado, ocasiona alopecia, infiltración de orejas, piel con nódulos de tamaño variable con tendencia a formar placas sobre base

infiltrada dura o leñosa o grupos con nódulos profundos de tamaño variable dando al tacto la sensación de un paquete con municiones.

Es frecuente el prurito, las lesiones de rascado, las manifestaciones hemorrágicas de piel y en especial de mucosas, la evolución progresiva de la enfermedad con emaciación del paciente. No se señala en estas afecciones ninguna alteración de los troncos nerviosos, de la sensibilidad, o de los



Foto N° 5. Infiltración, metastásica difusa y nodular de linfoma maligno.

reflejos vasomotor, sudoral y piloerector. Como en las anteriores enfermedades citadas el estudio bacteriológico descartaría rápidamente cualquier duda diagnóstica. En el estudio histológico de lesiones hematodérmicas son características el hallazgo de infiltrados densos constituidos en su mayoría por células inmaduras del sistema linfoide o mioelode, linfoblastos o mieloblastos, con abundantes figuras atípicas y mitóticas. El ataque visceral es en estos casos más constante, lo mismo que el ganglionar. Las alteraciones hemáticas específicas son constantes en casos de leu-

cemias, siendo el ataque cutáneo relativamente frecuente en leucemia linfocítica y raro en leucemia mieloide.

Sarcoide Nodular de Boeck.

Trataremos con detalles esta afección en el capítulo de las enfermedades que simulan lepra tuberculosa.

Micosis profundas.

Blastomicosis sudamericana, enfermedad de Almeida, micosis de Lutz o granuloma paracoccidioso.

El componente clínico del ataque mucoso y cutáneo-mucoso propio de esta afección es característica importante en la gran mayoría de los casos. Sin embargo, como sostienen los autores brasileños, los parásitos pueden partir del foco mucoso inicial, diseminarse por vía hematogena provocando ataque visceral o cutáneo. En este último caso la presencia de nódulos eritematosos, placas infiltradas, adenopatías múltiples, etc., puede hacer pensar en lepra; pero, recuérdese la importancia y característica clínica de las lesiones mucosas, reconocidas en el examen o demostrables en la evolución del caso. Por otra parte se señala la tendencia de las lesiones a ulcerarse tomando un aspecto vegetante, saliente, papilomatoso, con superficie de aspecto granujiento y con puntillado hemorrágico, dato señalado como muy importante en la clínica, por los autores brasileños.

No hay en esta afección ataque nervioso periférico de ninguna índole. La demostración del hongo productor es relativamente fácil hacerla tanto en frotis en fresco como en el cultivo.

Histología: Las lesiones dérmicas que son las importantes, consisten en infiltración gigante-celular, elementos histiocitarios, epitelioides y formación de microabscesos; es posible ver zonas de necrosis.

El parásito observado en el tejido se presenta como una estructura circular o redondeada de doble contorno y presenta como imagen típica, de su desarrollo evolutivo, una serie de proyecciones redondeadas pequeñas en su periferia que le dan el aspecto, ya descrito, de "motor de avión".

Leishmanoide post-Kala-azar.

Esta manifestación clínica, llamada también Leishmanoide dérmico, se refiere a las manifestaciones cutáneas debidas a la invasión de la piel por la Leishmania Donovanii, las cuales pueden verse en las siguientes condiciones: a) Kala-azar después de tratado; b) En plena evolución de la enfermedad; c) Casos con lesiones mínimas viscerales que pasan desapercibidas en lugares de alta endemicidad. Puesto que se describen formas macular, papular, nodular, según el predominio de las lesiones, es una dermatosis que debe tomarse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la lepra, especialmente debido a que el Kala-azar ha sido descrito en nuestro país.

En las lesiones infiltradas los parásitos son abundantes, en las lesiones maculares escasos y difíciles de poner de manifiesto.

Enfermedad de Von Reeklinhausen. (Fotos Nos. 6 y 7).



Foto N° 6.-Múltiples nodulos en caso de neurofibromatosis.



Foto N° 7.-Engrosamiento de ramas del plexo cervical superficial en un caso de neurofibromatosis.

Esta enfermedad, incluida en el grupo de las malformaciones congénitas, de tendencia familiar y de aparición más frecuente en los primeros años de edad, se caracteriza fundamentalmente, y desde el punto de vista clínico, por tumores desarrollados a expensas de tejido neuro-conjuntivo, y por manchas.

Los tumores son de tamaño muy variable, consistencia blanda, sesiles o pediculados y no presentan síntomas inflamatorios evidentes, crecen lentamente y podemos hacerlos desaparecer en los planos subyacentes introduciéndolos manualmente por abertura circular que simula una fenestración. Estas características generales hacen imposible confundir estos tumores con los nódulos superficiales, hemisféricos, que podemos observar en lepra lepromatosa; éstos tienen siempre características inflamatorias, no son nunca enteramente pediculados, asientan sobre piel enferma, infiltrada o atrófica y no se dejan ocultar en los planos subyacentes. Las manchas en la neurofibromatosis son pigmentadas de tono café con leche, nunca tienen características inflamatorias, son de forma oval, alargada, y siempre bien limitadas, aunque a veces de bordes irregulares. El engrosamiento de nervios periféricos en la neurofibromatosis debe de tomarse en cuenta aunque la presencia de los otros síntomas señalados descarta la posibilidad de confusión con Hanseniosis (Foto 8). Los tumores circunscri-



Foto N° 8.-Caso de lepra leproviatosa con infiltración de las ramas auricular y mastoidea, del plexo cervical superficial. Infiltración nódular del lóbulo auricular.

tos presentan finas y pálidas fibras en forma de husos parecidas al tejido nervioso; alrededor, el tejido es menos regular pero distinto del aspecto del histiocitoma o dermatofibroma; las manchas sólo presentan aumento de la pigmentación melánica en la capa basal.

Eritema nudoso.

Esta enfermedad ^{8,9} tiene clínicamente gran relación con la lepra lepromatosa cuando ésta está en período de agudeza, como manifestación de reacción lepromatosa. El eritema nudoso, que puede reconocer como causa infecciones focales, infección tuberculosa, intoxicaciones medicamentosas, etc., se caracteriza por la presencia de nódulos eritematosos pro-

fundos con localización predominante en la cara anterior de las piernas, evolucionan frecuentemente en unas seis a ocho semanas, tomando las lesiones todo el aspecto presentado por hematomas que se reabsorben, especialmente en cuanto a color; por eso se le ha llamado también eritema contusiforme. Cuando el cuadro clínico es típico la dificultad no es grande para hacer el diagnóstico diferencial por los antecedentes, el aspecto morfológico, etc., pero cuando el eritema nudoso persiste por más tiempo, cuando recae, etc., debe hacer pensar muy seriamente en brotes subintrantes de lepra lepromatosa; es decir en la reacción leprosa, episodio agudo, caracterizado por exacerbación de lesiones, aparición de nódulos, ataque al estado general, etc., que se intercala en el curso eminentemente crónico de la enfermedad ; especialmente si coincide, como hemos observado un caso, con trastornos neuríticos y lesiones en miembros superiores, parálisis facial, etc., habiendo sido responsable de este cuadro un proceso toxi-infeccioso. (Obs. 1).

Debemos entonces tomar en cuenta para descartar la posibilidad de L. L., la ausencia de otras lesiones crónicas, de atrofia difusa, de infiltrado difuso de la piel, de anestesia superficial, etc. Muchas veces se impone definitivamente un examen bacteriológico o histopatológico para una conclusión definitiva; este último está caracterizado en el eritema nudoso por infiltración de linfocitos, polimorfonucleares y escasos histiocitos, localizados preferentemente en dermis profundo y en tejido celular subcutáneo; en las lesiones tardías los cambios vasculares son importantes apreciándose lesiones de vasculitis, señalándose aun trombosis y más tarde puede apreciarse elementos epitelioides y aun células gigantes aunque sin caseificación. En eritema nudoso leproso, la reacción histológica, comenzando por un fenómeno de vascularitis con infiltración de polinucleares, predominantemente toma en el período de estado un aspecto algo distinto al destacar la infiltración linfocitaria y observarse células espumosas, leprocitos de Virchow. Los bacilos están siempre presentes.

Eritema polimorfo.

Este síndrome^{6,10} que puede obedecer a causas tóxicas, medicamentosas, infecciosas, alimenticias, y que se ve en otras enfermedades como ciertas micosis profundas, también se ve en la lepra representando la sintomatología clínica de una de las formas de reacción leprosa. Indudablemente debemos, aunque es raro, incluir el estudio del eritema polimorfo de tipo vesículo-ampolloso, tomando más en cuenta el tipo mixto o a predominio de placas, manchas y nódulos, pues es una de las formas, repetimos, como puede presentarse en la lepra.

La presencia de otras lesiones cuyos caracteres demuestren anterioridad, lesiones crónicas de tipo leproso, la evolución de más de seis semanas, el ataque nervioso agudo, debe hacer pensar en lepra.

Insistimos que los cuadros de eritema polimorfo y eritema nudoso, por ser formas clínicas que pueden simular la lepra, y por encontrarnos en un país endémico, son de tomar muy en cuenta en el diagnóstico diferencial, en especial si las manifestaciones clínicas sobrepasan el tiempo en que frecuentemente estamos acostumbrados a verlas evolucionar.

La histología del eritema polimorfo leproso no ofrece grandes diferencias con las imágenes típicas de la enfermedad en el tipo que nos ocupa. El eritema multiforme, cuya imagen varía de acuerdo con la forma clínica, presenta en sus tipos macular y papuloso, lesiones degenerativas focales de la epidermis, infiltración linfocitaria perivascular junto con neutrófilos en otras zonas. No hay en este cuadro ataque al sistema nervioso periférico, zonas de anestesia, ni bacilos en linfa o cortes tomados de las lesiones.

Se podría decir que en nuestro país, siendo endémico de lepra, todo caso de eritema nudoso o polimorfo de más de cuatro a seis semanas de evolución y si tiene recaídas debe sospecharse Hanseniosis y estamos obligados a verificar los estudios correspondientes.

Piel ictiosiforme e ictiosis.

El aspecto que puede tomar la piel del enfermo lepromatoso (Foto 9) puede recordar la ictiosis o la piel ictiosiforme, como hemos convenido



Foto N9 9.-Infiltración difusa d la piel, con aspecto ictiosiforme, en las piernas de una paciente con lepra lepromatosa.

llamar cuadros afines clínicamente.¹⁰ En lepra tuberculoide, las lesiones al regresar pueden presentar un aspecto de piel adelgazada, cuadriculada, con descamación más o menos adherente, pero la limitación de las placas creo sea suficiente para no pensar en ictiosis o piel ictiosiforme, cuyas

lesiones son siempre difusas, aunque pueda incluirse el término en la descripción de la lesión específica.

En la lepra lepromatosa es en especial la piel de los miembros inferiores, predominantemente la de las piernas, la que toma un aspecto ictiosiforme : la piel es fina, atrófica, seca y ligeramente escamosa, escamas que son difíciles de desprender; en este caso específico hay frecuentemente un aspecto similar en el dorso del pie, grado variable de cianosis en los dedos, variable grado de eritema y a veces otros síntomas como alopecia difusa, infiltración de la piel, datos que hacen pensar más en la lepra que en piel ictiosiforme.

La ictiosis es quizás menos importante aa considerar, pues aunque generalmente las lesiones son más visibles en los miembros inferiores, son siempre demostrables en la mayoría del resto de la superficie cutánea; hay trastornos ungueales, sequedad y aspereza generalizada de la piel en ausencia absoluta de otras lesiones propias de la lepra lepromatosa.

En todo caso deben valorarse muy bien los síntomas, pues es muy frecuente entre nuestros pacientes con ictiosis que padecen de lepra, muy en especial mestizos o de raza de color. La exploración de la sensibilidad superficial es normal en los casos de ictiosis, pero entre las otras pruebas clínico-complementarias propias del diagnóstico específico de la lepra, hemos visto que la prueba sudoral no es concluyente en un buen número de casos. No creemos de importancia señalar la bacteriología ni la histología, la cual presenta en la ictiosis un cuadro de atrofia epitelial, atrofia glandular, atrofia folicular, cambios epiteliales con ausencia o discreta inflamación crónica del dermis, histología diferente a la de la lepra lepromatosa.

Cutis marmorata.

Este aspecto de la piel, en especial de los muslos, por rémora circulatoria venosa cutánea, ocasiona aparición de espacios romboidales y cuadrículados debido a una visualización de la red vascular dérmica; puede observarse con cierta frecuencia como un componente agregado a la piel en los casos lepromatosos, así como en casos recientes de diseminación hematógena o lepromatización de casos indeterminados. Pero debe tomarse en cuenta la ausencia de otras lesiones, la variabilidad con el estado emocional del paciente, de la temperatura ambiente, etc.

Xantomas. (Foto N° 10).

El xantoma tuberoso constituye la forma de esta enfermedad confundible con la lepra lepromatosa, ya que los otros xantomas no ofrecen características clínicas relacionadas con ella. Está constituido por nódulos, pápulas y placas de tamaño variable, bien limitadas, localizadas preferentemente en los vértices del cuerpo, de evolución lenta y progresiva; las lesio-

nes asientan sobre piel normal y la coloración, dato importante, siempre es de tonalidad amarillenta, hay ausencia de otras lesiones de L. L. y no hay datos complementarios que puedan mantener la sospecha de Hanseniosis.

Prurigo solar.

Es una manifestación cutánea, en la cual por un fenómeno de fotosensibilidad hay eritema difuso de variable intensidad con erupción de pápulas inflamatorias, infiltración difusa de la piel y aun liquenificación



Foto N° 10.-Nódulos y placas dexantona tuberoso. (Cortesía del doctor J. M. Ibarra.)

en las regiones descubiertas del cuerpo, exacerbándose las lesiones con la exposición a la luz solar. Las lesiones pueden dar al paciente el aspecto de enfermo de lepra lepromatosa, especialmente en la cara por el aspecto infiltrativo, el eritema, etc., pero su limitación a las zonas expuestas a la luz, el antecedente lumínico, los síntomas subjetivos propios de afecciones de esta naturaleza son suficientes para descartar Hanseniosis. En caso necesario puede recurrirse a los exámenes complementarios.

Otras enfermedades. (Obs. 2).

Ciertos detalles de la piel de una persona pueden necesitar un examen clínico bien orientado para descartar Hanseniosis. En estos casos tómesese en cuenta la ausencia de otras lesiones que deberían existir como correspondiendo a los síntomas observados. Puede citarse como ejemplos el aspecto infiltrado y eritematoso de la piel de la cara y las orejas de los sujetos con seborrea importante, la piel tensa, edematosa, eritematoviolaada o atrófica de la cara y orejas de los pacientes con oncocercosis (erisipela de la costa) (Foto N° 11), las placas nodulares de la enfermedad de Jorge Lobo (Blastomicosis Queloidiana), la alopecia racial o constitucional más o menos importante de las cejas, la agudeza de los



Foto N9 11. Infiltración, alopecia de cejas y atrofia de la piel de cara y orejas en caso de oncocercosis. (Cortesía del doctor Rafael Ibáñez A.)

pulpejos de los dedos, la flexión articular traumática u ocupacional de los dedos de las manos, 4° y 5° principalmente, las rinitis (como se ve en las etapas de comienzo de la Rhinosporidiosis, del Rinoescleroma, de las lesiones mucosas de la Leishmaniasis americana), la perforación del tabique nasal (Leishmaniasis, Lúes, Buba), etc.

Los casos de lepra lepromatosa, acompañados de perforación del tabique nasal se acompañan habitualmente de lesiones cutáneas aparentes, pero en los casos tratados en los cuales las lesiones cutáneas regresan puede quedar el tabique nasal perforado como lesión residual aparentemente única.

Debemos tomar en cuenta a favor de Hanseniosis la presencia de secuelas propias del mal de Hansen, las cuales son a veces muy discretas alopecia de las cejas, zonas de atrofia difusa, cicatrices de nódulos, zonas de anestesia, manifestaciones trofoneuríticas, etc.

En favor de Leishmaniasis están: la epidemiología, antecedentes de úlceras, especialmente en zonas descubiertas, prueba de Montenegro (Leishmanina) positiva, etc.

Para el diagnóstico de Lúes tomar en cuenta los antecedentes de lesiones venéreas, serología positiva, posibilidad de lesiones viscerales o del sistema nervioso central, etc.

Para el diagnóstico de Buba es de utilidad pensar en la epidemiología, antecedentes serológicos positivos, ulceraciones (Buba madre, pianides), ataque óseo, etc. Puede en ella encontrarse leucodermas secundarios que en un momento dado requieran ser diferenciados de lesiones hansenianas.

Todo paciente con serología persistentemente positiva, con o sin antecedentes de Treponematosis debe hacer sospechar Hanseniosis, pues esta enfermedad, en su forma de lepra lepromatosa presenta con frecuencia falsas reacciones biológicas positivas.

Enfermedades que simulan clínicamente lepra tuberculoide.

Sífilis.

Dermatomicosis.

Carate.

Granuloma anular.

Sarcoidosis (Enfermedad de Boeck).

Eritema centrífugo de Darier. Lupus

Vulgar.

Parapsoriasis en placa.

Estas enfermedades de parecido clínico con lepra tuberculoide deben ser estudiadas atentamente, pues sus manifestaciones clínicas puede crear incertidumbre, y debe recordarse que en el caso específico de la L. T. es difícil en la mayoría de los casos hacer diagnóstico bacteriológico adquiriendo mayor importancia la orientación clínica del caso. Igualmente debemos considerar que en algunas de estas afecciones, como Lúes, TBC, etc., el estudio histológico puede coincidir parcial o totalmente con las imágenes histológicas observadas en L. T., lo cual complicaría más aún el diagnóstico del caso. La anatomía patológica microscópica de la sífilis, leishmaniasis americana cutánea-mucosa, sarcoidosis, ciertas micosis profundas pueden presentar similar reacción tuberculoide (células gigantes tipo Langhans, elementos epiteloideas y linfocitarios) que no ofrezcan mayores modificaciones como para diferenciarlas histológicamente de las imágenes observadas en lepra tuberculoide. Insistimos en que la mayor importancia e interés está en la orientación clínica y clínico-complementaria, incluyendo datos de epidemiología, pruebas o exploración de la sensibilidad superficial, alteración de los reflejos vasomotor, pilo-erector, sudoral, infiltración de troncos nerviosos, etc., todos datos que van a favor del diagnóstico de

lepra y que descartan la posibilidad de otra enfermedad. Consideramos en el diagnóstico diferencial de la lepra tuberculoide las siguientes afecciones

Sífilis.

Las lesiones sifilíticas papulosas, nodulares o pápulo-nodulares del período segundo-terciario y del período terciario forman lesiones anulares, circinadas" que pueden confundir clínicamente con lepra tuberculoide; pero habitualmente en sífilis las lesiones son de color más intenso, pueden presentar formaciones escamo-costrosas y en su disposición es muy frecuente los arcos de círculo, las lesiones en orejas, lesiones anulares incompletas, que no se observan sino rara vez en lepra tuberculoide. La ausencia de trastornos sensitivos, de alteraciones de reflejos vasomotor, sudoral, etc., hacen descartar la posibilidad de la última enfermedad. La imagen histológica de estas lesiones sifilíticas ofrecen habitualmente datos suficientes en la mayoría de los casos para confirmar el diagnóstico.

Dermatomicosis. (Foto 12).

Las lesiones de micosis superficial localizada fuera de los pliegues y de las regiones que son respetadas en la Hanseniosis pueden en un mo



Foto N° 12 Lesiones circinadas , bordes vesiculosos de micosis superficial. (Eczema marginado de Hebra).

mento dado adquirir aspectos clínicos que requieran establecer diferencias precisas. En éstas hay presencia de vesículas o de papulo-vesículas en los bordes, son escamosas y pruriginosas acompañándose con bastante frecuencia de lesiones de rascado; estos datos son generalmente suficientes para descartar la lepra sin necesidad de recurrir a las pruebas complementarias ya nombradas o al examen histológico; confirmaría la etiología pa-

rasitaria el estudio micológico de las escamas o contenido vesicular. La L. T. nunca presenta lesiones vesiculosas, además la Hanseniosis nunca es pruriginosa (Foto 13).



Foto N° 13.-Placas anulares, bordes infiltrados en cordón, de lepra tuberculoides.

Carate.

Algunas manifestaciones de carate, desde época temprana de la enfermedad hasta períodos tardíos pueden simular lesiones de lepra tuberculoides, pero habitualmente las lesiones de carate son placas eritematoescamosas generalmente con infiltración irregular, alternando con zonas menos infiltradas o formando cordones de infiltración, lesiones en escarpela, siendo también irregular el eritema y la descamación, presentando, como síntoma importante, los trastornos discrómicos, con zonas hipocrómicas, eritematosas, pigmentadas, cianóticas, color pizarra, etc. No se acompañan estas lesiones de las alteraciones locales propias de la lepra, no hay sintomatología nerviosa periférica. Las manchas hipocrómicas y aun acrómicas observadas en el carate tardío se localizan principalmente en las muñecas y en pies y regiones perimaleolares, hay historia de lesiones eritemato-escamosas anteriores, se observan islotes de repigmentación irregulares, en ausencia de los trastornos cutáneos complementarios locales ya nombrados para la lepra.

La serología (puede ser negativa hasta el primer año de infección) es siempre después positiva y la histología muestra una reacción de dermatitis poco específica, nunca granulomatosa; un infiltrado linfoplasmocitario, atrofia variable de la epidermis, aumento de la cantidad de melanina, aumento de cromatóforos dérmicos, etc., lesiones variables histológicamente en cantidad en relación con época evolutiva en la cual se toma la biopsia. El hallazgo de treponemas en la linfa de las lesiones mediante el ultramicroscopio establecería diagnóstico concluyente.

Granuloma anular. (Foto N° 14).

Esta enfermedad, considerada antiguamente como una tuberculide, permanece hoy como entidad clínica de origen desconocido, está caracterizada por lesiones anulares de elementos pápulo-nodulares no inflamatorios, del color de la piel normal circunscribiendo un área de piel aparente



Foto N° 14.-Placa de granuloma anular.

mente sana, carece de síntomas subjetivos, tiene un crecimiento excéntrico y se localiza predominantemente en el dorso de las manos y de los pies. A veces los elementos señalados tienen cierto eritema, modificación del color, pero nunca es un síntoma predominante.

Esta lesión está desprovista de toda alteración local de la sensibilidad y en ausencia de otros síntomas de Hanseniosis (Foto 15) es relativamente fácil aclarar el diagnóstico. Histológicamente la imagen no admite confu



Foto N° 15. Placa anular de lepra tuberculoide.

sión con la lepra, se caracteriza fundamentalmente por presentar focos de degeneración completa o incompleta del colágeno rodeada de elementos histiocitarios o epitelioides y depósitos de mucina.

Sarcoidosis (Enfermedad de Boeck).

La sarcoidosis es una enfermedad sistémica de etiología aún no completamente establecida en forma definitiva aunque clásicamente se la relaciona con la tuberculosis de la piel y últimamente con el berilio y el aceite de pino.

Las lesiones cutáneas pueden simular, entre otras, la enfermedad de Hansen, presentando lesiones anulares o circinadas con centro atrófico y borde bien limitado papuloso, simulando muy de cerca a la L. T., siendo necesario recurrir a la investigación clínica complementaria y de laboratorio para concluir en el diagnóstico definitivo.

Ha sido señalado entre nosotros un caso en que la forma nodular de sarcoidosis se ha presentado clínicamente como L. L. La mayoría de los autores consultados están de acuerdo en que la sarcoidosis a pequeños o grandes nódulos pueden simular a la lepra lepromatosa. Recuérdese que en la sarcoidosis puede haber lesiones óseas similares a la Hanseniosis (Osteitis de Jínglün) ; sin embargo fuera de las lesiones nerviosas tronculares dependientes del síndrome de Herdford no se describen otras lesiones nerviosas periféricas compatibles con el diagnóstico de Hanseniosis; así mismo no hay alteraciones de los reflejos de la piel, ni trastornos de sensibilidad. La histología de la sarcoidosis es bastante evidente, sin embargo, recuérdese que en la lepra desde el punto de vista histopatológico se han descrito formas foliculares, mixtas y sarcoidales, por su semejanza con la imagen de la sarcoidosis; en ésta hay fundamentalmente un infiltrado de células epitelioides y gigantes en masas compactas redondeadas, bien definidas, rodeadas por una zona de tejido conjuntivo vecino rechazado y sin ninguna o muy poca reacción tisular.

El Test de Kweim, introducido últimamente en el diagnóstico de la sarcoidosis como prueba intradérmica positiva a las 4 ó 6 semanas y a veces más, es una prueba intradérmica sencilla de practicar, pero que no tiene valor para dilucidación de diagnóstico de las dos enfermedades, pues se ha comprobado no ser exclusiva o específica para sarcoidosis.

Eritema centrífugo de Darier.

Esta enfermedad, muy poco frecuente entre nosotros, sigue hasta ahora siendo de causas desconocidas. Se caracteriza por placas eritematosas que en pocos días se extienden formando un cordón variablemente infiltrado que avanza centrífugamente dejando una piel aparentemente sana o ligeramente escamosa. La rápida evolución y crecimiento, la ausencia de

trastornos de sensibilidad, los reflejos vasomotor, sudoral, etc., normales, permiten descartar Hanseniosis. La imagen histológica de esta enfermedad está desprovista de toda reacción de tipo tuberculoide.

Lupus vulgar.

El lupus vulgar o lupus tuberculoso, clasificada entre las lesiones llamadas tuberculosis típicas de la piel, se caracteriza clínicamente por la presencia de lesiones nodulares que se agrupan formando placas comúnmente localizadas en la cara, o figuras anulares, circinadas o en arcos de círculos; esta distribución puede recordar las lesiones de L. T., pero los nódulos lúpicos tienen un color amarillento clásicamente comparado a la jalea de manzana y que es más fácil de observar a la vitro-presión; hay en ellas ausencia de trastornos de sensibilidad, alteración de reflejos cutáneos, etc.

La histología del lupus vulgar, mostrando algunas modificaciones en la epidermis, como acantosis, a veces hiperqueratosis y papilomatosis, es en la dermis donde ofrece las lesiones más características, representadas por la clásica estructura tuberculoide : célula gigante de tipo Lanhgans, elementos epitelioides alrededor y corona de linfocitos; la necrosis por caseificación es frecuente aunque puede estar ausente. Los bacilos tuberculosos pueden evidenciarse y la inoculación a animales y cultivo dan resultado frecuentemente positivos. No hay alteraciones nerviosas locales ni periféricas de ninguna índole en esta afección.

Para psoriasis en placa.

Esta afección de etiología desconocida y poco frecuentemente observada se presenta como una erupción localizada preferentemente en el tronco. Habitualmente son placas escamosas e irregulares en forma y tamaño, pero se pueden confundir con lepra tuberculoide, especialmente cuando ellas toman aspecto figurado recordando a la L. T. en regresión, como en un caso que tuvimos ocasión de observar y donde fue necesario descartar la posibilidad de Hanseniosis ; en este caso, al cual hacemos referencia, las lesiones eran más escamosas, la inflamación de aspecto más agudo y el paciente refería parestesias con una intensidad mayor que lo que habitualmente podemos observar en lepra. Las pruebas de sensibilidad, reflejos cutáneos, etc., ratifican la impresión diagnóstica de parapsoriasis.

En esta enfermedad hay lesiones histológicas muy diferentes a las vistas en Hanseniosis, hiperqueratosis, estado eczematoide, acantosis, edema del dermis superior, infiltrado de tipo crónico peri-vascular. Estas lesiones, como se recordará, pueden evolucionar hacia granuloma fungoide, representando a veces el período inicial de la enfermedad.

Enfermedades relacionadas con lepra indeterminada.

Vitiligo.

Carate.

Esclerodemia en placa (Morfea).

Pitiriasis simple, epidermitis microbiana o acromia parasitaria.

Pitiriasis versicolor.

Pelada.

Leucodermas secundarios.

Nevus.

De estas enfermedades que tienen parecido clínico con la lepra indeterminada y que obligan a establecer diferencias, sólo citaremos las que consideramos de más común observación entre nosotros, resaltando que el interés que en ellas pueda tomarse conviene sobremanera, pues la mancha hipocrómica es muy frecuente como manifestación dermopática y especialmente en nuestro medio donde muchas afecciones provocan con frecuencia depigmentaciones residuales o leucodermas secundarias que en algunas oportunidades pueden constituir un problema de diagnóstico por simular, entre otras enfermedades, a la lepra indeterminada.

Vitiligo.

El vitiligo, afección considerada como de origen endocrino-simpático se caracteriza desde el punto de vista clínico por manchas acrómicas localizadas más frecuentemente en las partes descubiertas del cuerpo. Estas manchas tienen límite preciso aunque irregular, geográfico, con islotes de pigmento satélites o vecinos y dando la impresión clínica de hiperpigmentación de la zona que rodea inmediatamente a la mancha acrómica. Ataca zonas como pliegues de flexión, cara dorsal de los dedos, etc., que son poco o muy rara vez atacadas por máculas de lepra indeterminada; como se trata de una alteración exclusivamente pigmentaria, en el vitiligo nunca hay fenómenos inflamatorios que no pueden ser explicados por influencias externas.

Las manchas de lepra indeterminada pueden tomar un aspecto vitiligoide (Foto 16) y ser francamente hipocrómicas, pero nunca acrómicas; además, con mucha frecuencia presenta signos de inflamación que hace del elemento una lesión eritematosa o eritemato-hipocrómica.

En cuanto al sistema piloso, el vitiligo provoca canicie del pelo, pero éste no sufre ninguna alteración de tipo trófico, no habiendo alopecia.

En las manchas de L. I. puede observarse alopecia total o parcial, lo cual descartaría el diagnóstico de vitiligo, además no se observa canicie. La alteración de los reflejos vasodilatador, sudoral, etc., y de la sensibilidad, el ataque nervioso periférico, no existen en el vitiligo.



Foto N° 16.-Manchas Hipocromicas de lepra indeterminada con aspecto vitiligoide

Carate.

Ya hemos hablado acerca del carate en el estudio diferencial de la lepra tuberculoide; no está de más considerar ciertos aspectos del carate relacionado con la L. I. Las manchas hipocrómicas del carate, componente principal de las pintides hipocrómicas, son lesiones que solamente predominan, siendo siempre posible observar zonas pigmentadas, eritematosas, incluso escamosas; insistimos en el frecuente aspecto discromiante del carate como dato clínico importante, aspecto no encontrado en L. I.

El llamado vitiligo caratoso corresponde a manchas acrómicas residuales irregulares, atróficas, etc., (Atrofodermia discromiante del período tardío), como ya lo señalamos anteriormente (Foto 17).



Foto N° 17.-Leucoderma residual de Carate

Esclerodermia circumscribta en placa. (Morfea). (Foto N°18).

Esta variedad de esclerodermia se presenta en forma de placas redondeadas u ovals únicas o múltiples en cualquier sitio de la superficie cutánea en la forma de lesiones circunscritas, bien limitadas, de color blanquecino, a veces nacarado y con el borde variablemente eritematoso, a veces intensamente eritematoso o eritemato-violado constituyendo el llamado "lilac ring"; la piel puede lucir variablemente atrófica y al tacto presenta sensación de dureza, de acartonamiento, pudiendo haber enrarecimiento del vello. Varios de los síntomas señalados recuerdan a los encontrados en el examen de las lesiones leprosas, pero está en contra de Hanseniosis el tono de color, la esclerosis o acortamiento de la piel, etc. Es necesario hacer notar que los casos estudiados por nosotros, muchos de ellos con motivo de dilucidación diagnóstica, han presentado sensibilidad siempre



Foto N° 18.-Placa hipocrómica, nacarada, de morfea en la región escapular derecha. Cicatriz de biopsia. Esta lesión presentó la histamino-reacción francamente anormal.

normal, conservada, pero con alteraciones parciales de los reflejos vasomotor y sudoral, y estas pruebas han resultado en algunos casos incompletas o dudosas en relación a los testigos, debido al ataque glandular y vascular de esta afección, al igual que se explica el enrarecimiento del pelo en virtud del ataque al sistema piloso por la esclerosis: hay atrofia y desaparición de los anexos.

El diagnóstico diferencial es particularmente importante cuando la morfea se localiza en las piernas.

La histología de la morfea difiere sustancialmente de la Hanseniosis la esclerosis del colágeno es un dato de importancia, la atrofia de los

apéndices cutáneos, la atrofia de la epidermis, etc., son datos que varían, y que hay que saberlos valorar de acuerdo con la época evolutiva en que se practica el examen.

Pitiriasis simple, epidermitis microbiana, o acromia parasitaria. (Foto N° 19).

Esta afección es sumamente común en nuestro medio; trabajos realizados han demostrado la relativa importancia de la acción parasitaria que justifican sus nombres y han concedido gran importancia a la acción de los rayos solares.

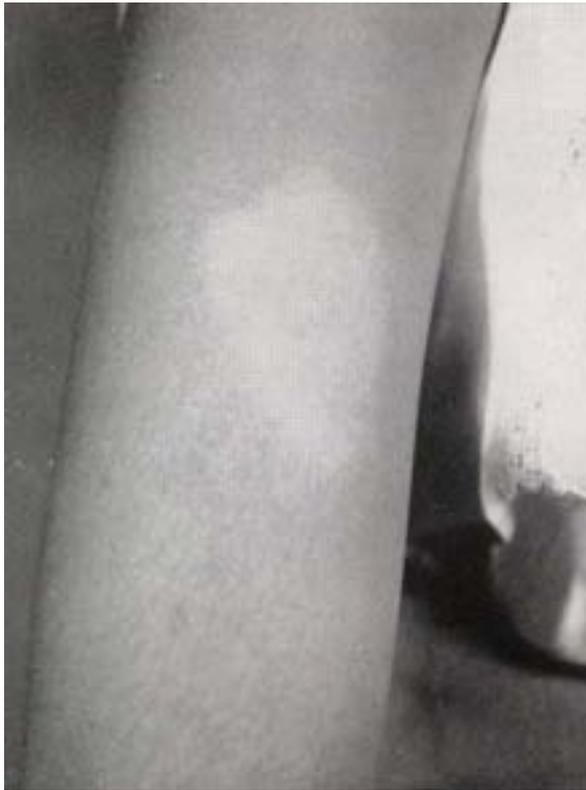


Foto N° 19. Epidermitis microbiana, (Streptococia superficial.)

Clínicamente se presenta como manchas hipocrómicas de límites más o menos precisos y de superficie finamente papulosa, áspera y ligeramente escamosa, descamación de tipo furfurácea que puede no existir por la acción de medicaciones, lavados, etc., que verifique el paciente, presentándose entonces como una mancha sin descamación y restándole

uno de los datos a tomar en cuenta en el diagnóstico diferencial. La pitiriasis simple es, pues, frecuentemente escamosa, no infiltrada, no inflamatoria a menos que esté modificada por agentes externos y se localiza preferentemente en la cara y en la superficie externa de los brazos. No presenta trastornos de sensibilidad y los reflejos vasomotor y piloerector están conservados, no así el sudoral el cual puede estar modificado.

Pitiriasis versicolor

Esta enfermedad de naturaleza parasitaria, provocada por la invasión de la superficie de la piel por el hongo denominado *malassezia furfur*, hasta hace poco tiempo no cultivable, se presenta como manchas de diferentes tonalidades hipocrómicas, pigmentadas, con tonalidad café con leche, eritematosas, lo cual justifica su nombre. Primitivamente son en general pequeñas, redondeadas, numerosas, luciendo como sobrepuestas en la piel y al crecer confluyen formando manchas de mayores dimensiones que dibujan lesiones figuradas. Las lesiones se localizan predominantemente en las zonas cubiertas del cuerpo, aunque puedan atacar zonas descubiertas y cubrir grandes extensiones de piel. Siempre son descamativas al rascado o golpe de cureta y éste provoca una reacción vasomotriz habitualmente tan franca que descarta la posibilidad de pensar en alteración del reflejo vasomotor característico en Hanseniosis. Estos caracteres son de tomar en cuenta en el diagnóstico diferencial con la lepra y deben de tomarse en cuenta en casos de leproso con pitiriasis versicolor, afección que hemos visto muy profusa y generalizada en ellos, para no caer en errores al hacer la descripción de las lesiones específicas; incluso topográficamente la pitiriasis versicolor no ataca las axilas, región también respetada por la Hanseniosis.

Pelada. (Foto N° 20).

La pelada o alopecia areata, afección aún de naturaleza no definitivamente establecida ocurre generalmente en el cuero cabelludo y sus características clínicas, bastante conocidas, no ofrecen lugar a duda; son zonas donde el pelo cae totalmente dejando un cuero cabelludo liso, pulido, sin atrofia evidente y sin síntomas inflamatorios. En nuestro medio no se observan, como en otras zonas endémicas (Asia), lesiones del cuero cabelludo en enfermos de lepra. En los miembros surge seguramente la obligación de fijar un diagnóstico diferencial con las lesiones de lepra, las cuales pueden presentarse como áreas de alopecia, debiendo interpretar en favor de ella la presencia de modificaciones del color de la piel, la dilatación de las aberturas de los folículos pilosos, la alteración de los reflejos vasomotor, secretorio y piloerector así como los trastornos de sensibilidad superficial, ausentes en la pelada. En algunos casos puede imponerse la biopsia y el examen bacteriológico. Es útil recordar la difi-

cultad de interpretación del "test" de la histamina en las piernas y pies, sitios en los cuales las reacciones habitualmente no son concluyentes.

Recuérdense a título ilustrativo otras enfermedades que pueden ocasionar alopecia pero que afortunadamente presentan habitualmente características suficientes para su rápida diferenciación : alopecia de las piernas debida a roces de botas o el pantalón, alopecia de las piernas descrita en los cultivadores de la caña de azúcar, alopecia ocasionada por la foliculitis decalvante, etc.



Foto N° 20. Zona alopécica unilateral de muslo.

Leucodermas Secundarios (Obs. 3).

Son manchas hipocrómicas, acrómicas o discrómicas que suceden como una consecuencia de lesiones dermatológicas variadas, siendo más frecuente en las afecciones de tipo crónico, donde la evolución espontánea de la enfermedad, quemaduras, roce, tratamientos, traumatismo, rascado, las desencadenan.

Deben buscarse los aspectos clínicos que estos factores comunican a las lesiones residuales, forma regular o alargada, aspecto cicatricial, aspecto de gota corrida, etc. De entre los leucodermas secundarios a enfermedades crónicas los que corresponden a la psoriasis son importantes a considerar: en ella cuando regresan las placas eritemato-escamosas dejan manchas al comienzo eritematosas o eritemato-hipocrómicas, luego solamente hipocrómicas, siendo éstas las lesiones que pueden confundir con manchas hansenianas si no se toma en cuenta la historia del paciente, la evolución, la falta de alopecia, de atrofia, conservación de los reflejos vasculares, etc. Son datos en favor del leucoderma secundario postpsoriásico.

Nevus

Los nevus planos hipocrómicos, pueden confundir con lesiones hansenianas.

Ellos son congénitos o evolutivos, casi siempre de límites precisos, bien definidos o irregulares, de forma oval y orientados en el sentido de las líneas de clivaje. Estos son datos que hay que tomar en cuenta en unión de los obtenidos por las pruebas complementarias, especialmente en el llamado nevus anémico¹, mancha blanca, cérea, localizada casi siempre en el tronco y unilateral, el cual, por agenesia o hipotresia vascular, presenta prueba de histamino-reacción anormal pero reflejo piloerector y sudoral conservados.

Zonas de piel disestésicas o anestésicas

Es un tema importante a considerar sin duda alguna, por constituir un motivo de consulta frecuente.

Motivo de consulta relativamente frecuente constituye la referencia por parte del consultante de una o varias zonas de piel en las cuales presenta sensaciones de comezón, de ardor, de hormigueo o de anestesia, en ausencia de toda modificación de color, estructura, sistema piloso, etc. En el ejercicio de nuestra consulta nunca debemos despreciar estos síntomas porque ellos están relacionados con manifestaciones de Hanseniosis y estamos en un medio endémico. Ante tales casos nos corresponde orientarnos hacia casos de historia, de simulación (Obs. 4 y 5) o de Hanseniosis. Para pensar en casos de histeria debemos tomar en cuenta la edad del consultante, su insistencia acerca de su afección, el estado psíquico, el temperamento de la persona, etc., pero indudablemente ante la ausencia de síntomas clínicos objetivos debe procederse a practicar las pruebas complementarias dando valor especialmente a la exploración del reflejo vasomotor el cual es normal en los casos de histeria. De cualquier manera, debe recordarse que ha sido demostrada la disociación sensibilidad-histamina en casos de comienzo de la lepra y en casos de manchas hipocrómicas secundarias de lepra dimorfa.

Es conveniente someter los casos a observación, repetir las exploraciones tomando en cuenta en estos controles las manifestaciones subjetivas del paciente así como su posible modificación del estado psíquico.

Los casos de simulación presentan quizás menos problemas. Se trata frecuentemente de personas cuyo trabajo, estado social, encarcelamiento, etc., los lleva a simular la enfermedad para evadir su actual situación.

En estos casos observamos que el consultante expone muy extensas zonas de piel anestésicas sin ninguna modificación de la piel, referencia de anestesia en sitios respetados por la Hanseniosis (pliegues de flexión

de las grandes articulaciones) ; asimismo con frecuencia refieren pérdida de la sensibilidad profunda o dan margen de sospecha durante la exploración. También crean dermatitis facticias con lesiones de quemaduras intensas, traumas violentos, etc. Aunque en estos casos la exploración de la sensibilidad puede confundir y no ser concluyente, la prueba de la histamina, de la sudoración, de la piloerección resultan generalmente concluyente.

Ha sido señalada recientemente la observación de haberse demostrado casos de meralgia parestésica (Obs. 6) con alteraciones del reflejo vasomotor y, por lo tanto, con histaminoreacción anormal.

La cuestión se plantea como muy interesante, pues hasta ahora, toda zona de piel con anestesia superficial e histaminoreacción anormal, en un medio endémico, ha sido considerada como muy sospechosa de Hanseniosis.

Por otra parte, de acuerdo con la bibliografía consultada ^(9, 13, 14) no parece haber suficientes datos anatómicos, evolutivos, etiopatogénicos, etc., de la meralgia parestésica como para resistir una crítica exhaustiva y mantenerse como entidad clínica independiente.

Enfermedades relacionadas con lepra dimorfa

Escasas ocasiones se presentan en la práctica para establecer diagnóstico diferencial cuando estamos ante un caso de lepra dimorfa, pues ella reúne, habitualmente, suficientes datos clínicos y complementarios para establecer un diagnóstico definitivo; sin embargo, recordamos haber observado en un caso de leishmaniasis difusa, lesiones que podrían hacer pensar en ese diagnóstico ; igualmente hemos visto lesiones maculares y máculo infiltrativas sospechosas de L. D. en un caso de linfodermia. Y a hemos relatado otros datos que nos ayudan a diferenciar las dermatosis en cuestión. Es de hacer notar que constituyendo actualmente un problema de estudio el establecimiento clínico definitivo de las lesiones de lepra dimorfa en los comienzos de su evolución, pueda en algunos casos presentarse dudas en el diagnóstico diferencial con otras modalidades de Hansen o con las afecciones ya descritas.

Diagnóstico diferencial de las manifestaciones nerviosas

Las manifestaciones patológicas del sistema nervioso en lepra ^(9, 14, 21) pueden a veces ameritar una cuidadosa exploración semiológica y clínica para poder establecer con certeza el diagnóstico. Ya en la clasificación general de los tipos y grupos de lepra se establecen cuadros exclusivamente neurales lo cual nos obliga a valorar sus síntomas debidamente, en ausencia de manifestaciones cutáneas. Por otra parte, no es de dudar que existan pacientes de lepra con sintomatología neural

no hanseiana, lo cual reclama un buen estudio para no dar una equivocada interpretación a los síntomas observados.

Por eso hemos creído útil hacer un recuento de diversas entidades neurales ^(13, 17, 18, 19, 20) destacando solamente sus síntomas más importantes.

Una clasificación topográfica tiene indudablemente la ventaja de poder recordar más fácilmente las enfermedades que pueden confundirse con Hanseniosis.

Afecciones del sistema nervioso central

1. Siringomielia.

Disociación de la sensibilidad superficial, pérdida de la sensibilidad al dolor y a la temperatura con conservación de la sensibilidad al tacto y a la sensibilidad profunda ("disociación siringomiélica"). Este tipo de disociación puede verse en lepra; algunos autores insisten que en esta enfermedad siempre puede reconocerse una alteración, aunque discreta, de la sensibilidad al tacto.

En la siringomielia la topografía de las alteraciones sensitivas es radicular o metamérica; parálisis de tipo espástico en los miembros inferiores, flácida en la lepra. Abolición de los reflejos en los miembros superiores y exaltación en los inferiores con signo de Babinsky. En la lepra no hay estas manifestaciones de lesión intramedular de vías largas y tanto las parestias de los miembros inferiores como las alteraciones sensitivas son debidas a lesión de los nervios periféricos, así que las parálisis son siempre flácidas y los trastornos sensitivos son de tipo periférico. Las manos pueden adoptar el tipo mano en garra.

En la siringomielia hay también cifoescoliosis, no observable en lepra; las alteraciones óseas son de carácter productivo, en lepra de carácter destructivo.

Si el proceso siringomiélico ataca al bulbo, pueden verse alteraciones de los pares craneales con su sintomatología típica. El facial es atacado con predominio del territorio inferior.

En lepra el ataque al facial es mucho más frecuente en el territorio superior. Además hay alteración de los reflejos sudoral, vasomotor, piloerector y frecuentemente engrosamiento de los nervios periféricos, síntomas ausentes en la siringomielia.

2. Tabes.

Esta enfermedad presenta alteraciones de la sensibilidad, pérdida de la sensibilidad táctil (con conservación de la sensibilidad a la temperatura y al dolor, "disociación tabética") y alteraciones francas de la sensibi-

lidad profunda, manifestada por ataxia, hipotonía, abolición de los reflejos tendinosos, trastornos esfinterianos, signo de Argyll Robertson, signo de Romberg, dolores de cintura, etc., etc.

3. Esclerosis lateral amiotrófica (Enfermedad de Charcot).

Esta enfermedad de carácter amiotrófico, comienza por la atrofia de la porción distal de los miembros, particularmente de los miembros superiores, en las manos, pudiendo éstas adquirir anatómica y funcionalmente el mismo aspecto que las manos del leproso; solamente en este aspecto puede haber confusión, pues otros síntomas son característicos de la enfermedad y en cambio no se observan en lepra, como son: ausencia completa de alteraciones sensitivas, presencia de fibrilaciones musculares, paraplejía espasmódica de los miembros inferiores, signo de Babinsky' síntomas bulbares, representados principalmente por parálisis labio-glosolaríngea que compromete el habla, la deglución, etc., en los casos más avanzados, siendo la evolución siempre progresiva. Asimismo no se encuentra engrosamiento de los troncos nerviosos ni los trastornos tróficos, propios de estos casos que se ven en Hanseniosis.

En 1918 Patrikuis, describió una forma "pseudo polineurítica" de esta enfermedad que puede simular manifestaciones leprosas, por cursar con parálisis flácida de los miembros inferiores con pie varo-equino, pero debe insistirse en las otras características ya señaladas para verificar el diagnóstico diferencial, especialmente la ausencia de alteraciones sensitivas.

4.-Atrofia muscular espinal progresiva (Síndrome de Aran-Duchene).

Esta enfermedad, que es una variante de la anterior, comienza habitualmente por los miembros superiores, por las manos, con pérdida de fuerzas que antecede a los síntomas de atrofia muscular la cual llega a la intensidad y distribución necesaria para producir la mano en garra, observada en lepra. Pero en el Síndrome de Aran-Duchene no hay modificaciones de la sensibilidad superficial, la atrofia muscular es progresiva, con períodos de detención aparente y va atacando los músculos del antebrazo, luego los del brazo y después los de la cintura escapular. Las manifestaciones a nivel de los miembros inferiores son tardías perdiendo interés para el diagnóstico diferencial.

5. Tumores intramedulares.

Estas lesiones son importantes de recordar, pues el tumor localizado en la región cervical ocasiona síntomas dignos de consideración, y la mayoría de estos tumores son de localización cervical o cérvico-dorsal.

Estos síntomas son atrofia de las manos y trastornos sensitivos, to-

mando el cuadro un aspecto siringomiélico, algias y atrofas de localización metamérica de distribución radicular, paraplejía espasmódica, alteraciones del líquido cefalo-raquídeo, especialmente aumento de las proteínas y las células, bloqueo del canal medular comprobable por estudios radiológicos.

Los primeros síntomas, como se comprende, pueden ser vistos en la lepra, pero hay en ella engrosamiento de troncos nerviosos, trastornos tróficos, ausencia de modificaciones específicas del líquido cefalo-raquídeo y ausencia de lesión de tractos largos (piramidalismo, etc.).

6. Hematomielia.

Esta afección puede adquirir una forma de síndrome siringomiélico y, por lo tanto, simular a la lepra, presentando por consiguiente atrofas musculares, ciertos trastornos tróficos, alteraciones de la sensibilidad, etc., pero asimismo presenta otros síntomas que ayudan al diagnóstico diferencial, como son un comienzo caracterizado por pesantez de los miembros, parestesias, raquialgias, con dolor violento del segmento del raquis correspondiente al sitio donde se instala la hemorragia, episodio que generalmente resalta en la anamnesis del paciente. La instalación de los fenómenos paralíticos son más o menos, rápidos, teniendo los fenómenos siempre una distribución radicular, paraplejía espástica, clonus, Babinsky, etc.

7. Mielodisplasia.

Esta afección puede simular la lepra, especialmente por presentar alteraciones sensitivas y tróficas, particularmente atrofia y reabsorción ósea de los pies, mal perforante, etc., pero en ella hay además anomalías vertebrales, carácter heredo-familiar, trastornos esfinterianos frecuentes y ausencia de engrosamiento de los troncos nerviosos periféricos.

Afecciones de las raíces y plexos nerviosos

1. Radiculitis.

El ataque a las raíces puede ser de etiología variada, pero desde el punto de vista general, podemos recordar que, o son mecánicas : traumatismo, compresión, elongación, neo-plasia, paquimeningitis hipertrófica, metastásicas, abscesos, hemorragia, hernia de disco; o, son tóxico-infecciosas: virus, sífilis, diabetes, etc. Según el ataque sea exclusivo o predominante a la raíz posterior o anterior, la sintomatología será predominantemente sensitiva o motora, disociación ésta franca, que cuando existe es de tomar bien en cuenta para el diagnóstico, pues, en lepra, contrasta siempre la falta de correspondencia 'en la intensidad de los síntomas sensitivos y de los motores.

En un comienzo las manifestaciones pueden prestarse a confusión, como en el caso de la paquimeningitis cervical hipertrófica, siempre con dolores violentos cervico-braquiales, apareciendo luego síntomas de compresión medular, con paraplejía espástica bloqueo del canal raquídeo, etc.

Las meningo-radiculitis crónicas pueden ocasionar síntomas sensitivos y motores similares a los ocasionados por la lepra, pero cursan con distribución radicular de los fenómenos, dolores radiculares, hipo o arreflexia tendinosa y alteraciones del líquido cefalo-raquídeo. Ciertos hechos clínicos que pueden ser importantes, aparecen de acuerdo con la localización o altura del proceso, como son el signo de Claude-Bernard-Horner, perturbaciones esfinterianas, etc.

En el herpes zóster, afección que cursa con ganglionitis, radiculitis y fenómenos inflamatorios del tronco y de las terminaciones nerviosas que de él dependen, así como también de manifestaciones eritemato-vesiculosas bastantes características, puede en algunas ocasiones dejar como secuelas hipoestesia, alteraciones de la erección del pelo, anhidrosis y trastornos motores, que por la intensidad que pueden adquirir, ha permitido separar las llamadas formas clínicas motoras (Andre-Thomas). De cualquier manera creemos que habiendo visto la afección en su período de estado no hay posibilidades de confusión, y viendo las secuelas podemos recordar la historia del paciente, apreciar la distribución radicular de las manifestaciones, las cicatrices o manchas irregulares que haya podido dejar la erupción que en nada concuerdan con las lesiones residuales hansenianas, son datos clínicos para hacer el diagnóstico de herpes zóster y descartar el de lepra.

2. Plexitis.

Variadas y múltiples son las causas que pueden conducir a una plexitis, acompañándose siempre de dolores, en general intensos y con manifestaciones principalmente motoras y posturas que permiten su reconocimiento en la mayoría de los casos; sin embargo, cuando la causa compromete las raíces C7, C8, D1, como pasa en el síndrome de la costilla cervical hay manifestaciones que pueden confundir: parestesias y dolores en la cara interna del miembro correspondiente, trastornos vasomotores, hiperhidrosis y posteriormente atrofia muscular de la mano y anestesia del borde cubital y del antebrazo. La forma de instalación de la afección, su expresión pléxica y su estudio radiológico bien orientado son suficientes para el diagnóstico.

Afecciones de los nervios periféricos.

A) Polineuritis y neuritis.

Conviene observar y recordar siempre que las afecciones de los nervios periféricos constituyen el hecho más importante, desde el punto de vista neurológico, en el establecimiento del diagnóstico de lepra, pues el ataque al sistema nervioso se hace cada vez menos frecuente a medida que nos acercamos al neuroeje; son solamente sus manifestaciones periféricas las que guardan importancia para nosotros. El ataque nervioso específicamente hanseniano al sistema nervioso central ha tenido un interés más que todo académico o investigativo; el hallazgo de lesiones anatómo-patológicas y la presencia de bacilos no encuentran manifestación clínica.

Las polineuritis y neuritis múltiples ocasionan dudas cuando provocan manifestaciones tróficas y sensitivas, y entre ellas hay que recordar las ocasionadas por infecciones, las tóxicas, las carenciales, por intoxicación de metales etc. Datos importantes en su favor son : los datos obtenidos en el interrogatorio sobre hábitos, profesión, etc., la arreflexia tendinosa, los disturbios sudorales, predominando la hiperhidrosis, la falta de engrosamiento de los troncos nerviosos, pocas veces observada en estas afecciones y acompañándose de otros síntomas cuando se trata de alguna otra etiología, como sucede en la polineuritis luética, en la cual hay tendencia al ataque de la sensibilidad profunda, ataxia, antecedentes de lesión genital o serología positiva, alteraciones del LCR, etc.

Polineuritis alcohólica

Esta polineuritis que puede aparecer en cualquiera de las formas de alcoholismo, está aceptado que se debe en realidad a una avitaminosis B1. Se caracteriza fundamentalmente por ataque a los miembros inferiores, comenzando por dolores musculares, fibrilaciones, parestasias, apareciendo después síntomas paralíticos, pie caído con marcha de steppage, abolición de reflejos tendinosos, trastornos oculares, alteraciones psíquicas con hipo o anestesia disociada.

Polineuritis diftérica

Además de las formas más frecuentes que ocasionan parálisis del velo del paladar, trastornos laríngeos, etc., se describe una forma sensitivo motora de los miembros, la cual excepcionalmente provoca síntomas como atrofia muscular y retracciones tendinosas. La polineuritis que se establece tardíamente presenta un cuadro eminentemente sensitivo que luego puede recuperarse.

Polineuritis diabética

Se observa principalmente en los diabéticos avanzados y los síntomas predominan en los miembros inferiores, cansancio y dolores musculares, arreflexia tendinosa, trastornos paralíticos, Steppage, y hay trastornos sensitivos en más del 50 por ciento de los casos, representados por parestasias, hipo o anestesia, presentando a veces alteraciones del dolor profundo y de la palestesia. Pueden observarse trastornos tróficos, entre ellos mal perforante plantar. Los trastornos sensitivos predominan netamente sobre los motores.

Polineuritis plúmbica o saturnina

Es sobre todo motora, faltando las manifestaciones sensitivas por completo, y se manifiesta principalmente por el ataque a los músculos extensores de la muñeca y de los dedos de la mano, pudiendo establecerse manifestaciones de tipo Aran-Duchene. Ciertos hechos han hecho pensar que se trata en realidad de una acción tóxica sobre el músculo en sí, es decir, una miopatía y no una neuropatía.

Esta polineuritis se acompaña de otras manifestaciones de la intoxicación como son cefaléa, astenia, "tez saturnina", trastornos digestivos, ribete gingival de Burton, alteraciones óseas, etc.

Polineuritis carenciales

Se aprecian fundamentalmente en la pelagra y el beriberi, presentando manifestaciones nerviosas periféricas tanto motoras como sensoriales, predominando los primeros y manifestándose por arreflexia tendinosa, atrofiyas musculares, etc. Estos síntomas siempre se acompañan de otros propios de estas afecciones, trastornos digestivos, demenciales, erupciones en zonas expuestas a la luz, etc.

Polineuritis arsenical

Se observa en la intoxicación arsenical crónica y es de tipo sensitivo-motora, comenzando por la parte distal de los miembros y extendiéndose luego a la raíz de los mismos; los síntomas en general no tienen característica especial y se acompaña siempre de los trastornos gastrointestinales propios de la intoxicación arsenical.

Otras neuritis tóxicas

Presentan manifestaciones variadas sensitivo-motoras, siempre acompañadas de otros síntomas y del antecedente en la mayoría de los casos bastante claros; sucede así con las polineuritis por sales de talio, sulfuro de carbono, óxido de carbono, cresol, etc., presentando como síntomas do

minantes dolores violentos y trastornos paralíticos, en general discretos, de piernas y pies.

Polineuritis tifoidea

Se presenta como consecuencia de la fiebre tifoidea, prevaleciendo el ataque al nervio ciático-poplíteo externo, cubital, radial y mediano, pero se acompaña de trastornos de la sensibilidad profunda y ataxia.

Mononeuritis

Con este término comprendemos el ataque aislado o limitado a un tronco nervioso determinado, con todos los síntomas paralíticos o sensitivos que de ello dependa. Los problemas que con más frecuencia observamos son debidos a lesiones del nervio cubital o del ciático poplíteo externo.

En tales casos el examen del paciente revela engrosamiento y sensibilidad del nervio o solamente uno de estos síntomas y presencia de modificaciones funcionales y anatómicas de las zonas dependientes de la inervación correspondiente : zonas de anestesia, atrofiás musculares, mano en garra, pie caído, etc. Estamos llamados entonces a verificar el estudio más cuidadoso, detenido y exhaustivo antes de lanzar una opinión o diagnóstico definitivo.

Entre las posibles causas extrañas a la lepra que pueden ocasionar mononeuritis debemos recordar los traumatismos nerviosos (Obs. 7), intervenciones quirúrgicas (Obs. 8), rupturas del perineuro (Obs. 9 y 10), ataque por lesiones de vecindad como en las fracturas, callos viciosos (Obs. 8), lujaciones, tumores musculares, óseos, aneurismas, angiomas.

Los antecedentes del paciente en cuanto a ejercicios que acostumbra a verificar, con fines deportivos o profesionales, el color y consistencia de la tumoración, la pulsatilidad, etc., etc., son bases suficientes para la diferenciación clínica.

Asimismo debemos considerar los tumores propiamente nerviosos, el neuroma y neurofibroma, los cuales ocasionan engrosamiento del nervio, provocando, según se cita, intensas parestesias al comienzo y trastornos sensitivos y motores cuando ya está avanzada y ofrece síntomas locales de forma, consistencia, etc., que ayudan a establecer el diagnóstico ; es, además, raro. En favor de Hanseniosis tomaremos en cuenta los antecedentes, trastornos de sensibilidad y reflejos cutáneos alterados en estas zonas.

El estudio histológico del nervio afectado no está habitualmente justificado, pues se trata de una biopsia, un pequeño acto quirúrgico que provoca indudablemente sección de fibras nerviosas que pueden ocasionar peores consecuencias de las ya existentes. Por otra parte, no hay seguridad del aporte de un dato realmente valioso para el diagnóstico, pues suce

diendo histológicamente en los nervios lo que sucede en la piel, son numerosos los casos en que los resultados son inespecíficos. Así sucede en las biopsias de nervios de casos de neuritis de L. indeterminada, L. tuberculoide regresiva (las mononeuritis de tipo lepromatoso se consideran sola teóricamente, las de L. dimorfa no han sido descritas), pudiendo entonces no ser distinguidas de inflamaciones traumáticas postelongaciones o hemorragias perineurales, de neuritis irritables tóxicas, etc.

La biopsia sobre un tronco nervioso debe ser muy bien meditada e indicada en casos muy seleccionados (tumores del nervio).

En nuestro medio toda mononeuritis debe considerarse como posiblemente hanseiana y mantener el diagnóstico mientras no se demuestre lo contrario.

Neuritis intersticial hipertrófica

Entre ellas deben recordarse

a) Neuritis hipertrófica progresiva de la infancia, aunque algunos casos lo hacen en adultos, descrita por Dejerin Sota (1893).

Esta afección comienza en la infancia y tiene carácter familiar.

El engrosamiento de los nervios, siempre uniforme, existe tanto en los troncos nerviosos como en los ramúsculos de distribución cutánea, así como también en los pares craneales. Ocasiona trastornos sensitivos y motores acompañados de ataxia, especialmente a la marcha, atrofas musculares, Steppage, dolores a veces fulgurantes en las piernas, signo de Romberg positivo.

b) En 1906 se describió la neuritis intersticial de P. Marie-Boveri, la cual es similar a la anterior, pero en ella hay trastornos de la palabra y temblor intencional.

e) La neuritis hipertrófica del adulto fue descrita por Dide y Courjón en 1919, en la cual el engrosamiento de los troncos nerviosos se acompaña de atrofas y dolores de las masas musculares, parestesias, pero sin modificaciones sensitivas de importancia.

La neurofibromatosis ya señalada presenta engrosamiento arrosariado de los troncos nerviosos, pero además de los síntomas cutáneos característicos, la enfermedad de Recklinghausen no se acompaña de trastornos de la sensibilidad, retracciones articulares, trastornos tróficos, etc.

Amiotrofia de Charcot-Marie-Tooth

Es una afección de carácter familiar que comienza en la infancia o adolescencia, ocasionando atrofia de los músculos de la celda antero-externa de las piernas, en forma simétrica y atacando las zonas adyacentes de los

muslos, con disminución de fuerzas y marcha de Steppage. La atrofia muscular en las manos conduce a posturas que pueden observarse en lepra, que es posterior a las lesiones de las piernas. Los trastornos de la sensibilidad superficial, si existen, son discretos.

Otras enfermedades, entidades ya bien establecidas y conocidas, con características generales que les son propias, pueden en algunas ocasiones reclamar conocimientos para no ser confundidas con Hanseniosis.

1. La acroesclerosis comienza habitualmente por las manos pudiendo ocasionar atrofia muscular de variable intensidad, retracción de los dedos y trastornos tróficos, síntomas observables en lepra, pero no hay trastornos evidentes de la sensibilidad superficial, y existen en cambio síntomas de la enfermedad de Raynaud, con etapas de asfixia local, isquemia y gangrena. Posteriormente aparece el endurecimiento cutáneo típico de la esclerodermia y el diagnóstico diferencial es menos dificultoso.

2. El ainhum ataca a los dedos de los pies, provocando por la acción (de un anillo constrictor, la estrangulación y amputación del dedo correspondiente, especialmente el pequeño; es una afección propia de la raza negra y no se acompaña de trastornos de la sensibilidad.

3. La retracción de la aponeurosis palmar de Dupuytren es una afección que puede, a primera vista, confundir con síntomas leproso, particularmente con la mano en garra.

Esta afección se caracteriza esencialmente por la flexión irreductible de la primera falange, de los dos o tres últimos dedos generalmente, sobre el metacarpiano correspondiente, y de la segunda falange sobre la primera. Puede observarse la saliencia de los tendones flexores, particularmente del palmar menor a nivel de la articulación de la muñeca.

Ha sido publicado y admitido, por varios autores, la presencia de alteraciones sensitivas en esta afección, pero en ella no hay alteraciones tróficas, alteraciones de los reflejos sudoral o vaso-motor, ni engrosamiento de nervios.

Igualmente en otras enfermedades pueden existir alteraciones, casi siempre de orden motor que pueden recordar la Hanseniosis, pero que no presentan los síntomas anteriormente descritos, entre ellas citaremos la artritis reumatoidea, la tromboangeitis obliterante, las arteritis de los miembros inferiores, síndrome de Raynaud, etc. ; estas últimas con una sintomatología de orden vascular habitualmente bastante típicas, que debemos investigar por el interrogatorio bien orientado y el examen clínico, debiendo recurrir en última instancia, a los exámenes complementarios.

El mal perforante plantar, afección que puede corresponder a la sintomatología de la Hanseniosis, debe interpretarse como un síndrome, pues puede obedecer también a diabetes, tabes, traumatismos sobre nervios de

las piernas, etc., etc. Por eso ante la presencia de esta afección debemos orientarnos de acuerdo con las características generales de las enfermedades ya señaladas.

Solamente a título ilustrativo me voy a permitir nombrar algunas otras enfermedades que por acompañarse de manifestaciones cutáneas, nerviosas o vasculares, pueden en determinados casos presentar matices clínicos similares a lesiones hansenianas.

La enfermedad de Barker y Bakers, constituida por una intimitis proliferativa de las arteriolas y vénulas, asociadas con neuritis periférica, presenta evidente lívedo reticular y úlceras necróticas indoloras especialmente en las piernas. Puede presentar oclusión arterial con necrosis de los dedos de los pies acompañados por intenso dolor. Los síntomas vasculares dominan el cuadro clínico.

La acrocianosis necrotizante recidivantes se acompaña de ulceraciones y procesos necróticos de las extremidades de los dedos de las manos y los pies ocasionados por espasmos u oclusiones arteriales.

La forma mutilante de porfiria congénita, por los procesos destructivos en la extremidad de los miembros puede recordar la Hanseniosis. Habitualmente los fenómenos comienzan a corta edad, es posible investigar en la anamnesis antecedentes familiares, hay aumento de la tiro y coproporfirina, dermatitis ampollosas por fotosensibilidad, etc.

El lívedo racemoso es una variedad inflamatoria, poco frecuente, y persistente, del lívedo anular, condicionado por lesiones anatómicas de la red profunda vascular, ocasiona manchas eritematosas, eritemato-violadas, a veces parcialmente pigmentadas, con distribución en red o arboriforme, que puede recordar la distribución de lesiones hansenianas por diseminación.

Igualmente pueden presentarse cuadros en la telangiectasias macular eruptiva pertans,¹⁰ afección relacionada con las mastocitosis cutáneas.

La necrosis avascular de las falanges de las manos (Enfermedad de Thiemann) es una anomalía de carácter familiar que aparece en la infancia, hay necrosis vascular de las falanges con acortamiento de los dedos.

Enfermedades que simulan lesiones incipientes de lepra

Un tema de vital importancia, especialmente para el leprólogo, constituye el tener un criterio y experiencia cabal para la valoración de las lesiones tempranas del mal de Hansen y no confundirlas con afecciones cutáneas banales, por su aspecto a veces poco significativo. Sería necesario abocar a la clínica de las lesiones incipientes para expresar una idea concreta del problema, lo cual escapa al alcance de este trabajo. Por eso solamente en forma resumida recordaremos algunos datos que tomaremos como ejemplos de este importante tópico.

Las manchas hipocrómicas incipientes de lepra pueden ser completamente planas o muestran una muy discreta infiltración, la mayoría de las veces solamente perceptible a la palpación, no son descamativas, su tacto es suave, pueden presentar alopecia e histamino-reacción anormal. Sus límites son discretamente difusos y la forma oval o redondeada. Deben ser diferenciadas de lesiones de epidermitis microbiana, de pitiriasis versicolor, de los nevus, leucodermas, etc.

La pápula eritematosa o eritemato-pigmentada de lesión incipiente hanseniana puede ser única o acompañarse de un halo hipocrómico en el cual la histamino-reacción suele ser anormal. Debe ser diferenciada de pápulas de liquen, ("e reacción nodular a picadura de insecto, etc.

Las placas hansenianas incipientes son habitualmente eritemato-hipocrómicas con papulación fina folicular y sin descamación, son también ovales o redondeadas y deben ser distinguidas, principalmente de la epidermitis microbiana.

Los nódulos, como lesión incipiente, son eritematosos o eritemato-pigmentados, consistentes, sin reacción inflamatoria periférica aun en su etapa ulcerativa, asienta sobre piel sana, no tienen síntomas subjetivos, etc.; son datos que hay que tomar en cuenta para diferenciarlos de granuloma por picadura de insectos, de tumoraciones nodulares inflamatorias banales o tumorales, de lesiones piógenas tipo furúnculo o ectima, etc.

Observación N° 1

E. R. de 22 años de edad, color moreno claro, natural de Caracas, de profesión enfermera.

Fue examinada el 24-4-56 presentando parálisis facial bilateral establecida bruscamente el día 12-1-56, mes y medio después de un parto normal.

Hospitalizada para estudio y tratamiento en un servicio de neurología, fue referida para los mismos fines debido a la aparición de una erupción de elementos nodulares, eritematosos, profundos, en miembros inferiores y en los superiores, donde son más escasos. Fue diagnosticada como eritema nudoso. Cuadro febril moderado. Antecedentes de ingestión de antibióticos, antiálgicos y antipiréticos.

Sensibilidad superficial conservada en toda la piel. Nervios palpables aparentemente normales. Investigación de bacilos de Hansen, en linfas tomadas de orejas, antebrazos y rodillas, negativa a B. H.

Lectura de tuberculina (5 U.) : Negativa (0 mm.)

Lectura de Mitsuda (lepromina integral) : (5 mm.)

Biopsia tomada de un nódulo de la pierna izquierda: "Edema del dermis superior. Engrosamiento discreto de los vasos con inflamación perivascular, infiltración del panículo adiposo".

Observación N° 2.

S. T., de color blanco, natural de Italia, de 19 años, soltero, de profesión zapatero.

El paciente fue referido a examen por médico particular, por presentar infiltrado eritematoso difuso y discreto de las orejas, con aspecto pseudo-atrótico de la piel y ptosis discreta del lóbulo.

Manchas eritematosas difusas y discretas de las regiones glúteas y cara postero-externa de muslos, donde lucen con ligera dilatación de las aberturas foliculares. Mancha eritematoviolada en la cara interna del tercio superior del muslo derecho. Nervios explorables físicamente normales.

Sensibilidad térmica conservada aun en las orejas. En general responde tardíamente al calor.

Lectura de tuberculina (5 U.) : + + + (23 mm.)

Lectura de Mitsuda (Iepromina integral) : + + + (8 mm., necrosis).

Investigación de bacilos de Hansen en frotis de linfas tomadas de ambos pabellones auriculares y ambas regiones glúteas. Negativa a B. H.

En dos exámenes clínicos posteriores, verificados con intervalo de un mes, no se apreciaron otras lesiones sospechosas a las ya señaladas en orejas.

El paciente relató que el aspecto auricular es posterior a una erupción papulo-escamosa, eritematosa, quizás ampollosa y pruriginosa, surgida en su país hace cinco años en época de intenso frío. (Eritema pernio, sabañones?).

Observación N° 3.

Z. M., de 29 años de edad, de color, agente policial, natural de Barlovento.

El paciente presenta manchas intensamente hipocrómicas, de tamaño variable, forma redondeada u oval, algunas irregulares, dando un aspecto discrómico, atróficas, localizadas en brazos, regiones glúteas, rodillas y piernas, de nueve años de aparición, sin antecedentes de mayor importancia.

Refiere haber padecido Buba a los cinco años de edad, serología dudosa hace un año.

Diagnóstico: Leucoderma residual (¿Babosa? ¿Caratosa?).

La sensibilidad superficial conservada en las manchas y el resto de la piel. Exploración del reflejo vaso-motor difícil de interpretar.

Estudio histológico: Inflamación crónica inespecífica. Investigación de B. H. en los cortes: Negativa (0).

Observación N° 1.

C. I., de 13 años de edad, morena clara, escolar, convivente de casos familiares LL. y LI.

Esta niña, después de haber recibido varios controles clínicos e inmunológicos, sin presentar lesiones sospechosas, consultó recientemente por experimentar, desde hacía dos meses, "piel dormida" en los miembros superiores.

A la exploración de la sensibilidad superficial se constató anestesia completa en las zonas señaladas, pero en una forma bilateral y simétrica que llamó mucho la atención. En un segundo examen fue ratificada la anestesia superficial, encontrándose, además, trastornos de la sensibilidad al peso y la presión. La histamino-reacción fue completamente normal en las zonas señaladas.

Reacción de Mitsuda: + + + (Nódulo de 8 mm., necrosado).

Investigación de bacilos de Hansen en las zonas aparentemente enfermas :
Negativa.

Este caso fue interpretado como una simulación, lo cual se comprobó posteriormente, confesando la contacto el querer ganar tiempo para permanecer en Caracas debido al proyecto de trasladarla al interior del país por motivos familiares.

Observación N° 5

G. M., de 14 años de edad, natural de Maiquetía, analfabeta.

Caso referido a consulta como sospechoso.

Al examen clínico cutáneo se aprecian lesiones sospechosas de Hanseniosis. Liquenificación en dorso de pies y cara anterior de articulación de las muñecas.

Exploración de la sensibilidad: presenta anestesia, en regiones glúteas, solamente al calor, Histamino-reacción con resultados normales aun en las zonas señaladas.

La paciente no concurrió a la lectura de las pruebas intradérmicas.

Se verificó investigación de bacilos en frotis de linfas tomadas de orejas, codos, rodillas, glúteos y en moco nasal, con resultados negativos.

La paciente dice que tiene 15 días en Caracas para trabajo de oficios domésticos en casa de familia, habiendo surgido los señalados trastornos dos días después de haberse separado de su ambiente familiar.

Observación N° 7.

G. P., de color blanco, ayudante de taller mecánico, 38 años de edad, natural del Estado Lara.

Referido a consulta de dermatología general.

El paciente refiere amplia zona de anestesia en la cara anterior del muslo derecho.

Al examen clínico no se aprecian lesiones sospechosas en la piel ni en los nervios.

A la exploración de la sensibilidad se observa : sensibilidad térmica conservada, aunque el paciente dice "sentir menos" y refiere que hace pocos días se quemó en esa zona con un fósforo sin experimentar dolor. Anestesia táctil y dolorosa en la zona señalada.

Al interrogatorio señala que la afección comenzó hace aproximadamente 20 días por dolor intenso en el muslo derecho, apareciendo posteriormente y en forma más o menos brusca la anestesia referida, la cual ha venido disminuyendo lentamente hasta quedar reducida a la extensión actual.

Las pruebas de histamina son francamente normales.

El examen bacteriológico de la zona indicada y de otras zonas de la piel tiene resultados negativos.

Prueba de tuberculina (5 U.) : Negativa (A las 72 horas).

Reacción de Mitsuda : ++ (6 mm.) leída a las 3 semanas.

El paciente fue nuevamente examinado y explorado tres días después apreciándose recuperación casi total de la sensibilidad táctil, recuperación total de la sensibilidad dolorosa, quedando solamente en el tercio inferior de la cara anterior del muslo derecho una zona con muy discreta hipoestesia táctil y térmica. La histamino-reacción aun en esa zona continuó siendo francamente normal.

Examinado siete días después persistían los trastornos hipoestésicos con reflejo vaso-motor conservado y prueba de sudoración normal.

El paciente no concurrió a la citación posterior, sospechándose hayan desaparecido todos sus síntomas.

Impresión diagnóstica : Meralgía parestésica.

Observación N° 7.

C. B., de 49 años de edad, profesión marinero, color moreno claro, natural del Estado Sucre.

Al examen clínico se aprecia aspecto infiltrado de la piel de la cara con el ítem discreto, pero hay seborrea. Eritema solar del tronco.

Atrofia muscular de la mano derecha en especial de interóseos y de eminencia tenar, sin flexión de los dedos y con fuerza de lateralidad de los dedos más o menos bien conservada; movimiento de oposición del pulgar indemne. Troncos nerviosos palpables aparentemente normales.

Sensibilidad superficial aparentemente conservada en toda la piel a pesar de que se nota en este primer examen hipoestesia térmica en codo derecho y táctil a nivel del codo izquierdo, así como hubo cierta confusión a nivel de las rodillas.

Antecedentes de caída sobre el hombro derecho con traumatismo local y relación directa con la aparición de los síntomas descritos.

Reacción de Mitsuda (lepromina integral) : + (5 mm.). Leída a los dos meses y ocho días, nódulo en regresión.

Investigación bacteriológica negativa en frotis de linfas tomadas de oreja derecha, codos, rodillas y dorso.

Nuevamente examinado dos meses después se encuentran los mismos síntomas, con sensibilidad superficial conservada en toda la piel.

Caso discutido en el Servicio, teniendo actualmente el paciente solamente el ataque muscular se descarta el diagnóstico de Hanseniosis interpretando el cuadro como consecuencia del traumatismo recibido.

Observación N° 8.

J. G., soltero, natural del Estado Yaracuy, de 23 años de edad.

Referido para examen de un Servicio de Traumatología.

El paciente refiere fractura y luxación del codo derecho hace aproximadamente 10 a 12 años, por caída de un caballo. Desde esa época sentía, ocasionalmente, dolor en la región señalada, especialmente durante el ejercicio con fines deportivos. Hace aproximadamente 5 meses, y después de un esfuerzo muscular el dolor se hizo permanente y comenzó a intensificarse.

Consultó en Servicio de Traumatología. La radiografía reveló desprendimiento olecraneano. Fue intervenido quirúrgicamente y, según dice el paciente, le encontraron neuritis cubital. Después de la intervención notó anestesia de la mano y parestesias en el antebrazo correspondiente así como atrofia progresiva muscular de la mano derecha con esbozo de garra cubital.

El nervio cubital derecho luce ligeramente engrosado y sensible.

Seborrea con acné severo y aspecto engrosado y eritematoso de la nariz. Mancha eritematosa con piel finamente atrófica y brillante, pelos

normales, en la cara interna del tercio inferior de la pierna izquierda, observada hace un año ocasionalmente pruriginosa. En ella la histamino-reacción luce normal en relación a la prueba testigo verificada en el lado homólogo opuesto. Reflejo sudoral conservado. Sensibilidad superficial totalmente abolida en el territorio sensitivo del cubital derecho. Investigación de B. H. negativa en linfas tomadas de oreja derecha, codos y rodillas.

Prueba tuberculínica : + + (19 mm.).

Reacción de Mitsuda : + + +.

Impresión diagnóstica: Neuritis cubital irritativa traumática quirúrgica.

Observación N° 9.

C. S., blanco, de 16 años de edad, soltero, estudiante en Escuela Militar, nacido en el Distrito Federal.

Referido de Servicio de Dermatología general por presentar lesiones sospechosas.

Al examen clínico presenta pápula eritematosa en cara lateral derecha del tronco, cerca de la axila; lesión similar en región glútea derecha.

Discreta atrofia muscular de la mano izquierda con flexión cubital de los dedos y abducción del dedo meñique.

El nervio cubital izquierdo se palpa ligeramente sensible, adelgazado y más consistente que el derecho.

Hipoestesia en los pulpejos de los dedos anular y meñique izquierdos y meñique derecho. Hipoestesia térmica en cara externa, mitad superior de la pierna derecha. El paciente refiere que su enfermedad comenzó hace tres meses.

Prueba de tuberculina (PPD 5 U.) : Negativa (0).

Reacción de Mitsuda (lepromina integral) : + + (8 mm.), a los veintiséis días.

Examinado cuatro días después se tiene la misma impresión general a los resultados anteriormente obtenidos.

Tres días después nuevamente examinado repitiéndose las mismas exploraciones; en este examen responde perfectamente bien a la exploración de la sensibilidad térmica, pero es de notar que tal impresión se experimentó con agua a mayor temperatura. Sensibilidad táctil y dolorosa conservada. Se indicó radiografía con estudio comparativo del esqueleto de ambas manos. Estudio bacteriológico de frotis tomados de orejas, glúteo derecho y moco nasal, con resultado negativo a B. H.

Pasados cinco días el paciente es nuevamente examinado apreciándose recuperación total de las funciones de aducción de los dedos aunque ella se pierde cuando hay fatiga. Ha desaparecido totalmente la flexión cubital de los dedos señalada en el examen inicial. La atrofia muscular señalada en la mano es muy discreta. Hipoestesia táctil en cara palmar del dedo meñique izquierdo; sensibilidad dolorosa conservada.

Examinado diez días después no se aprecia atrofia muscular evidente de la mano izquierda. Sensibilidad térmica; hipoestesia muy discreta en pulpejo del meñique izquierdo; el paciente refiere que tiene dificultad para discernir entre el calor y el frío. Sensibilidad dolorosa: conservada.

Los movimientos de aducción y abducción de los dedos los verifica bien pero se fatiga prontamente quedando el meñique en abducción.

Cierta dificultad en el movimiento de oposición del pulgar izquierdo e impotencia funcional relativa en el movimiento de abducción del pulgar lo cual suple con flexión de la primera falange.

Los síntomas fueron mejorando progresivamente y el cuadro fue interpretado como neuritis cubital traumática al ejercicio.

Observación N° 10

M. G. C., cadete de 16 años de edad, natural del Estado Trujillo, blanco; referido de Servicio de Dermatología general por presentar dolor en el trayecto del nervio cubital izquierdo y parestesias aparecidas hace aproximadamente un mes en el curso de una gripe.

Posteriormente observó imposibilidad para la aducción de los dedos de la mano izquierda, molestia de la cual se ha venido recuperando lentamente, aunque aún refiere cierta pesantez del miembro y cierto grado de hipoestesia. Los nervios accesibles a la palpación están actualmente normales. La sensibilidad superficial está conservada en toda la piel.

Hay disminución de las fuerzas de la mano izquierda así como imposibilidad casi absoluta para la aducción de los dedos.

Prueba de tuberculina (PPD de 5 U.) : Negativa a las 72 horas.

Reacción de Mitsuda : ++ (6,5 mm.). A las tres semanas.

Se sugirió, como medidas terapéuticas, reposo y vitamina B₁ intramuscular.

El paciente fue nuevamente examinado cuatro días después. Presentaba sensibilidad superficial normal en la mano izquierda y franca recuperación de los trastornos motores.

Examen bacteriológico de varias linfas tomadas de la piel, con resultado negativo a BH.

El paciente continuó en reposo por dos meses presentando al siguiente examen una recuperación total y absoluta de todos los síntomas señalados.

Fue dado de alta, habiéndose interpretado los fenómenos como debidos a fatiga muscular que tomó aspecto de neuritis cubital.

RESUMEN

Se hace una revisión de varias enfermedades que presentan aspectos clínicos que pueden simular a la Hanseniosis en sus diversas modalidades. En este sentido el autor enfoca diversas entidades nosológicas que divide en grupos de acuerdo con el tipo o grupo de lepra que pueden simular, tanto desde el punto de vista dermatológico como también desde el punto de vista neurológico.

Se expone un resumen del aspecto histopatológico de las enfermedades citadas y se inserta un breve comentario sobre las lesiones incipientes de lepra en relación al tema tratado.

SUMMARY

The author reviews the clinical aspect of several diseases, which may feign leprosy in various ways, and he divides them into groups according to the type or group of leprosy, which they may simulate from the dermatological and neurological point of view. He gives an abstract of the histopathological aspect of these diseases and a brief comment on initial leprous lesions in connection with the general theme.

RESUME

L'auteur passe en revue plusieurs maladies dont les aspects cliniques peuvent simuler la lépre. Il divise ces maladies en groupes selon le type ou groupe de lépre qu'elles simulent du point de vue dermatologique et néurologique. Il presente un résumé de leur aspect histopathologique et un bref commentaire sur les premières lésions de la lépre en connection avec le theme general.

AGRADECIMIENTOS

Al doctor Jacinto Convit, Médico-Jefe de la División de Lepra del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, guía y estímulo en el estudio de nuestras observaciones.

Al doctor E. García M. colaborador en la revisión del aspecto neurológico del trabajo.

A los médicos compañeros de trabajo que en diversas formas colaboraron y fueron entusiastas animadores.

Al señor Enrique Ramírez, por su colaboración en la parte fotográfica.

BIBLIOGRAFIA

1. Convit J., Vegas M. y Medina M. "Dermatosis que puede simular la enfermedad de Hansen". Memoria de las Segundas Jornadas Venezolanas de Venereo logía, Dermatología y Lepra. Caracas. Editorial Bellas Artes, 1955.
2. Convit J. "Leishmaniasis tegumentaria difusa. Nueva entidad clínico-patológica y parasitaria". Caracas, Venezuela. Revista de Sanidad y A.sistencia Social. Vol. XXIII. Enero-abril, 1958, números 1 y 2.
3. Medina R. y Romero J. "Estudio sobre la leishmaniasis tegumentaria en Venezuela". Dermatología Venezolana, año I, Vol. N9 1. Diciembre, 1957.
4. Bluefarb S. M. "Cutaneous manifestations of the malignat lymphomas".
5. Lever W. F. "Histopathology of the skin". Philadelphia y Montreal. J. B. Lip pincott Co., 1954.
6. Pardo Castelló V. "Dermatología y Sifilología". La Habana, Cuba. Cultural, S. A., 1953.
7. Simons R. D. "Dermatología tropical y micología médica". México. La Prensa Médica Mexicana, 1957.
8. Andrews G. C. y Kerdel F. "Enfermedades de la piel". Buenos Aires, Argentina. Editorial Bibliográfica Argentina, 1959.
9. Gómez J. y García A. "Lepra". Madrid, España. Editorial Paz Montalvo, 1953.
10. Sutton R. L. "Diseases of the skin". S. T. Louis, U. S. A. The C. V. Mosby, Co., 1956.
11. Stokes J. H., Beerman A., Igraham Jr. N. R. "Sifilología clínica moderna". Salvat Editores, S. A., 1949.
12. Mazzini M. A. "Clínica dermatológica". Buenos Aires, Argentina. Librería Hachette, S. A., 1958.
13. Litter M., y Wexselblatt M. "Tratado de neurología". Buenos Aires, Argentina. Editorial El Ateneo, 1950.
14. Cochrane R. G. "Leprosy in theory and practice". Bristol John Wriqth and Sons, L. T. D., 1959.
15. Vegas M. "Actuales conceptos en leprología". Caracas, Venezuela. Gaceta Médica, números 7-12, julio-diciembre, 1957.
16. Freitas O. "Contribuição para estudio diagnóstico clínica da lepra nerviosa". Sao Paulo, Brasil, 1945.
17. Enríquez F. "Tratado de Patología Médica". Tomo II. Madrid, España. Editorial Científico Médica, 1950.
18. Padilla y Cossio P. "Sistema nervioso". Biblioteca de Semiología. Buenos Aires, Argentina. Editorial El Ateneo, 1946.
19. Cecil R. L. "Tratado de medicina interna". México. Editorial Interamericana, S. A., 1950.
20. Jiménez Díaz G. "Lecciones de patología médica". Madrid, España. Editorial Científico Médica, 1942.
21. Monrad-Krohn G. H. "The neurological aspect of leprology." (Spedals-Kerh) hristiania on comission by Jacob Dylwad, 1923.