

ENFERMEDAD DE HANSEN TUBERCULOIDE EN REGION ORBITARIA

Dra. Alessandra Alió S. - Dra. Olga Zerpa***

*Dra. Nacarid Aranzazu*** - Dr. Oscar Reyes Flores*****

*Dr. Eusebio Plasencia***** - Dr. Francisco Belisario Navarro******

Alessandra Alió S., Olga Zerpa, Nacarid Aranzazu, Oscar Reyes Flores, Eusebio Plasencia, Francisco Belisario Navarro. **Enfermedad de Hansen Tuberculoide en región orbitaria.** Denm Venez 1998; 36: 65-67.

RESUMEN

La incidencia de complicaciones oculares en la Enfermedad de Hansen es mayor en la forma lepromatosa, dada por la mayor presencia del bacilo en las estructuras oculares y sus anexos, por los fenómenos reaccionales tipo 1 y 2, y por daño neurológico del V y VII par craneal. Se observan complicaciones en la córnea, conjuntiva, párpados, iris, pestañas, cejas, cuerpo ciliar, glándula lagrimal y conducto lacrimonasal, con deterioro progresivo hasta la ceguera. Se presenta más precozmente en pacientes con lepra tuberculoide y tardíamente en la forma lepromatosa. Presentamos el caso de una paciente femenina de 78 años de edad con manifestación clínica única de Enfermedad de Hansen Tuberculoide en región periorbitaria izquierda, de un año de evolución.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad de Hansen Tuberculoide, Complicaciones Oculares, Esteroide tópico, Cirugía Plástica Oftalmológica Reconstructiva.

SUMMARY

The incidence of ocular Hansen's disease is more often in lepromatous leprosy. This is caused to the mayor presence of Hansen bacillus at the structures's eye, episodes reactions type I and II, and neurologic damage to V and VII cranial nerve. The complications are cornea, conjuntive, eyelids, eyebrows, iris, lacrimal gland and ductus, followed to blindness. In Tuberculoid leprosy it is seen at early stages. We present the case of a female patient of 78 years old, who presented manifestation of Tuberculoid Hansen disease at her periorbital left eye, of 1 year of evolution.

Key words: Tuberculoid Hansen's Disease, Ocular complications, Topic steroid, Surgery Ophthalmology Plastic Reconstruction.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenino de 78 años de edad, natural de Yugoslavia y procedente del Estado Carabobo. Re-lata el inicio de su afección hace un año, cuando con la presencia de placa eritematosa en región periorbitaria izquierda, epífora, hiperemia conjun-

tival, fotofobia y secreción purulenta por el mismo acompañado de mácula eritemato violácea y edema en pierna izquierda; acude a la Unidad Sanitaria Dermatológica del Edo. Carabobo, donde diagnostican Enfermedad de Hansen vs Sarcoidosis y fue referida 6 meses después al Instituto de Biomedicina en febrero de 1998. **Examen**

Físico: Fototipo I-II. **Examen Dermatológico:** Placa eritematosa que ocupa toda la región periorbitaria izquierda con extensión al 1/3 superior de mejilla, de borde activo escamoso y centro claro, hipoestesia térmica, madarosis, pérdida total de pestañas en párpado superior e inferior, ectropión del párpado inferior, discreta ptosis del párpado superior (Fig. 1).

Placa eritematoviolácea de 20x12 cm de diámetro, localizada en el 1/3 inferior de la pierna izquierda, de bordes bien definidos, sensibilidad conserva-da. Pulsos arteriales periféricos pre-

* Médico Residente en Dermatología del 1er. año de Postgrado. Instituto de Biomedicina. Universidad Central de Venezuela.

** Médico Dermatólogo. Adjunto Servicio Central de Dermatología Sanitaria. Instituto de Biomedicina.

*** Médico Dermatólogo. Jefe del Servicio Central de Dermatología Sanitaria. Instituto de Biomedicina.

**** Médico Dermatólogo-Dermatólogo. Instituto de Biomedicina.

***** Médico. Dermatología Sanitaria. Valencia, Estado Carabobo.

***** Médico Oftalmólogo. Centro de Dermatología Sanitaria "Dr. Martín Vega"



Fig. 1 Placa en región periorbitaria izquierda.

sentes y simétricos. **Examen Oftalmológico:** Conjuntiva hiperemica con secreción purulenta y ectropión del párpado inferior en toda su extensión marcado en $\frac{1}{3}$ externo. Infiltrado de la mucosa lacrimonasal. Pupilas isocóricas, normoreactivas. Reflejos corneales presentes. Hipoestesia de córnea. Anestesia térmica en placa orbitaria. Fenómeno de Bell, presente. Tonometría de Goldmann: OD 10 mmHg, OI 10 mmHg, Balance Muscular: No hay paresias. Biomicroscopía: OD signo de facoescclerosis de ambos cristalinos más acentuado en el OI, Córnea transparente; Agudeza visual ODI 0.6, no mejora con estenopeico debido a la esclerosis del cristalino; Campo visual por Confrontación, normal, Fondo de Ojo, normal. Neurológico: No hay alteración de ningún par craneal. Nervios Periféricos cubital, ciático poplíteo externos, tibial posteriores no palpables.

La impresión clínica inicial fue Enfermedad de Hansen tipo Tuberculoide con compromiso de tejido periorbitario izquierdo.

Los exámenes paraclínicos: Bacteriología para BAAR, Negativa. Pruebas Intradérmicas: PPD 10 mm, Mitsuda 40 mm. Elisa (Glicolípido fenólico): 0.30. Hematología Completa y Química sanguínea, normal. Glucosa 6 fosfato: Normal. Ecosonograma abdominorenal: normal, Radiografía de Tórax: Normal.

Histopatología: Lesión periorbitaria izquierda: Granuloma macrofágico formando nódulos epitelioides bien diferenciados con algunas células linfoides. Anexo folicular lesionado. Nervios no reconocibles. Coloración Fife Faraco: Negativo. Se concluye el diagnóstico de Enfermedad de Hansen T-T (Fig 2).

Lesión de Pierna izquierda: Epitelio adelgazado, de aspecto sensiblemente normal para la zona biopsiada. En dermis discreto infiltrado mononuclear linfohistiocitario periglomerular con escasos macrófagos con leve grado de diferenciación epiteliode. Coloración Fife Faraco: Negativo.

Se instaló tratamiento para esquema Paucibacilar (OMS) por 6 meses, además de lágrimas artificiales, tropica-

mida al 1% gotas, cromoglicato sódico gotas, sulfato de gentamicina y fosfato disódico de betametasona ungüento y tapaojo húmedo durante la noche.

Después de 6 meses de tratamiento, se evalúa la integridad del conducto lacrimonasal, encontrándose permeable; además de aclaramiento parcial de la placa periorbitaria izquierda; sin embargo se apreció cierto grado de fibrosis y retracción de la piel. Por lo que se decide administrar Clofazimine 200 mg/día vía oral por 6 meses, y esteroide tópico de mediana potencia en región periorbitaria, por 1 mes.

DISCUSIÓN

El ojo se afecta en un 30% aproximadamente en todos los pacientes con Enfermedad de Hansen^{1,6,8} El daño causado en la lepra tuberculoide se manifiesta en etapas tempranas de la enfermedad^{2,8,9}. Se manifiesta como queratitis secundario a lesión del V y VII par craneal, ocasionando lagofalmo, alteración de la sensibilidad cor-

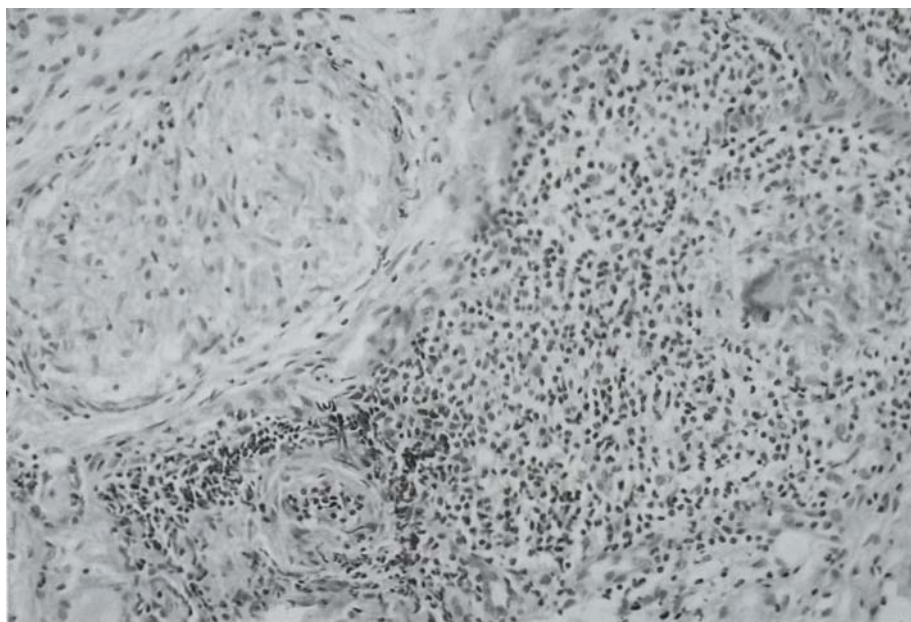


Fig.2. Histopatología granuloma con nódulos epitelioides bien diferenciados.

neal, con daño intraocular excepcional^{3,5}. Sin embargo, en la lepra lepromatosa el daño del ojo es directo por la invasión del *Mycobacterium leprae* que ocasiona queratitis punctata, pannus, leproma en córnea e iris, único o múltiple, iridociclitis y epiescleritis, invasión del segmento anterior del ojo, como resultado, se produce reacción inflamatoria, anestesia corneal y conjuntival, paresias de los músculos extraoculares y/o daño de los anexos, sobreagregándose las infecciones, catarata, y glaucoma secundario^{4,5,9}.

La iridociclitis es una inflamación del iris y del cuerpo ciliar, ocurre en la lepra de larga evolución, instalación insidiosa con cambios clínicos mínimos en estadios tempranos, pero si detectable con la lámpara de hendidura. Es usualmente bilateral, de evolución crónica con exacerbaciones, que mejora con esteroides, antiinflamatorios no esteroideos, antibióticos, y midriáticos. Es una de las causas más frecuentes de ceguera. Por lo que se deberá evitar las complicaciones oportunamente y tratarlas^{5,7}. El uso de esteroides tópicos tienen alto riesgo de desarrollar o si existiera historia familiar de catarata, glaucoma, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, hiperlipidemia, nefrolitiasis, enfermedad úlceropeptica, infecciones recurrentes, embarazo. Por lo que se requiere precisar si existen previamente a su aplicación dichas entidades presentes. Para prevenir las complicaciones oculares, el uso de esteroide tópico, es necesario una evaluación 3 a 4 veces al año, ya que puede desentra-

ñar catarata, glaucoma (en la enfermedad de Hansen predomina la presión intraocular baja), infecciones oportunistas⁶. La rehabilitación oftalmológica mediante la ejercitación de la función de los músculos orbiculares, cierre fuerte máximo 5 minutos y luego descanso, 20 veces cada vez. La oclusión del ojo debe hacerse con gasa o material blando adherido al borde nasal y frente. Existen casos severos, que han requerido Tarsorrafia parcial temporal de los bordes libres de los párpados^{7,9}.

Es imperativo establecer el estado bacteriológico de cada paciente y establecer el esquema terapéutico. El tratamiento quirúrgico final de reconstrucción (madarosis, blefarocalasia, entropion, ectropion) no podrá hacerse sin antes haber chequeado la integridad del sistema de drenaje lagrimal^{8,9}. El manejo ocular y lesiones extraoculares deben ser manejados por un equipo multidisciplinario¹⁰. La resolución clínica de la paciente fue satisfactoria bajo esquema de tratamiento paucibacilar y adicionalmente 6 meses de Clofazimine de 200 mg/día, esteroide, antibiótico y midriáticos tópicos, en ausencia de incapacidad visual. Actualmente se encuentra en espera de cirugía plástica oftalmológica reconstructiva.

AGRADECIMIENTO

Dr. Antonio J. Rodríguez Romero. Médico Neurólogo. Valencia, Estado Carabobo. Dra. Lesbia M. Michelangeli

M. Médico Dermatólogo. Valencia, Estado Carabobo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Renfro L, Snow J. Ocular effects of topical and systemic steroids. *Dermatol Clin* 10(3): 1992, 505-512.
2. Snyder R, Glasser D. Antibiotic therapy for ocular infection. *West J Med* 161(6): 1994, 579-584.
3. Daniel A, Arunthathi S, Bhat L et al. Intraocular pressure in leprosy patients without clinically apparent anterior segment pathology. *Indian J Lepr* 66(2): 1994, 165-172.
4. Suryawanshi N. Clinical manifestations of Iridocyclitis in Leprosy. *Indian J Lepr* (57)3: 1985, 549-555.
5. Sarmiento C, Rodríguez G. Lepra Ocular. In: Lepra. Rodríguez G. Y Orozco LC, editors. Instituto Nacional de Salud: Santa Fe de Bogotá. p. 1996, 99-105.
6. Lamba P, Rahatgi J, Bose S. Factors influencing corneal involvement in leprosy. *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 55(4): 1987, 667-671.
7. Courtright P. Defining the magnitude of ocular complications from leprosy: problems of methodology. *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 56(4): 1988, 566-573.
8. Virendra S, Prem L. Ocular changes in Leprosy. *Int J Dermatol* 29(3): 1990, 175-181.
9. Brand M. Care of the Eye in Hansen's Disease. 3rd edition. Carville (LA) The Star publisher, 1993.
10. Thompson K, Job C. Silent iritis in treated bacillary negative leprosy. *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 64 (3): 1996, 306-310.