
Clasificación de la lepra a través de la correlación clínica, histológica e inmunológica

Dra. Fanny Pérez de Arveláez (*)
Dra. Nacarid Aranzazu (*)

(*) Instituto Nacional de
Dermatología.

RESUMEN: Se presenta de una manera sencilla y esquemática la clasificación de la lepra según el grado de resistencia del huésped ante el *Micobacterium leprae*, haciendo énfasis en la importancia de una correlación clínica - histológica - inmunológica y bacteriológica. Se documenta el trabajo en 8 casos que ilustran las diferentes formas clínicas estudiadas, en un intento de obviar la dificultad que algunos pacientes presentan para ser clasificados al menos en las primeras etapas de observación.

SUMMARY: We present, in a simple and schematic fashion, a classification of leprosy according to the degree of resistance of the host towards *Mycobacterium leprae* giving special emphasis to the importance of a clinical - histopathological immunological and bacteriological correlation. This work is based of eight cases which illustrate the various clinical forms studied, in an effort to avoid the difficulties presented by some patients for classification in the early stages of the disease.

INTRODUCCION

La lepra es una enfermedad infecto-contagiosa crónica producida por el *Micobacterium leprae*, con manifestaciones, variables que representa un amplio espectro clínico-histológico e inmunológico.

Para 1980 la O.M.S. registró un gran total de casos de lepra en el mundo de 11.286.000. La O.M.S. estima que a este número de casos conocidos, habría que agregar valores que van de 1,75 a 0,50 pacientes sin diagnóstico por cada uno conocido.

En América, las cifras más altas corresponden a Brasil, Colombia y Venezuela.

El mayor número de casos en Venezuela, se encuentra en los estados Apure, Trujillo, Barinas, Táchira y Mérida.

En el Distrito Federal el número de enfermos registrados en cifras absolutas es el más elevado (3.167 enfermos),

pero la mayoría de éstos son del interior del país que radican en áreas marginales de Caracas y del Distrito Sucre del Estado Miranda.

La lepra es considerada como un problema de salud pública y por lo tanto es importante:

- 1° Su diagnóstico precoz.
- 2° Tratamiento adecuado de los pacientes para reducir las fuentes de contagio a un nivel mínimo de diseminación.
- 3° Vigilancia y protección de los contactos.

En la lepra el objeto de la clasificación es encontrar una nomenclatura que sirva para reconocer las diversas formas de la enfermedad y proporcione una idea sobre su diagnóstico, evolución y pronóstico.

Las manifestaciones clínicas e histológicas tan variables en lepra, indudablemente reflejan la naturaleza de la res-

puesta inmunológica del individuo frente al *M. leprae* y no la presencia de un microorganismo' altamente adaptable o mutable.

Los mecanismos de la inmunidad mediada por células son los responsables de la resistencia del huésped frente a la infección por *M. leprae*. Es por esto que se hace necesaria una clasificación para ubicar al paciente en la escala de la inmunidad medida por células, que incluya todo el espectro para que cada caso en particular pueda colocarse de acuerdo con el nivel inmunológico y así lograr hacer una correlación significativa con el pronóstico y la conducta a seguir.

En este trabajo se expondrá de una manera sencilla y esquemática la clasificación de la lepra según el grado de resistencia del huésped ante el *M. lepras*.

Espero que este aporte sirva para orientar a los médicos y al personal de

poca experiencia en lepra sobre el espectro de esta enfermedad.

Los primeros intentos de clasificación de la lepra se basaron sólo en aspectos clínicos de la enfermedad.

En los últimos años, con los conocimientos de Biología celular, Morfología, Histoquímica y especialmente de

Inmunología, se ha podido establecer con mejor criterio las características de las formas polares de lepra (TT-LL) y de sus formas intermedias (BT-BB-BL), tomando muy en cuenta la correlación de los aspectos clínicos, histológicos e inmunológicos.

En este contexto, la clasificación de Madrid (Cuadro NQ 1), aprobada en el

VI Congreso Internacional de la Lepra, realizado en esa ciudad en el año de 1953 y las modificaciones introducidas por Ridley y Jopling para el grupo Borderline en 1962, ha permitido correlacionar más acertadamente los hallazgos clínicos, bacteriológicos, histopatológicos e inmunológicos lográndose de esta forma clasificar formas complejas de la enfermedad.

CUADRO Nº 1
CLASIFICACION DE LA LEPR
(Congreso Internacional de Madrid, 1953)

<u>Tipos</u>	<u>Clínica</u>	<u>Inmunología</u> (R. de Mitsuda)	<u>Bacteriología</u>	<u>Histopatología</u>	<u>Evolución</u>	<u>Pronóstico</u>
L. L.	Lesiones múltiples, difusas. Reacción L.	0	+++	Granuloma Lepromatoso	Progresiva	Malo
L. T.	Lesiones escasas, limitadas. Reacción T.	+++	0	Granuloma Tuberculoide	Regresiva	Bueno
<u>GRUPOS</u>						
L. I.	Varias lesiones	Oo+		Inflamación inespecífica	Evolutiva hacia LL.	Malo
	Lesión única o escasas	+o++	0	Inflamación in específica	Evolutiva hacia L.T.	Bueno
L. D.	Lesiones mixtas L.L. - L.T. Reacción D.	00+	+++	Granuloma Dimorfo	Variable	Variable

La Lepra Lepromatosa y Tuberculoide consideradas como tipos de lepra, comprenden los pacientes estables en sus características clínicas, bacteriológicas, inmunológicas e histopatológicas.

El grupo Borderline (BT-BB-BL) comprende los pacientes con inestabilidad o variabilidad de las características señaladas. Esta inestabilidad puede hacer a los enfermos de este grupo susceptibles de cambios en sus características.

moviéndose por lo general hacia uno de los tipos.

En 1962, Ridley y Jopling (Cuadro No a los enfermos de este grupo susceptibles de cambios en sus características, (Lepra Dimorfa de la clasificación) en

CUADRO Nº 2
CLASIFICACION DE LA LEPR
(Ridley y Jopling, 1962)

Clasificación General	Categorías Modificadas	CARACTERÍSTICAS		
		Clínica e Histológica	B. H.	Lepromina
Tuberculoide	Tuberculoide TT	T completo	0	2-3+
	Borderline Tuberculoide (BT)	Próximo a T	0	2-3+
Borderline (Dimorfo)	Borderline Borderline (BB)	Borderline	2,5+	0
Lepromatoso	Borderline Lepromatoso (BL)	Próximo a L	4,5+	0
	Lepromatoso LL	L completa	5,6+	0
Indeterminada	Indeterminada	No clasificable en TT-LL	0-1+	0-11+

B1 BB y BT. Esta modificación, sin duda, nos ayuda sustancialmente a la comprensión del espectro clínico observado en esta enfermedad. Los autores creyeron conveniente puntualizar y precisar las formas intermedias buscando un mejor entendimiento de criterios especialmente para el acoplamiento de los trabajos de investigación y encontrar una unificación de criterios para la ubicación de los pacientes.

Se reconoce que la base esencial de la clasificación Tuberculoide-Leproamata es la resistencia del paciente a la infección.

Desde este punto de vista la clasificación de la lepra debe ser definida en grados de resistencia del huésped ante el *Micobacterium lepras*.

La resistencia no puede ser estrictamente observada o medida, pero puede ser estimada indirectamente por:

- 1° La reacción de Mitsuda: Es un test inmunológico que indica la resistencia del huésped.
- 2° La estabilidad inmunológica del paciente antes y después del tratamiento.

Es ampliamente conocido que el tratamiento bien llevado provoca un descenso del índice bacteriológico y morfológico, pero generalmente, no revierte las pruebas inmunológicas en un paciente sin respuesta a ellas.

En definitiva, se establece la designación TT-LL para los tipos polares y BT-BB-BL para los grupos intermedios. (Cuadro NQ 3)

El grupo indeterminado quedaría para el comienzo de la enfermedad con lesiones que no han desarrollado las características de los grupos anteriores.

La Lepra Indeterminada tiene una situación cronológicamente pre-polar y es muy importante su diagnóstico precoz en las campañas dinámicas de la medicina preventiva.

Dada la movilidad de los grupos, una descripción clínica-histopatológica estricta es difícil por lo variado de las manifestaciones cutáneas y estructurales. Por esta causa, los clínicos y patólogos que trabajan en lepra, tratan cada día más de unificar las diferentes características clínicas-histológicas de estos grupos. Este trabajo se hace difícil debido a que en numerosas oportunidades, las características clínicas se superponen (Cuadro N° 4).

En estos casos la correlación clínica-histopatológica con presencia o no de células encargadas de mecanismos de inmunidad celular, tales como linfocitos y diferenciación epiteloide de los macrófagos, serían las que en definitiva podrían ayudar a una clasificación más o menos acertada. (Cuadro N° 5).

La biopsia tomada a nivel de las lesiones, utilizando coloración de Hematoxilina-Eosina (H y E), para estudio del Tejido y Fite-Faraco para estudio bacteriológico, nos demuestra que en la lepra lepromatosa (LL), las lesiones histológicas son bastante características y habitualmente permiten un diagnóstico. Las características del granuloma lepromatoso son: atrofia de la epidermis, presencia generalmente de

una banda conjuntiva subepidérmica respetada por el infiltrado dérmico (Banda de Unna), denso y difuso infiltrado por células histiocitarias vacuolizadas con aspecto esponjoso (célula de Virchow), presencia de numerosos bacilos de Hansen, cuando la preparación se tiñe por Fite-Faraco, y abundante material lipídico en preparaciones congeladas que se tiñen con el Sudan III ó IV.

Este granuloma no debe ser confundido con las lesiones observadas en la leishmaniasis difusa anérgica (ausencia de grasa y presencia de numerosas leishmanias), en el xantoma tuberoso, mioblastoma de células granulares, hibernoma maligno, etc., lesiones que presentan todas células vacuoladas.

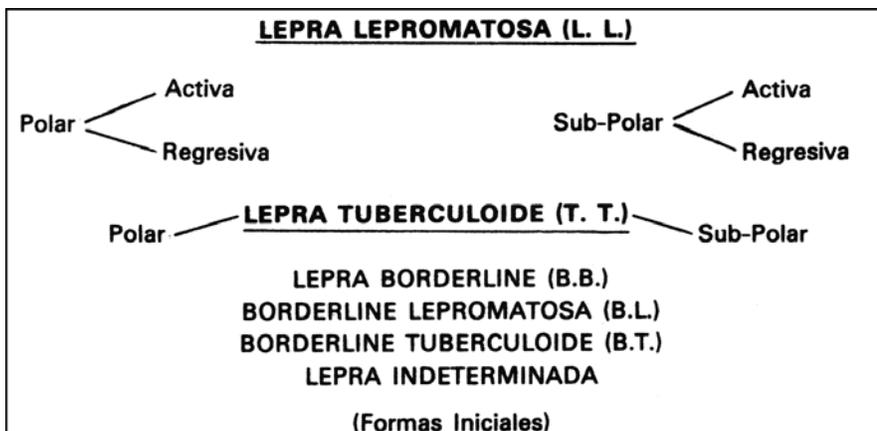
El granuloma tuberculoide se caracteriza por reacción variable de la epidermis, habitualmente atrofia, presencia de conglomerado de células epitelioides acompañadas o no de células gigantes de tipo Langhans y corona de linfocitos; estas agrupaciones pueden estar aisladas y/o adyacentes o disociando un nervio, un glomérulo sudoríparo o un músculo pilo-erector; siendo estas localizaciones de importancia diagnóstica, especialmente la localización neural. Pueden tener escasos bacilos o no tenerlos generalmente. Esta estructura no debe ser confundida con otras enfermedades que pueden ofrecer lesiones histológicas similares que pueden originar dudas en el diagnóstico tales como: leishmaniasis tegumentaria americana, lusa segundoterciaría o terciaria, tuberculosis, micosis profunda, granuloma de cuerpo extraño, sarcoidosis, etc.

En el granuloma tuberculoide, sólo la correlación clínica, patológica nos permite un diagnóstico acertado.

El cuadro histológico de lepra indeterminada no es específico y en ella más que en ninguna otra el razonamiento epidemiológico y clínico tienen una importancia capital en el diagnóstico. Es de vital ayuda la minuciosidad del patólogo para la búsqueda en cortes seriados de bacilos en nervios o en músculo pilo-erector.

La histología de la lepra dimorfa por detalles ya señalados, no ofrece mayores dificultades de diagnóstico: presen-

**CUADRO N° 3
CLASIFICACION DEFINITIVA**



ta lesiones de granuloma lepromatoso y de granuloma tuberculoide y los bacilos están habitualmente en número importante pero distribuidos irregularmente en el granuloma.

Para finalizar, recalamos que considerar un solo elemento para diagnosticar

lepra nos llevaría a clasificaciones erróneas.

Clasificar un paciente con lepra no es un mero hecho de preciosismo clínico, es lo que éste realmente implica sobre el pronóstico y la conducta a seguir con el paciente.

Esta consideración la hacemos con base a la dificultad que algunos pacientes presentan para su clasificación, al menos en las primeras etapas de su observación en el estudio de los pacientes examinados en la consulta de Hansen en el curso de nuestra experiencia en el Instituto de Biomedicina.

**CUADRO Nº 4
CLASIFICACION DE LA LEPRO A TRAVES DE LA CORRELACION CLINICA, HISTOLOGICA
E INMUNOLOGICA**

FORMA	INMUNIDAD CELULAR	MITSUDA	BACTERIOLOGIA	HISTOPATOLOGIA	MANIFESTACIONES CLINICAS
LL	Nula	Negativo	Positiva 5 - 6 +	Hay banda de Unna. Presencia de un denso y difuso infiltrado macrofágico vacuolado en variable grado de vacuolización hasta típica célula de Virchow. Nervios reconocibles BH=5-6 +.	Pueden estar presentes los 4 tipos de lesiones difusas bilaterales y simétricas, infiltración de la cara y las orejas. Maderosis, lesiones mucosas frecuentes.
BL	Nula	Generalmente Negativo	Positiva 4 - 5 +	Banda de Unna. Granuloma macrofágico, pueden haber células espumosas y se diferencia del LL por la presencia de linfocitos. Nervios reconocibles. BH= 4-5 +.	Parecido al LL, máculas, placas, pápulas y nódulos en menor número, esimétricas, algunas placas de apariencia bordeline. Ataque nervioso presente.
BB (zona intermedia)	Reducida	Negativo generalmente o débilmente positiva	Positiva 1 - 3 +	Células epitelioides difusamente esparcidas en el granuloma sin células gigantes, linfocitos pueden o no estar presentes distribuidos irregularmente. Nervios reconocibles. BH= 3-4 +.	Lesiones intermedias en número y tamaño entre LL y LT, moderadamente anestésicas, algunas clásicas lesiones bordeline: centro claro, rodeado de infiltración variable, de contorno interno bien limitado y externo difuso.
BT	Buena	Positivo con variable intensidad	2 + 0 Negativa	Muy parecido al LT, pero puede haber zona clara sub-epidérmica no limitada, si los nervios se reconocen están edematizados. BH=Granuloma: 0-2+. Nervios: 1-3+	Máculas o placas que recuerdan la IT, anestésicas, pero más numerosas, borde menos precisos. Nervios periféricos afectados, pueden haber lesiones satélites.
LT	Optima	Positivo (+ de 5 mm)	Negativa	Foco de células epitelioides bien desarrolladas con o sin células gigantes de Langhans, acompañada por una densa infiltración linfoide. Nervios raramente reconocibles. No hay bacilos.	Máculas o placas únicas o pocas de borde bien definido (generalmente micropapuloide), muchas veces de centro regresivo, anestésicas.
LI	Buena (60 - 70%)	Positivo Débil (60 - 70%) Negativo (20 - 30%)	Negativa (60 - 70 %) Positiva Débil (20 - 30%)	Infiltrado celular linfo-histiocitario perivascular, perianexial y porinervioso. Bacilos ausentes o escasos, predominantemente en los nervios.	Una o varias manchas hipocrómicas de bordes difusos, localización variable, generalmente anestésicas. Histamino reacción: Anormal. La aparición del eritema en la mancha podría conllevar a la transformación hacia formas más definidas de la enfermedad.

**CUADRO Nº 5
CLASIFICACION HISTOLOGICA DE RIDLEY (1974)**

	TT, TTS	BT	BB	BL	LLs	LLp
Células Epitelioides	++/++	++	++	+/-	--	-
Células gigantes no vacuolada	++/-	+/-	--	--	--	-
Macrofagos voacuolados	--	--	--	++	++	++
Vesículas pequeñas	--	--	--	++/-	++	++/
Células gigantes vacuoladas	--	--	--	--	++	+/
Vacuolas gigantes	--	--	--	--	+	++/
Linfocitos	++/+	++/+	+	++/+	++	++
Bacilos en el granuloma	0/1	0/2 1/2	3/4 1/2	4/5 1/2	5-6 1/2	5 1/2-6 1/2

CASO Nº 1: A.R.

Edad: 26 años

Sexo: Masculino

Lugar de nacimiento: Edo. Falcón

Fecha de Diagnóstico: Sept. 1984

Evolución de su enfermedad: 10 años

Examen clínico inicial:

Sobre infiltrado leve, eritemato-pigmentado, siembra de nódulos de diferentes tamaños que van desde 4 cms. a 3 mms, eritemato violáceos; algunos pediculados, otros confluentes, formando placas verrugosas principalmente en cara posterior de ambas muñecas. Las lesiones nodulares deforman alas de la nariz y pabellones auriculares. Hay infiltración eritematosa de los párpados y se observan lesiones nodulares en paladar duro y orofaringe. Mucosa nasal eritematosa y edematizada. Deformidad en flexión de ambos meñiques.

Frotis de piel para BAAR.

Oreja izquierda: 6+. Oreja derecha: 3+. Codo izquierdo: 2+. Codo derecho: 2+. Rodilla derecha: 3+. Pruebas Intradérmicas: Negativas.

Tratamiento:

Rifampicina, Clofazimina, Sulfa oral. Evolución clínica: no hay modificaciones de su cuadro clínico.

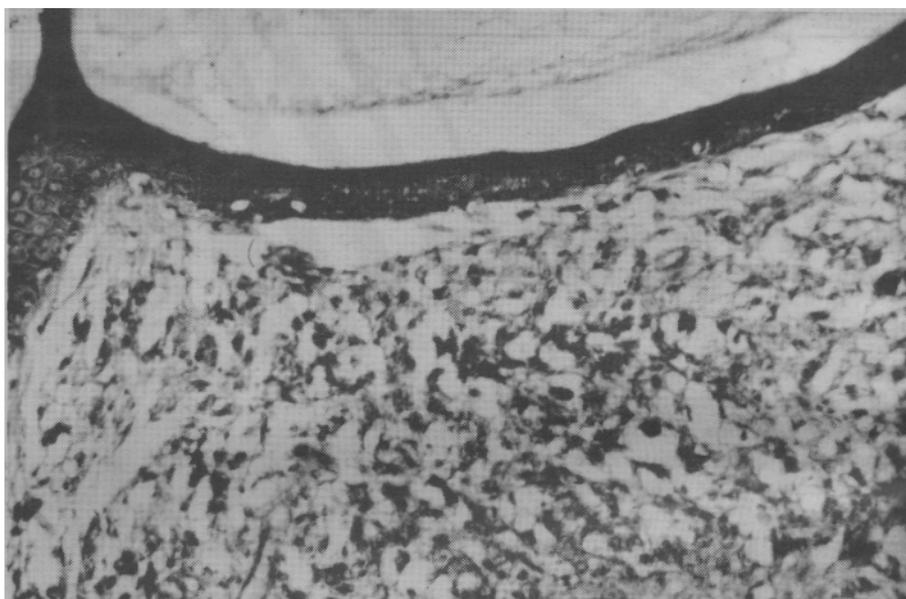
Histopatología:

Biopsia Nº: 22844: Granuloma macrofágico denso y difuso, la mayoría de estas células son espumosas. F.F. BAAR:

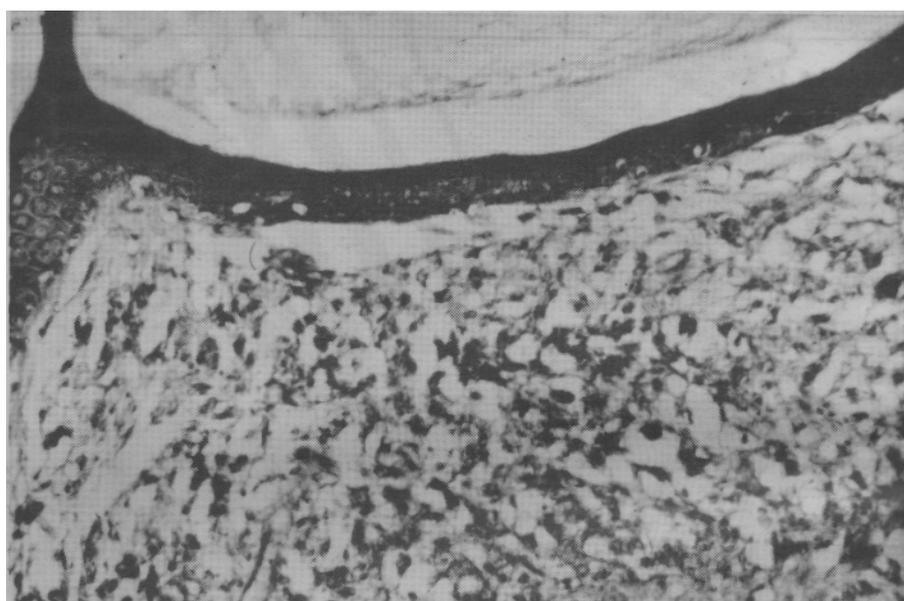
6+. Bacilos intracelulares y extracelulares (numerosos globis). Diagnóstico: L.L. Nódular



Caso Nº 1. DX. LL Siembra de nódulos de diferentes tamaños eritemato-violáceos.



Caso N° 1. Histopatología: H.E.
 Denso y difuso infiltrado
 macrofágico vacuolado.



Caso N° 1.
 Histopatología: F.F.
 Abundantes bacilos ácido
 alcohol-resistentes.
 FF= 5 +.

CASO N° 2. J.A.V.

Edad: 29 años

Sexo: Masculino

Lugar de nacimiento: Edo. Trujillo

Fecha de diagnóstico: 27-07-84.

Evolución de su enfermedad: 8 meses.

Examen clínico inicial:

Nódulos y micronódulos en ambos pabellones auriculares con deformidad de hélix y lóbulos de las orejas. Sobre fondo eritemato pigmentado siembra de micronódulos aislados, algunos discre-

tamente eritematopigmentados, otros color de la piel, de superficie rugosa localizados en mejillas, frente, tórax anterior y posterior. Pápulas y micropápulas eritematosas en borde interno de ambos pies, en número variable, con tendencia a confluir. Máculas hipercrómicas difusas en tórax antero posterior y ambos brazos, de configuración arciforme.

Trastornos de sensibilidad:

Hipoestesia térmica en 1/3 distal de pierna izquierda y en pie derecho.

Frotis de piel para BAAR.

OD: 3+; OI: 4+; Codo Derecho: 4+;
 Codo Izquierdo: 4+; Rodilla Derecha:
 5+; Rodilla Izquierda: 5+.

Pruebas Intradérmicas:

	Lectura 48 horas
Antígeno soluble:	Negativo
Mitsuda 160X10 ⁶	6mm
	Lectura 1 mes.
Antígeno soluble:	--
Mitsuda 160X10 ⁶	Negativo

Tratamiento

Sulfona oral, Clofazimina y Rifampicina.

Evolución Clínica:

Al mes de tratamiento presenta cuadro de ENL con buena respuesta a la Talidomida. El 2-2-85 presenta fenómeno reaccional caracterizado por placas eritematosas infiltradas, arciformes en cara, tronco anterior y posterior y miembros superiores. Se omite Sulfona. Recibe Rifampicina diario y Clofazimina.

Histopatología:

Biopsia N° 22092 (1): Micronódulo de tórax anterior. HyE: Banda sub-basal. Granuloma macrofágica vacuolado con escasas células linfoides ocupando áreas de variable extensión. Grupos celulares formados por macrófagos vacuolados y no vacuolados. Nervios lesionados. F.F.: BH 5 a 6+ (0% de formas sólidas). Bacilos en nervios, músculo pilo-erector.

Biopsia N° 22092 (2): Mácula hiper-crómica en cara externa de brazo derecho. H y E: Granuloma focal formado por macrófagos vacuolados y no vacuolados con escasas células linfoides. Nervios lesionados. F.F.: BH 5+ (0% de formas sólidas). Bacilos en músculo pilo-erector y epitelio folicular.

Diagnóstico:

B.L.- L.L.

CASO 3. M.P.L.

Edad: 53 años.

Sexo: Masculino.

Lugar de nacimiento: Edo. Aragua.

Fecha de diagnóstico: 17-01-85.

Evolución de su enfermedad: 1 1/2 años.

Examen clínico inicial:

Infiltrado en frente, pómulos y pabellones auriculares. Placas eritematosas de diferentes tamaños, algunas confluentes situadas en tronco anterior y posterior en extremidades. Además presenta 3 máculas hipocrómicas de bordes infiltrados situadas en glúteos. Cubitales engrosados y sensibles.

Trastornos de sensibilidad:

Anestesia térmica en mano derecha y en 49 y 59 dedo de mano izquierda. Anestesia térmica en ambos pies.

Frotis de piel para BAAR:

Oreja derecha: 4+; Oreja izquierda: 4+; Codo derecho: 3+; Codo izquier-

do: 4+; Rodilla derecha: 2+; Rodilla izquierda: 3+.

Pruebas Intradérmicas:

Antígeno soluble:
Mitsuda 160X10⁶

Lectura 48 horas.
en proceso
en proceso

Antígeno soluble:
Mitsuda 160X10⁶

Lectura 1 mes.
en proceso
en proceso

Tratamiento:

Sulfonas, Clofazimina, Rifampicina.

Evolución Clínica:

No hay modificaciones de su cuadro inicial.

Histopatología:

Biopsia N° 23036 (placa de tórax posterior). H y E: Atrofia epitelial. Esbozo de banda sub-basal. Granuloma macrofágico variablemente vacuolado invadido por discreto a moderado número de células linfoides y ocupando áreas de variable extensión en todo el espesor de la dermis. F.F.: BH 5+ (0% de formas sólidas). Bacilos granulares en el interior de los nervios.

Diagnóstico:

B.L.

CASO NQ 4. F.A.H.

Edad: 40 años.

Sexo: Masculino.

Lugar de nacimiento: Edo. Miranda.

Fecha de diagnóstico: 30-01-85.

Evolución de su enfermedad: 2 meses.

Examen clínico inicial:

Infiltración eritematosa de frente, mejillas, nariz, mentón y pabellones auriculares. Alopecia de cola de las cejas. Múltiples nódulos eritematosos, de aspecto suculento, distribuidos en toda la superficie corporal. Placas eritematosas descamativas, de diferentes tamaños, distribuidas en todo el cuerpo. Edema importante de ambas manos, hipotrofia de eminencia tenar, bilateral. Deformación post-traumática de antebrazo izquierdo.

Trastornos de sensibilidad:

Anestesia en guantes y botas.

Frotis de piel para BAAR:

Oreja derecha: 1 +; Oreja izquierda: 2+; Codo derecho: negativo; Codo iz-

quierdo: negativo; Rodilla derecha: 1+; Rodilla izquierda: 1+.

Pruebas Intradérmicas:

Lectura 48 horas.

Lectura 1 mes.

Antígeno soluble: No se pudo precisar Mitsuda 160X10⁶ la lectura

Tratamiento:

Clofazimina 3 veces por semana, Rifampicina mensual. Kenacort con disminución progresiva.

Evolución Clínica:

Para el 6 de febrero de 1985 hay desinfiltración importante de sus lesiones y disminución del edema de manos.

Histopatología:

Biopsia N° 8650 (nódulo de abdomen). H y E: Esbozo de banda sub-basal con proliferación e hiperemia de vasos capilares. Granuloma macrofágico con grado variable de diferenciación epitelioide invadido y/o parcialmente rodeado por moderado número de células linfoides, difuso y ocupando áreas de variable extensión en todo el espesor de la dermis. Nervios y anexos lesionados. Escasas células gigantes. F.F.: BH 2 a 3+ (30% de formas sólidas). Bacilos más abundantes en el interior de algunos nervios.

Biopsia N° 8651: Placa de abdomen. H y E: Granuloma macrofágico con grado variable de diferenciación epitelioide, invadido y/o parcialmente rodeado por moderado número de células linfoides, ocupando áreas de variable extensión en todo el espesor de la dermis y lesionando nervios y anexos. El granuloma no contacta con la epidermis. F.F.: BH: 2+ (30% de formas sólidas). Bacilos en el interior de algunos nervios.

Diagnósticos:

B.B.

CASO N° 5. L.B..

Edad: 25 años. Sexo: Femenino.

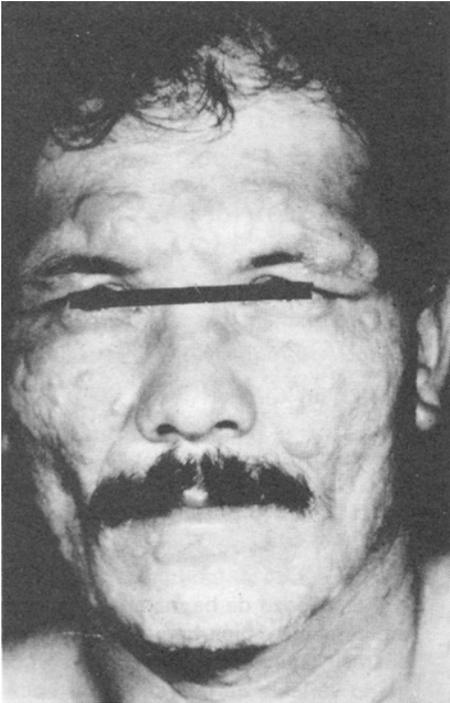
Lugar de nacimiento: Edo. Guárico.

Fecha de diagnóstico: 20-03-84.

Evolución de su enfermedad: 3 años.

Examen Clínico inicial:

Mácula discretamente eritemato-hipocrómica situada en 1/3 inferior de



Caso N° 4. Dx.: BB. Nódulos eritematosos de aspecto suculto.



Histopatología: H. y 3.
Esbozo de banda sub-basal,
granuloma macrofágico con variable
grado de diferenciación epitelioides
invadido y/o rodeado por células
linfoides. Escasas células gigantes



Caso N° 4. Dx.: BB.
Placas infiltradas, eritemato-ocres,
descamativas.

pierna derecha hacia borde medial del pie. Histamino -Reacción anormal.

Trastornos de sensibilidad:

Anestesia táctil, térmica y dolorosa en la mancha.

Frotis de piel para BAAR.

Negativo en 6 frotis.

Pruebas Intradérmicas:

	Lectura 48 horas.
Antígeno soluble:	21 mm
Mitsuda 160X10 ⁶	30 mm
Lectura 1 mes	
Antígeno soluble:	---
Mitsuda 160X10 ⁶	15 mm

Tratamiento

Sulfona oral diariamente. Clofazimina y Rifampicina en régimen mensual.

Evolución Clínica:

A los 3 meses de comenzar tratamiento presenta en mancha inicial, placa eritemato violácea de bordes difusos, con aparición de nuevas placas de aspecto figurado, tamaño variable, de color eritemato-ocre, localizadas en borde medial del pie derecho, borde externo hacia región plantar y 1/3 superior y medio de cara externa de pierna derecha. En agosto de 1984 presenta neuritis del tibia) posterior y ciático popliteo externo de pierna derecha. Se omite Sulfona oral y se indica Clofazimina 3 veces por semana y Rifampicina mensual. En enero de 1985 presenta nuevas placas, pequeñas, eritematoocres de bordes difusos situadas en codo derecho, hipocondrio derecho y dorso de pie izquierdo. Placa eritemato-ocre, descamativa en tabique nasal. Las neuritis descritas persisten. Se reinicia Sulfona en dosis bajas. Resto de tratamiento igual.

Histopatología:

Biopsia N° 21032 (mancha hipocrómica inicial). H y E: Muy discreto infiltrado linfocitario perivascular, periglomerular donde se observa un pequeño grupo de macrófagos con diferenciación epitelioides. F.F.: Negativo. DX.: Sugestivo de L.I.

Biopsia N° 21857: (Nueva lesión en pierna derecha). H y E: Granuloma macrófago focal con diferenciación epitelioides rodeado e invadido por moderado número de células linfocitos, escasas células gigantes. Nervios y anexos lesionados. F.F.: BH 1 + (1 bacilo granular en el interior de un nervio).

Biopsia N° 8674: (Nueva lesión en hipocondrio derecho). H y E: Nódulos epitelioides y tuberculoideos en todo el espesor de la dermis y en tejido adipo-

so peri-glomerular. Edema. Moderada cantidad de células linfocitos. F.F.: Muy escasos gránulos AAR en el interior de un pequeño nervio.

Diagnóstico:

BT ---TT.

CASON° 6.LB.

Edad: 15 años

Sexo: Masculino.

Lugar de nacimiento: Caracas. Fecha

diagnóstico: 11-10-84.

Evolución de su enfermedad: 4 años.

Examen clínico inicial:

Placa anular de 4 cms. de diámetro, de bordes infiltrados y centro atrófico situado en flanco derecho.

Trastornos de sensibilidad:

Anestesia en la placas.

Pruebas Intradérmicas:

	Lectura 40 horas.
Antígeno soluble:	24 mm
Mitsuda 160X10	26 mm
Antígeno soluble:	---

Caso N° 6. Dx.: LT

Placa anular de bordes infiltrados y centro atrófico en región para-umbilical derecha.



Mitsuda 160X10

20 mm
con úlcera
Lectura 1 mes.

Tratamiento:

Triple con Sulfona oral, Clofazimina y Rifampicina.

Evolución Clínica:

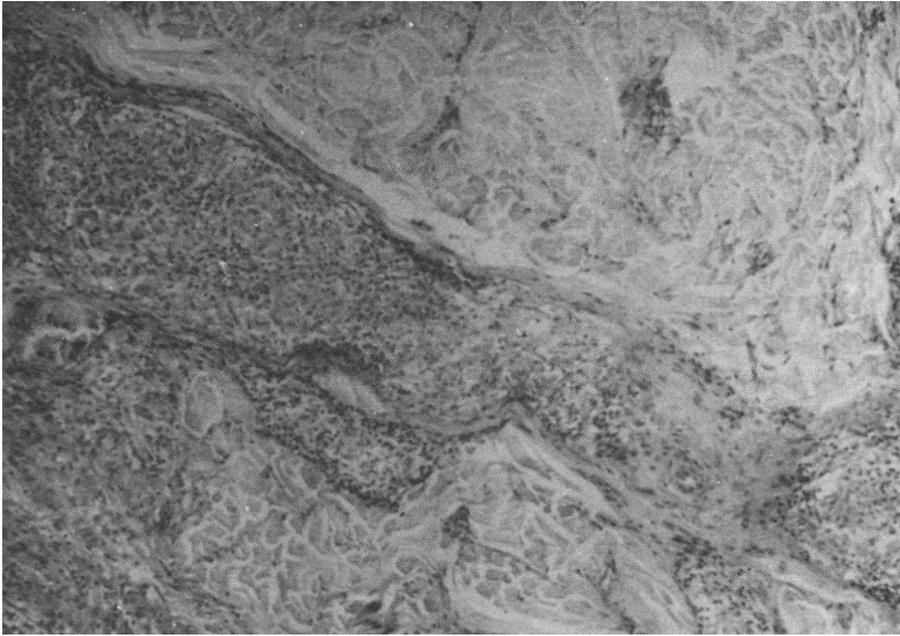
Al mes de comenzar tratamiento presentó disnea, mareos y descenso de la hemoglobina a 3 grs. Se suspendió tratamiento sulfónico. La determinación de Glucosa 6 fosfato deshidrogenasa fue normal. Hubo mejoría de cuadro hematológico con suspensión de sulfona. Recientemente se reinició sulfona a baja dosis.

Histopatología:

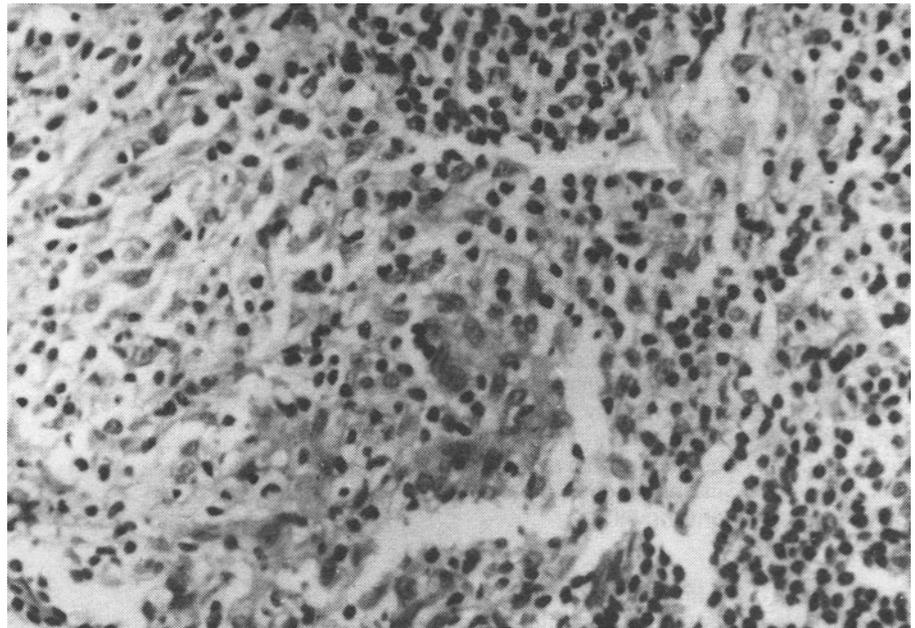
Biopsia N° 22644. (Borde y centro de la lesión). H y E: Granuloma macrófago con diferenciación epitelioides ocupando áreas de variable extensión, invadido y/o rodeado por moderado número de células linfocitos. Escasas células gigantes. Nervios y anexos lesionados. F.F.: BH negativo.

Diagnóstico

L.T.



Caso N° 6. Dx.: LT
Granuloma macrofágico con diferenciación
epitelioide, infiltrado por células linfoides.



Histopatología: H. y E. (40 x)
Se observa la diferenciación
epitelioide con gran infiltrado
por células linfoides

CASO N° 7. R.L.

Edad: 25 años.

Sexo: Femenino.

Lugar de nacimiento: Edo. Sucre.

Fecha de diagnóstico: 25-10-84, en
ocasión de examen de contactos.

Examen clínico inicial:

Piel morena con discromias en tronco y extremidades. Placa hipocrómica ligeramente eritematosa en mejilla derecha. Borde de la placa eritematopigmentado más definido hacia el extremo externo. Histamino reacción, anormal. Otra placa similar pero menos

aparente en mejilla izquierda. Histamino
reacción anormal

Trastornos de sensibilidad:

Hipoestesia térmica en placa de mejilla
derecha.

Frotis de piel para BAAR:

Negativa en 6 frotis.

Pruebas Intradérmicas:

Lectura 48 horas.

Antígeno soluble: Negativo

Mitsuda 160X10⁶

Lectura 1 mes

Antígeno soluble: negativo

Mitsuda 160X 10⁶ negativo

Tratamiento:

Sulfona oral. Clofazimina 3 veces por
semana y Rifampicina mensual.

Evolución Clínica:

En enero de 1985 hay mejoría de lesiones.

Histopatología:

Biopsia N° 22464 (placa de cara). H y E: Infiltrado macrofágico con escasas células linfoides perivascular y perinervioso. Algunos nervios invadidos por infiltrado moderado. F.F.: Bacilos aislados en el interior de nervios y algunas células macrofágicas perivascular.

Diagnóstico:

LI-B L.

CASO N° 8. D.M.

Edad: 7 años.

Sexo: Femenino.

Lugar de nacimiento: Edo. Barinas.

Fecha de diagnóstico: 16-01-85.

Evolución de su enfermedad: 7 meses.

Examen clínico inicial:

Máculas eritemato-hipocrómicas, difusas, localizadas en ambas mejillas. Histamino reacción anormal. Otra mácula hipocrómica, difusa, en antebrazo dere-

cho, histamino reacción anormal. Resto de piel con algunas discromías en región inguinal derecha, glúteos y rodilla derecha.

Trastornos de sensibilidad:

Ausentes.

Bacteriología:

Diferida.

Pruebas Intradérmicas:

Antígeno soluble:	Lectura de 48 horas.
Mitsuda 160X10 ⁶	Negativo
	Negativo
Antígeno soluble	Lectura 1 mes

Mitsuda 160X 10 ⁶	negativo

Tratamiento:

Sulfona, Clofazimina, Rifampicina.

Evolución Clínica:

Sin modificaciones.

Histopatología:

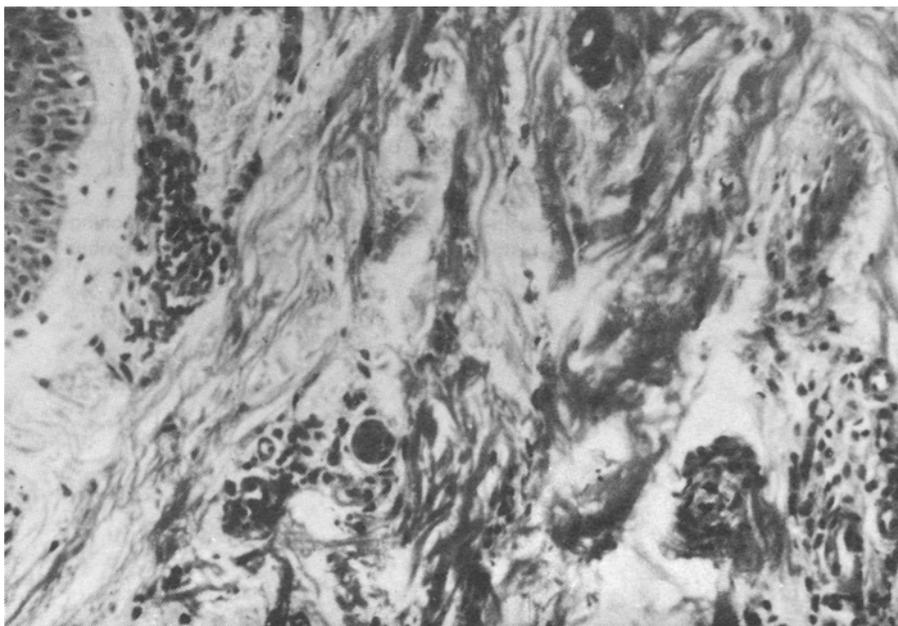
Biopsia N° 23054 (mancha hipocrómica en codo derecho): H y E: Epidermis ligeramente irregular, discreto infiltrado mononuclear linfocitario perivascular. F.F.: BH 2 a 3+ (10% de formas sólidas).

Diagnóstico:

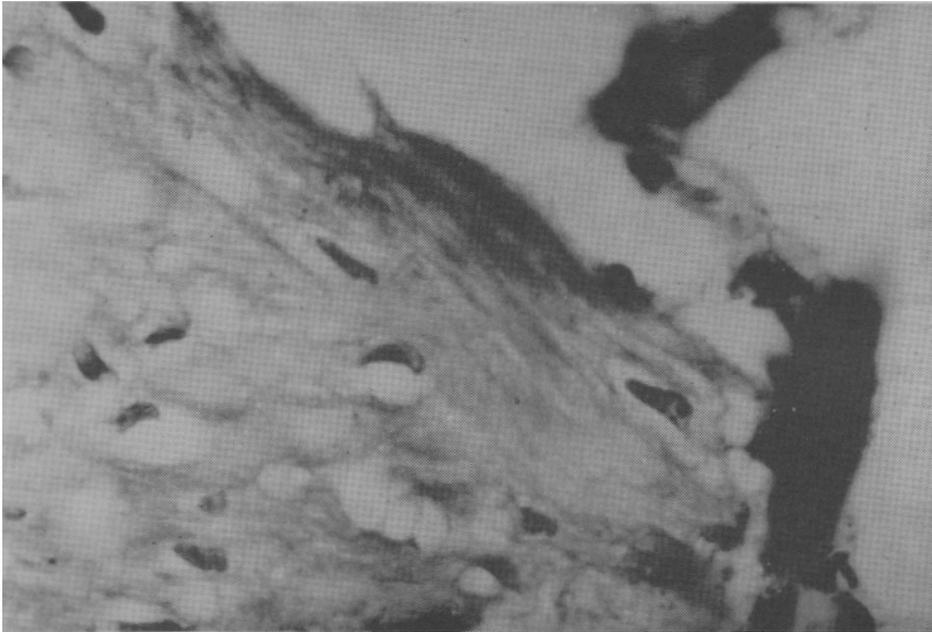
LI-Pre-LL.



Caso N° 8. Dx. LI pre LL
Mancha hipocrómica, tenue, difusa en mejilla.
Histamino-reacción: anormal sin trastornos sensitivos.



Histopatología: H. y H.
Infiltrado mononuclear linfo
histiocitario peri-vascular



Histopatología: F. F.
Bacilos en músculo pilo-erector

BIBLIOGRAFIA

1. Bechelli, L.M., et al.: Estudio comparativo clínico-histológico de las clasificaciones de la lepra de Madrid y de Ridley y Jopling. *Acta.Lepro.* 89, 1-15, 1982.
2. Bernardi, C., et al.: Leprosy classification for use in control programs. *Hansen.Int.* 6: 130-135, 1981.
3. Cochane, R.G., et al.: Leprosy in theory and practice. Williams and Wilkins Company, Baltimore. 1964.
4. Convit, J., et al.: La Lepra. *Derm. Venez.* VI, (1-2), 5-51, 1967.
5. Convit, J., et al.: Lepra en Venezuela. Recientes avances en investigaciones científicas. Trabajo mimeografiado presentado en la X Reunión Anual de la Sociedad Venezolana de Dermatología (2 tomos). Puerto Ordaz, Estado Bolívar, Julio 1974.
6. Convit, J., et al.: Recent advances in the immunology of leprosy. *Int. J. of Dermatology* 15: 157-170, 1976.
7. Desikan, K.V.: Nueva clasificación India de la lepra: Formas clínicas e histológicas. *Revista de Leprología Fontilles.* Vol. XIV, N° 6, 665-670, 1984.
8. Dharmendra, M.B., et al.: Maculo-anesthetic leprosy. Its diagnosis and" classification. *Lepr. Rev.* 33: 106-118, 1962.
9. Gatti, J-E., et al.: Dificultad clínica e histopatológica en el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Hansen. *Lepr.* XXIV: (1), 7-38, 1982.
10. Jopling, W.H.: Handbook of leprosy. Heinemann Medical Books L.T.D., London Price C.I. 20., 1971.
11. Jopling, W.H.: Clinical classification on leprosy. *Quad. Coop. Sant.* 1: 51-57, 1982.
12. Manual de Leprología. Publicado por el Servicio Nacional de Lepra. Brasilia, Brasil, 1960.
13. Monzón, H., et al.: Lepra. Revisión 1984. *Boletín del Departamento de Medicina Preventiva y Social.* XVIII: 344, 41-53, 1984.
14. Pereira, A.C. Jr., et al.: Positioning of Borderline and In determined groups in the hanseniasis classification. *Hansen Int.* 6, 63-70, 1981.
15. Reyes, O.: Histopatología de la Lepra. 1 er. Seminario sobre Histopatología de la Lepra. Caracas, 1972.
16. Reyes, O.: Clasificación de la Lepra. Resumen bibliográfico. *Dermat. Venez.* XXIII: 20, (3-4), 1982.
17. Ridley, D.S., et al.: A classification of leprosy for research. *Lepr. Rev.* 33: 119-128, 1962.
18. Ridley, D.S., et al.: Classification of leprosy according to immunity. A five groups system. *Int. J. Lepr.* 341: 255273, 1966.
19. Ridley, D.S.: Histological classification and the immunological spectrum of leprosy. *Bulletin of the World Health Organization.* 51: 451-465.
20. Ridley, D.S.: The pathogenesis and classification of polar tuberculoide leprosy. *Lepr. Rev.* 53: 19-26, 1982.
21. Sousa del Pino, G., et al.: Evaluación clínica e histológica de 417 casos con el diagnóstico de lepra. *Med. Cut. I.L.A.* XI: (2), 99-106, 1983.