

## CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICAS

# Complicaciones óseas en un paciente con lepra lepromatosa

Z. Martínez de Lagrán<sup>a</sup>, A. Arrieta-Egurrola<sup>b</sup>, R. González-Pérez<sup>a</sup> y R. Soloeta-Arechavala<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Traumatología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria. España.

Sr Director:

La lepra (enfermedad de Hansen) es una entidad infecciosa granulomatosa crónica y lentamente progresiva causada por *Mycobacterium leprae*, que se puede complicar por la aparición de leproreacciones<sup>1</sup>. La piel y los nervios periféricos superficiales son los más frecuentemente afectados<sup>1</sup>.

Aunque su prevalencia global se ha reducido<sup>1</sup>, la lepra sigue considerándose un problema de salud por su capacidad para generar deformidades permanentes. La afectación ósea es uno de los principales factores pronósticos<sup>2</sup> y ocurre en un 15-29%<sup>3</sup> de los pacientes. Se han descrito porcentajes superiores (40-95%<sup>2,4</sup>) en la literatura, en parte atribuibles a que se obtienen de sujetos de leproserías y, por tanto, de casos más seleccionados<sup>5</sup>.

Presentamos el caso de un varón nigeriano de 34 años, diagnosticado en agosto de 2004 de lepra lepromatosa (multibacilar) a raíz del estudio clínico e histológico de múltiples lesiones hipopigmentadas dispersas por el tronco y las extremidades (fig. 1). Posteriormente, el paciente dejó de acudir a las consultas hasta enero de 2006, cuando fue hospitalizado por una leproreacción de tipo II, que se resolvió con la administración de corticoides orales. Durante el ingreso se detectó la existencia de una neuropatía sensitivo-motora de los nervios cubital, mediano y ciático poplíteo externo y zonas de daño óseo (acro-osteólisis y geodas) en las falanges distales de varios dedos de las manos. En este momento se inició el tratamiento específico con MDT-MB (rifampicina, daprona, clofazimina) y también con vitamina D, calcio oral y calcitonina intramuscular diariamente, con el objetivo de frenar la afectación ósea.

Tras el alta hospitalaria el paciente se mantuvo bien controlado hasta junio de 2008, cuando acudió de forma urgente a la consulta, refiriendo que desde hacía varios días el pie derecho se había hinchado y tenía fiebre de hasta 38°C. A la exploración se observaba un importante edema en el dorso del pie, sin crepitación a la palpación. Los pulsos periféricos estaban conservados, pero el tercer dedo presentaba una coloración violáceo-negrucza y en la planta, al nivel de la cabeza del tercer metatarsiano, existía una úlcera de aspecto sucio y exudativa. Se solicitó una radiografía del pie que mostró signos de osteomielitis y luxación de la articulación metatarsofalángica del tercer dedo (fig. 2). Ante estos hallazgos el Servicio de Traumatología consideró necesaria la amputación completa de este dedo (metatarsiano y falanges), junto al inicio de tratamiento

antibiótico sistémico ajustado según el resultado del cultivo óseo (positivo para *Escherichia coli* y *Klebsiella* sp.). El estudio histológico del fragmento amputado mostró signos de osteomielitis, pero sin granulomas ni *M. Leprae* en la tinción de Ziehl-Neelsen. La evolución del paciente ha sido muy satisfactoria, y la utilización de un sistema de vacío-aspiración (VAC) ha logrado el cierre completo de la zona amputada por segunda intención (fig. 3).



**Figura 1.** Múltiples lesiones hipopigmentadas, no descamativas, levemente infiltradas, de entre 1-3 cm de diámetro, dispersas por el tronco y confluyentes en algunas zonas.



**Figura 2.** Necrosis parcial de la cabeza del tercer metatarsiano y de la base de la falange proximal de dicho dedo, que provoca una luxación completa de la articulación metatarsofalángica. También existe subluxación en las articulaciones del cuarto y del quinto dedo.



**Figura 3.** Aspecto de la zona amputada un mes después de la intervención. Se observa la presencia de tejido de granulación en el fondo y en los bordes de la lesión.

Las lesiones óseas hansenianas afectan principalmente a las manos y los pies, y en casos más avanzados, los huesos craneales o axiales<sup>4,5</sup>. Pueden dividirse en específicas, no específicas y osteoporosis<sup>4,6</sup>.

Los cambios específicos son consecuencia directa de la invasión ósea por *M. leprae*<sup>2,4,5</sup>. Aparecen en enfermos bacteriológicamente activos<sup>2</sup> y se manifiestan principalmente en forma de geodas/quistes óseos<sup>2,4-6</sup>.

Los cambios inespecíficos son mucho más frecuentes (aproximadamente el doble) que los específicos<sup>2,4,6,7</sup>. Se dividen en dos grandes grupos, que pueden coexistir<sup>2,4</sup>:

1. Lesiones neurotróficas. Representan el grupo más numeroso de anomalías óseas hansenianas. Son debidas al daño neurológico característico de la enfermedad, que provoca hipo-anestesia, y que de forma secundaria produce alteraciones metabólicas y en el sistema nervioso vegetativo, y una vascularización deficiente, favoreciendo la aparición de úlceras tróficas y de traumatismos repetidos<sup>2,4,5,8</sup>.
2. Lesiones debidas a sobreinfección secundaria<sup>2,4</sup>.

Lo más frecuente es que cursen como acro-osteólisis o reabsorciones óseas<sup>2,4,6,7</sup> en las falanges distales de las manos y los pies. Otras posibles manifestaciones clínicas son: osteomielitis agudas y crónicas, subluxaciones o fracturas espontáneas<sup>2,4,6,7</sup>.

Por último, la osteoporosis es la segunda manifestación en frecuencia tras los cambios inespecíficos. Puede ser consecuencia de traumatismos repetidos y/o un recambio óseo acelerado en la proximidad de una lesión activa<sup>6</sup>. El hipogonadismo y la atrofia testicular debidos a la infiltración por *M. leprae* también pueden estar implicados<sup>9</sup>.

La afectación ósea hanseniana puede progresar incluso varios años después de haber finalizado el tratamiento es-

pecífico de la enfermedad<sup>1,2,10,11</sup>, por lo que éste es necesario, pero no suficiente para lograr la curación de las lesiones óseas. Lo fundamental es el diagnóstico y tratamiento precoces de las posibles complicaciones, para lo que es preciso realizar una exploración física y radiológica completa, tanto en el momento del diagnóstico como en las revisiones periódicas<sup>11</sup>. Se ha descrito la posible utilidad de la administración de calcio, vitamina D y bifosfonatos<sup>9</sup>, pero con resultados discutidos. En nuestro caso, y ante la ausencia de otras alternativas terapéuticas válidas, hemos decidido emplear estos tratamientos.

Asimismo, se debe instruir a los pacientes para que examinen periódicamente sus manos y pies en busca de cualquier pequeña herida y para que tomen precauciones en el ámbito domiciliario y laboral. En nuestro caso el cuadro coincidió con el inicio de un trabajo en la construcción, que probablemente provocó traumatismos repetidos (favorecidos por la alteración sensitiva en la zona) que condujeron a la aparición de la úlcera plantar, que a su vez fue el desencadenante en la formación de la celulitis y la osteomielitis.

---

Correspondencia:  
Zuriñe Martínez de Lagrán.  
Servicio de Dermatología. Hospital Santiago Apóstol.  
Calle Olaguibel, 29. C.P.: 01004.  
Vitoria. España.  
Teléfono: 945 00 77 45.  
Fax: 945 00 79 01.  
ZURINE.MARTINEZDELAGRANALVAREZDEARCAYA@osakidetza.net

### Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Moschella SL. An update of the diagnosis and treatment of leprosy. *J Am Acad Dermatol.* 2004;51:417-26.
2. Gómez-Echevarría JR, Gimeno-Ochoa V, Díez-Orive MO. Manifestaciones radiológicas en enfermos de lepra inactivos clínica y bacteriológicamente hace más de 10 años. *Revista de Leprología-Fontilles.* 1999;22:241-55.
3. Faget GH, Mayoral A. Bone changes in leprosy, a clinical and roentgenological study of 505 cases. *Radiology.* 1944;42:1-13.
4. Terencio de Las Aguas J. Lesiones osteo-articulares en la lepra. *Fontilles.* 1997;21:195-219.
5. Carayon A, Languillon J. Lésions ostéo-articulaires dans la lèpre (expérience 1960-1982). *Acta Leprol.* 1985;3:133-53.
6. Chhabriya BD, Sharma NC, Bansal NK, Agrawal GR. Bone changes in leprosy. A study of 50 cases. *Ind J Leprosy.* 1985; 57:632-9.
7. Thappa DM, Sharma VK, Kaur S, Suri S. Radiological changes in hands and feet in disabled leprosy patients: a clinico-radiological correlation. *Indian J Lepr.* 1992;64:58-66.

8. Terencio de las Aguas J, Castilla Pretiñes R. Lesiones osteo-articulares neurotróficas en la lepra. *Fontilles*. 1977;11:287-97.
9. Kanaji A, Higashi M, Namisato M, Nishio M, Ando K, Yamada H. Effects of risedronate on lumbar bone mineral density, bone resorption, and incidence of vertebral fracture in elderly male patients with leprosy. *Lepr Rev*. 2006;77:147-53.
10. Illarramendi X, Carregal E, Nery JA, Sarno EN. Progression of acral bone resorption in multibacillary leprosy. *Acta Leprol*. 2001;12:29-37.
11. Carpintero P, Logroño C, Carreto A, Carrascal A, Lluch C. Progression of bone lesions in cured leprosy patients. *Acta Leprol*. 1998;11:21-4.

## Un tumor de colisión. Una asociación tumoral desenmascarada por la dermatoscopia

I. Fernández-Canedo<sup>a</sup>, N. Blázquez<sup>a</sup>, M. de Troya<sup>a</sup> y T. Pérez-Salguero<sup>b</sup>

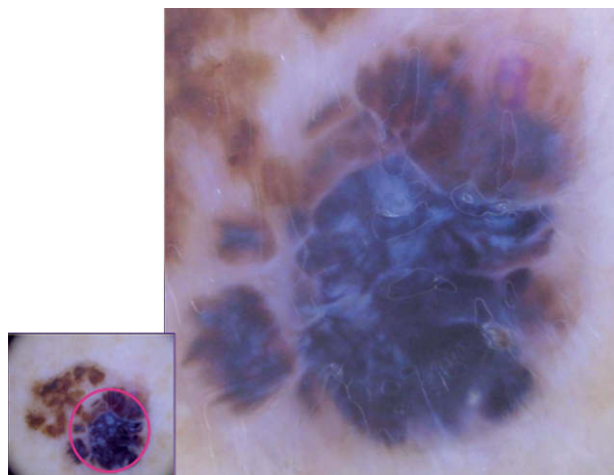
<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

*Sr. Director:*

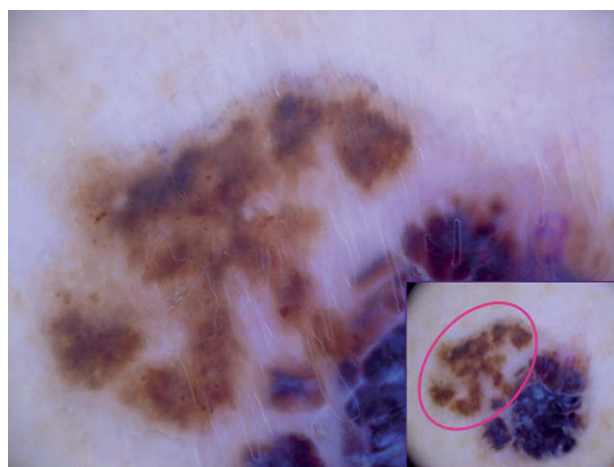
La combinación témporo-espacial de varios tipos de tumores se conoce como tumores de colisión o tumores compuestos. Aunque la mayoría carecen de importancia clínica, en ocasiones pueden ser relevantes, ya que combinan una lesión benigna con un tumor maligno. El diagnóstico clínico en estos casos suele ser extremadamente difícil, sobre todo si una de las lesiones es pigmentada. La dermatoscopia es un método de diagnóstico no invasivo, que permite evaluar estructuras morfológicas no visibles al ojo humano, ayudándonos a esclarecer el diagnóstico en este tipo de tumores.

Presentamos el caso de un varón de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial; refería una historia de exposición solar profesional y presentaba un fototipo III.

Acudió a nuestra consulta por una lesión pigmentada de larga evolución en la espalda, que había modificado su color en los últimos meses. A la exploración presentaba una lesión pigmentada asimétrica y heterocroma, algo sobrelevada al tacto, de aproximadamente 1,5 cm. No tenía otras lesiones cutáneas ni se palpaban adenopatías locorregionales. En el estudio dermoscópico se observaba una lesión pigmentada asimétrica con 4 tonalidades (marrón claro, marrón oscuro, rosado y azul-gris). Carecía de criterios de lesión melanocítica<sup>1</sup>. Gran parte de la lesión estaba ocupada por una gran mancha de pigmento azul-gris, y próxima a la misma se observaban grandes nidos ovoides y estructuras en hoja de arce, así como un pequeño foco de ulceración y vasos lineales (fig. 1). El resto de la lesión dejaba ver una mancha de pigmento homogénea de color marrón, en la cual se evidenciaban tapones córneos y quistes de milio. Curiosamente, en la periferia de esta mancha homogénea se observaba un punteado azul-gris localizado (fig. 2). El estudio histológico de la pieza de exéresis reveló dos tipos de lesiones en continuidad. Por un lado se observaban nidos de células basaloideas con empalizada periférica y, por otro, una acantosis epidérmica con quistes infundibulares. Bajo esta acantosis epidérmica



**Figura 1.** Mancha de pigmento azul-gris, en cuya proximidad se observan grandes nidos ovoides y estructuras en hoja de arce, además de un pequeño foco de ulceración y vasos lineales.



**Figura 2.** Mancha de pigmento homogénea de color marrón, con tapones córneos, quistes de milio y punteado azul-gris en su periferia.