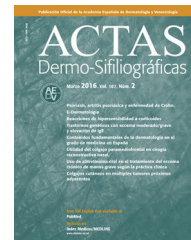




ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CASOS PARA DIAGNÓSTICO

Úlceras progresivas localizadas en las extremidades Progressive skin ulcers in extremities



S. Castillo-Loaiza*, C.J. Díaz y L.F. Cardenas

Sección de Dermatología y Cirugía Dermatológica, Facultad de Dermatología y Cirugía Dermatológica, Hospital Universitario del Valle, Universidad del Valle, Cali, Colombia

Historia médica

Varón colombiano de 71 años que acude al servicio de dermatología, en Cali, Colombia, por historia de fiebre intermitente y aparición progresiva de úlceras dolorosas localizadas en las extremidades superiores e inferiores de 3 semanas de evolución. No aporta ningún otro dato relevante.

Examen físico

En la exploración física se observó: nariz en silla de montar, madarosis, edema en el pabellón auricular (fig. 1) y úlceras extensas con aspecto necrótico y patrón reticular en todas las extremidades (fig. 2). El examen neurológico reveló pie izquierdo caído con polineuritis.

Histopatología

La biopsia evidenció la presencia de granulomas con vasculitis de vasos pequeños. La tinción de Fite-Faraco reveló la presencia de numerosos bacilos ácido resistentes (AFB) en los filetes nerviosos y vasos (fig. 3).

Pruebas complementarias

El frotis cutáneo (lóbulo de la oreja, codos y nariz) fue positivo para AFB.

Índice bacteriológico (IB): 2,5.

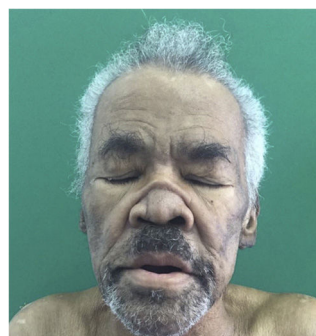


Figura 1



Figura 2

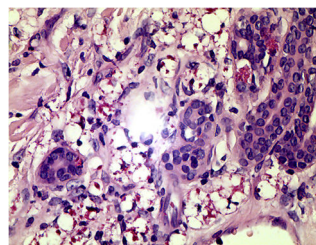


Figura 3 Tinción Fite Faraco × 40.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: silvana.castillo.l@hotmail.com
(S. Castillo-Loaiza).

¿Cuál es su diagnóstico?

Diagnóstico

Fenómeno de Lucio (FL).

Curso y tratamiento

El paciente fue tratado con poliquimioterapia multibacilar (MDT/MB: rifampicina, clofazimina, dapsona), y corticosteroides por 8 semanas con mejoría de las lesiones y persistencia del déficit neurológico.

Discusión

La lepra o enfermedad de Hansen es una enfermedad infecciosa debilitante crónica producida por *Mycobacterium leprae*. A partir de la introducción de la terapia multifármaco en 1982, la prevalencia mundial de la lepra se ha reducido considerablemente. En Colombia se registran alrededor de 400 nuevos casos al año¹. Su manifestación clínica depende de la respuesta inmune del huésped².

El FL es una forma reaccional rara y grave descrita en pacientes con lepra lepromatosa variedad difusa. Se caracteriza por la presencia de máculas eritematosas dolorosas que evolucionan hacia úlceras que curan dejando cicatrices nacaradas. Puede acompañarse de polineuritis, artralgia y compromiso sistémico, convirtiéndose en una urgencia médica³.

En nuestro paciente, los hallazgos histopatológicos mostraron principalmente vasodilatación y engrosamiento de los vasos de la pared del plexo superficial y profundo de la dermis, proliferación de células endoteliales y, en ocasiones, coágulos intraluminales conducentes a necrosis dermoepidérmica. La tinción de Fite-Faraco fue positiva para la presencia de bacilos en el interior y alrededor de los vasos, y en el endotelio de la pared vascular.

Otras alteraciones que también han sido descritas son la vasculitis de las arterias de pequeño y mediano calibre, en cuyas paredes aparece la formación de globias, la deformación de la estructura de la pared del vaso, el estrechamiento y la obliteración de su luz⁴. El FL es una forma característica de la vasculitis granulomatosa necrosante, en la que se afectan principalmente las arterias de calibre medio, cuya oclusión da lugar a la necrosis isquémica de toda la piel, con desprendimiento de la epidermis⁴.

El *Mycobacterium leprae* fue considerado como el único agente infeccioso productor de la lepra. Sin embargo, se ha informado de 2 pacientes mexicanos con FL en los que la secuenciación del agente etiológico mostró una variabilidad de aproximadamente el 7,4% con respecto al genoma de referencia del *M. leprae*, evidenciando la existencia de una nueva especie: *M. lepromatosis*. Este hallazgo ha sido corroborado en estudios genéticos posteriores⁵.

En el diagnóstico diferencial es importante tener en cuenta los efectos catastróficos de enfermedades autoinmunes como el síndrome antifosfolípido y la vasculitis sistémica, que pueden cursar con úlceras cutáneas³. Al no haber un tratamiento estandarizado del FL, su terapia se fundamentó en el uso de corticosteroides para controlar la respuesta inmune, tal y como se hace en otras reacciones leprosas: reacción tipo 1 (reacción de reversión) y, ocasionalmente, en la reacción tipo 2 (eritema nudoso leproso)⁶.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Día mundial de la lucha contra la Lepra! Un mundo libre de Lepra. minalud; 2017 [consultado 16 Abr 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/coL/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos.2017-826&alias=2029-dossier-lepra-2017-9&Itemid=688.
2. Eichelmann K, González González SE, Salas-Alanis JC, Ocampo-Candiani J. Leprosy. An update: Definition, pathogenesis, classification, diagnosis, and treatment. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:554-63.
3. Curi PF, Villaroel JS, Migliore N, Albertengo A, Aquino ML, Cecato F, et al. Lucio's phenomenon: Report of five cases. *Clin Rheumatol*. 2016;35:1397-401.
4. Magaña M, Fernández-Díez J, Magaña ML. Lucio's phenomenon is a necrotizing panvasculitis: Mostly a medium-sized granulomatous arteritis. *Am J Dermatopathol*. 2008;30:555-60.
5. Han XY, Sizer KC, Velarde-Félix JS, Frias-Castro LO, Vargas-Ocampo F. The leprosy agents *Mycobacterium lepromatosis* and *Mycobacterium leprae* in Mexico. *Int J Dermatol*. 2012;51:952-9.
6. Kamath S, Vaccaro SA, Rea TH, Ochoa MT. Recognizing and managing the immunologic reactions in leprosy. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71:795-803.