

Reabsorción ósea en un paciente con diagnóstico de lepra

Bone Resorption in a Patient Diagnosed with Leprosy

Giovana Gladys Huaman Huisa^{1*} <http://orcid.org/0000-0003-3262-1832>

Yuneisys Coronados Valladares¹ <https://orcid.org/0000-0001-7818-272X>

¹Hospital de Rehabilitación “Julio Díaz”. Centro de Referencia Nacional. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: giovanahuamanhuisa2@gmail.com

RESUMEN

Las discapacidades causadas por la lepra afectan, fundamentalmente, el sistema nervioso periférico en sus ramas más distales. Los trastornos anestésicos, las parálisis motoras y los trastornos tróficos provocan un sinnúmero de manifestaciones clínicas y discapacidades en ojos, manos y pies. El objetivo fue describir el caso de un hombre con diagnóstico de lepra que presenta como complicación reabsorción ósea. Se trata de un paciente de 55 años de edad con enfermedad de 12 años de evolución y con discapacidad importante de las manos y los pies. Fue diagnosticado con lepra lepromatosa por la clínica y la biopsia de piel. Presentó múltiples lesiones ulceradas a nivel de piernas y brazos. Mantuvo signos de periostitis en tibia derecha con reabsorción ósea de las falanges del tercer, cuarto y quinto dedos del pie derecho. Tuvo mejoría clínica de lesiones luego del tratamiento farmacológico.

Palabras clave: lepra; reabsorción ósea; discapacidad.

ABSTRACT

Leprosy disabilities primarily affect the peripheral nervous system in its more distal branches. Anesthetic disorders, motor paralysis and trophic disorders, cause countless

clinical manifestations and disabilities in the eyes, hands and feet. The objective of this work was to present the case of a man diagnosed with leprosy who presents with bone resorption as a complication. The case presentation of a 55-year-old patient with 12-year-old disease and major hand and foot disability who was diagnosed as lepromatous leprosy by the clinic and skin biopsy is presented. He presents multiple ulcerated lesions at the level of the legs and arms. Signs of periostitis in the right tibia with bone resorption of the phalanges of the third, fourth and fifth toes of the right foot. He presented clinical improvement of injuries after pharmacological treatment.

Keywords: Leprosy; bone resorption; disability.

Recibido: 11/05/2020

Aceptado: 19/01/2021

Introducción

La lepra es una de las enfermedades más antiguas en el mundo, descrita desde los años 600 antes de Cristo. En la actualidad, todavía constituye un problema de salud pública para los países en vía de desarrollo. A pesar de contar con una terapia antibiótica eficaz, aún causa gran impacto en la calidad de vida de los pacientes y constituye un estigma para los individuos y la sociedad.⁽¹⁾

La enfermedad de Hansen o lepra se caracteriza por ser una enfermedad infecciosa crónica causada por la bacteria *Mycobacterium leprae* o bacilo de Hansen, el cual fue descubierto por el noruego Gerard Henrik Armauer Hansen en el siglo XIX.⁽¹⁾

La lepra figura entre las principales causas infecciosas de discapacidad. El tropismo del bacilo por el sistema nervioso periférico constituye el primer paso hacia la discapacidad y se manifiesta clínicamente cuando la consulta o el diagnóstico es tardío.⁽²⁾

El bacilo de Hansen posee una particular afinidad con la piel (dermis), por los nervios periféricos (células de Schwan); lo que provoca lesiones cutáneas, acompañadas de trastornos sensoriales, anestésicos y posteriormente alteraciones tróficas.

Se transmite de persona a persona desde las secreciones nasales o la piel de un paciente con lepra multibacilar sin tratamiento, que arrojan bacilos al medio ambiente. Estos pueden depositarse, ya sea en el epitelio nasal o en la epidermis del receptor, con el potencial de penetrar a la dermis y diseminarse.⁽¹⁾

El contacto con familiares puede reflejar como fuente de contagio la convivencia continuada y estrecha con pacientes multibacilares sin tratamiento.⁽³⁾ A esto se puede añadir las malas condiciones higiénico-sanitarias.

La presencia de discapacidad visible es indicativo de un daño nervioso irreversible, de un diagnóstico de la enfermedad tardío y/o tratamiento inadecuado.⁽³⁾ Se trata de una enfermedad curable, cuyo diagnóstico temprano y tratamiento oportuno pueden evitar la severa afectación neural y las manifestaciones invalidantes con la repercusión social y laboral que ello trae consigo.

El objetivo del presente artículo es describir el caso de un paciente masculino, de 55 años de edad, con diagnóstico de lepra que presenta reabsorción ósea como complicación. El paciente autorizó la publicación de las imágenes.

Presentación del caso

Persona de sexo masculino, de 55 años de edad, con antecedentes de padecer de esquizofrenia paranoide desde los 16 años de edad. Nació en el municipio Manzanillo, perteneciente a la oriental provincia de Granma. Refirió que hace casi 12 años comenzó a presentar úlceras a nivel de miembros inferiores, las cuales fueron en aumento con el decursar del tiempo.

Al principio esas úlceras cicatrizaban con tratamiento tópico con fomentos y cremas antibióticas, pero luego reaparecían. Al cabo de seis años presentaba calambres en las manos y los pies, nariz en silla de montar, caída de cejas y pestañas (Figs. 1 y 2). Cuatro años después aparecieron úlceras en brazos y dolor a nivel de miembros inferiores.



Fig. 1- Nariz en silla de montar.

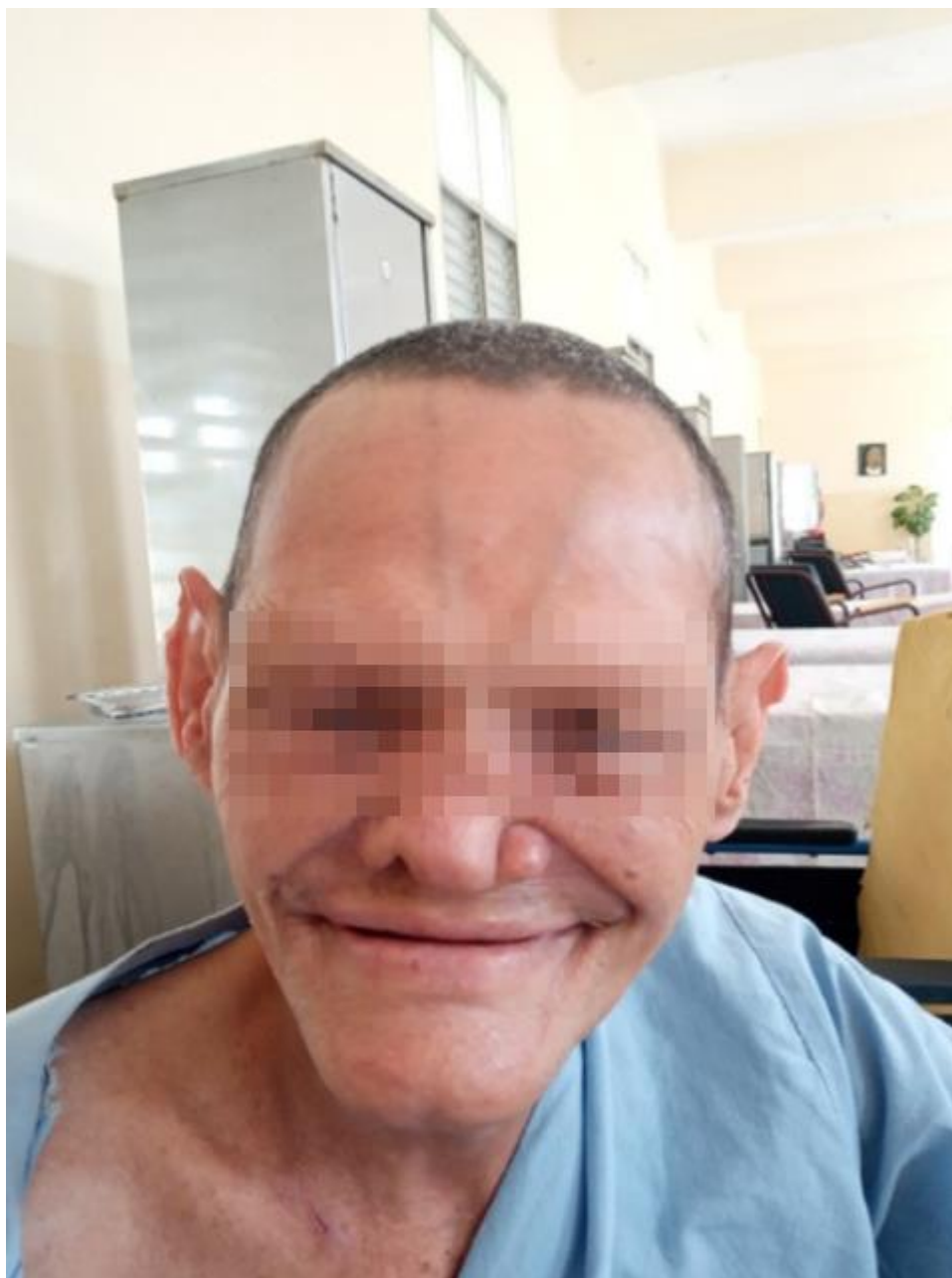


Fig. 2- Caída de cejas y pestañas.

En cuanto a la historia epidemiológica se recogen antecedentes de un tío suyo enfermo de Hansen que vivió en la misma dirección del paciente durante más de 10 años.

Examen físico positivo

Mucosas hipocoloreadas y húmedas, tejido celular subcutáneo infiltrado, sistema nervioso central sin alteración aparente.

Examen dermatológico al diagnóstico: Presenta múltiples lesiones ulceradas a nivel de piernas y brazos de variado tamaño (entre 2 y 10 centímetros de diámetro) con fondo cubierto de esfacelos y exudado purulento con fetidez, algunas cubiertas de costras gruesas parduzcas. Tiene zonas de anestias en brazos y piernas, alopecia de cejas, pestañas y reabsorción ósea en manos (Fig. 3) y pies (Fig. 4).



Fig. 3- Reabsorción ósea de los dedos de las manos.



Fig. 4- Reabsorción ósea de los dedos de los pies.

Exámenes complementarios al diagnóstico

- Hemoglobina: 6,9 g/l
- Hematocrito: 0,27 %
- Leucocitos $6,5 \times 10^9/l$

- Coagulograma: tiempo de sangrado un minuto, tiempo de coagulación ocho minutos, coágulo retráctil.
- Plaquetas: $369 \times 10^9/l$
- Glicemia: 4,3 mmol/l
- Creatinina: 62 mg/dl
- Urea: 2,2 mmol/l
- Urato: 228 $\mu\text{mol/l}$
- TGO: 11,8 U/l
- TGP: 6,1 U/l
- Prueba serológica para la sífilis: No reactiva.
- Glucosa-6-fosfato: Negativa.
- Radiografía de pie y pierna derecha: Signos de periostitis en tibia derecha con reabsorción ósea de las falanges de tercer, cuarto y quinto dedos del pie derecho.
- Baciloscopia de Hansen en fecha 14 de diciembre de 2015: AI cod 3, CI cod 4, NI cod2, AD cod3, CD cod 4, ND cod 2, IM 12 %.

Estudio de anemia

- Hipocromía
- Leucopenia a predominio de neutrófilo.
- Hemoglobina: 6,9 g/l
- CHCU: 299 g/l
- Leucocitos: $32 \times 10^9/l$
- Hematocrito: 0,27 %
- Hierro: 18 mcg/dl

Mediante la biopsia de piel se diagnosticó enfermedad de Hansen lepromatosa multibacilar y anemia ferripriva severa.

Se comienza la administración de medicamentos con poliquimioterapia el día de la notificación sin administrar dapsona debido a la anemia. Se medicó, además, con hierro dextrán y antianémicos orales. Presentó mejoría clínica de lesiones y cicatrizaron las úlceras a nivel de los brazos y piernas.

Discusión

El paciente presentó los síntomas característicos de esta enfermedad con parestesias, disestesias, zonas anestésicas, caída de cejas, pestañas y reabsorción ósea.

Tuvo síntomas y signos durante 12 años sin tener un diagnóstico claro y fue tratado empíricamente. En consultas anteriores se mencionaron diferentes posibles causas, pero solo se sospechó la lepra cuando fue remitido al hospital Dermatológico Especializado del Rincón “Guillermo Fernández Hernández-Baquero”, donde fue diagnosticado de lepra lepromatosa por la clínica y la biopsia de piel. Recibió terapia multibacilar antileprosa y tratamiento rehabilitador que le permitió mejorar su calidad de vida.

Se realizó un estudio descriptivo de la lepra en residentes del sanatorio de Fontilles en España en el año 2016, en el cual se revisaron 38 historias clínicas de residentes, con una media de edad 76 años. Se encontró que la reabsorción ósea fue de falanges y metatarso en pies, y solamente de falanges en las manos; lo que se relaciona con una evolución acrotérica de la osteolisis. La mutilación o reabsorción ósea se detectó en ocho casos en el pie izquierdo (siete en falanges, una en metatarso y una amputación total quirúrgica). Otros 13 pacientes presentaron mutilación o reabsorción ósea en el pie derecho (nueve en falanges y cuatro en metatarso).⁽³⁾

Según la Organización Mundial de la Salud, en la mayoría de los países la enfermedad es más frecuente en hombres que en mujeres. Sin embargo, en algunas zonas de África y Asia la prevalencia en ambos sexos es igual, e incluso, mayor en mujeres en países como Uganda, Nigeria, Tailandia, Japón.⁽⁴⁾ De acuerdo con el Boletín Epidemiológico de Lepra, de los casos incidentes registrados en 2013 en cuanto a la distribución por sexos, cinco eran hombres y seis mujeres. De ahí se puede deducir que existe una mayor predisposición por parte de los varones a padecer la enfermedad.⁽⁵⁾

Cabe señalar que la edad de diagnóstico casi nunca coincide con la edad en la cual el paciente tiene consciencia de que padece la enfermedad de Hansen. En el estudio mencionado se hace referencia a la edad en que un facultativo, dermatólogo o no, hace un diagnóstico médico de la enfermedad y a partir de este se inicia el tratamiento. En las historias clínicas aparecía cómo los pacientes describían episodios anteriores a este diagnóstico que se correspondían con el inicio de la enfermedad, pero que no le habían dado importancia ni habían recurrido a una atención médica pues la sintomatología pasaba desapercibida.⁽⁵⁾

Se informó de un paciente que refirió haber sufrido un episodio con anterioridad al diagnóstico. Presentaba quemaduras en miembros superiores sin padecer dolor en ningún momento.⁽⁵⁾ Al igual que en el caso presentado, la persona estuvo 12 años sin diagnóstico. En el estudio se reportó que el 63,1 % de los pacientes tuvieron contacto con sus familiares, lo que puede reflejar como fuente de contagio la convivencia continuada y estrecha con pacientes multibacilares sin tratamiento, circunstancia que también sucedió en el caso presentado.

Tanto en el estudio de *Díaz y Cano*⁽⁵⁾ como en el presente reporte de caso, predominaron las formas lepromatosas o formas multibacilares según la clasificación operacional de la Organización Mundial de la Salud.

Sánchez Machado y otros⁽⁶⁾ reportaron casos donde se describe el comportamiento clínico y epidemiológico en el diagnóstico tardío de lepra, lo cual coincide con el caso presentado. Además, los autores notificaron la aparición de discapacidades y secuelas potencial o realmente invalidantes para la vida del paciente.

La relevancia del caso expuesto en este artículo está dada porque la lepra constituye una enfermedad cuyo diagnóstico tardío trae consigo consecuencias discapacitantes, las cuales se podrían prevenir con una temprana valoración y un correcto tratamiento por el especialista en Dermatología y en Medicina Física y Rehabilitación.

Conclusiones

Las discapacidades provocadas por la lepra afectan, fundamentalmente, el sistema nervioso periférico en sus ramas más distales. Los trastornos anestésicos, las parálisis motoras y los trastornos tróficos provocan diversas manifestaciones clínicas y discapacidades en ojos, manos y pies.

Referencias bibliográficas

1. Jaramillo L, Giraldo M, Arboleda M, Rodríguez G. Lepra neural pura de 18 años de evolución. *Infectio*. 2016 [acceso 17/03/2020];21(2). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v21n1/0123-9392-inf-21-01-00056.pdf>
2. Fischer J, Jaled M, Olivares L, Pardo Méndez N, Loos M. Lepra y discapacidad grado 2. Revisión de 10 años del Servicio de Dermatología del Hospital "F. J. Muñiz". *Trabajos originales*. 2013 [acceso 17/03/2020];21(2). Disponible en: <http://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/1218/685>

3. Guillén Rodríguez G, Samaniego Ruiz MJ, Fuster Diana CA. Estudio descriptivo de la lepra en residentes del sanatorio de Fontilles. *Formación Dermatológica*. 2016 [acceso 17/03/2020];10(27). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5472702>
4. World Health Organization. Global leprosy update, 2017: reducing the disease burden due to leprosy. *Wkly Epidemiol Rec*. 2018 [acceso 17/03/2020];35(93):445-56. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274289/WER9335.pdf?ua=1>
5. Díaz O, Cano R. Vigilancia de la lepra en España en 2017-2018 y situación mundial. 2018 [acceso 17/03/2020];26(8):117-26. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/296427845.pdf>
6. Sánchez Machado OF, Martínez Fando B, Palacios Madrazo I, Lugo González AM, Quintana García T. Comportamiento clínico y epidemiológico en el diagnóstico tardío de lepra. *Gac Méd Espirit*. 2014 [acceso 09/05/2020];16(1). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212014000100005

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.