

# Lesions nodulars a la pell de les extremitats en pacient immigrant

## >> Autores

**Núria Parals Suñé, Irene Sánchez Sánchez, M<sup>a</sup> Teresa Jacas Vidal**  
Metgesses de Família, CAP Torroella de Montgrí

## >> Correctors

Ernest Vinyoles i Mar Ballester

## >> Correspondència

**Núria Parals Suñé**  
Adreça electrònica: [nuriparals@terra.es](mailto:nuriparals@terra.es)

Publicat: 1 de juliol de 2010

Parals Suñé, Núria; Sánchez Sánchez, Irene; and Jacas Vidal, M<sup>a</sup> Teresa (2010) "Lesions nodulars a la pell de les extremitats en pacient immigrant," *Butlletí*: Vol. 28: Iss. 2, Article 1.  
Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol28/iss2/1>

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons  
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

<http://pub.bsalut.net/cgi/cview.cgi/butlleti/vol28/iss2/1>

## INTRODUCCIÓ

La lepra és una malaltia produïda pel *mycobacterium leprae* (bacil de Hansen) que afecta fonamentalment a pell, mucoses, sistema nerviós i ulls. La primera referència escrita apareix el 600a.C a l'Índia<sup>1</sup>. Actualment la incidència anual és de 500.000 casos. La prevalença global mundial s'estima entre 0,6 i 8 milions de persones. La majoria dels casos es troben a l'Índia (68%) i al Brasil (12%). A Espanya hi ha 406 casos registrats i apareixen uns 5 nous casos a l'any (Taxa d'incidència < 1/10000)<sup>2</sup>. En el 2008 es varen declarar 4 nous casos a Catalunya<sup>3</sup>.

## DESCRIPCIÓ DEL CAS

Home de 26 anys sense al·lèrgies medicamentoses conegudes, originari de Brasil que fa 3 anys que viu a Espanya; consulta per lesions nodulars indolors (**Fotografia 1 i 2**) al voltant dels dits de les mans que han anat augmentant de mida des de fa 1 any, algunes amb ulceració central i s'han anat estenent a les 4 extremitats. Refereix hipoestèsia a la pell del voltant. També explica que fa uns 4 mesos que ha començat a tenir veu de nas i epistaxi de forma ocasional. Com a únic antecedent patològic explica que quan tenia 11 anys va fer tractament durant uns 2 anys al Brasil per unes lesions que tenia als peus.

**Fotografia 1:** Lesions nodulars a braços i mans.



**Fotografia 2:** Ulceració a alguns dels nòduls de les mans.



Se li va fer analítica general amb bioquímica, hemograma, proves de coagulació i tiroides essent tot normal.

El pacient es va derivar al servei de dermatologia on es va fer una biòpsia de les lesions observant-ne un marcat infiltrat histiocitari amb tinció de Ziehl-Nielsen positiva diagnosticant-se de **lepra lepromatosa tipus histiocitoide**.

També es va derivar al otorinolaringòleg per valorar afectació de la mucosa nasal i de laringe

## DISCUSSIÓ

La lepra és una malaltia molt poc contagiosa i es multiplica lentament (període d'incubació de 9 mesos fins a 20 anys).

La forma de transmissió de la lepra no es coneix.

Principalment afecta a la pell, mucoses, sistema nerviós i ulls. Les lesions cutànies que es presenten són en forma de màcules, plaques, nòduls anestèsics i eritema nodós segons sigui una lepra tuberculoide,

lepromatosa i limítrof o borderline.

Bàsicament hi ha 2 formes de presentació:

- Paucibacil·lars: és la més benigne; la forma tuberculoide n'és la més representativa amb taques despigmentades o màcules rosades hipoestèsiques.

- Multibacil·lars: són les formes més greus i contagioses; la lepromatosa és la més típica on apareixen nòduls que poden ulcerar-se, afectació nerviosa en forma de mononeuritis, atrofia, paràlisis i anestesia. També s'afecta la mucosa nasal, ulls en forma d'iritis, queratitis i ceguera i melsa, fetge i ronyons.

La forma de presentació del nostre cas clínic és la *lepromatosa histiocitoide*, és una forma atípica; en la que apareix en pacients que prèviament han tingut una lepra lepromatosa i que han estat tractats amb monoteràpia o que han suspès el tractament de forma prematura.

El diagnòstic es fa bàsicament per frotis o biòpsia de la pell afectada, tinció de Ziehl-Nielsen i visió directa dels micobacteris.

El diagnòstic diferencial s'hauria de fer amb amiloïdosis, ainhum, eritema nodós, leishmània, lupus eritematós, micosi fungoide, limfoma, sarcoïdosi, lues i tinya corporis.

Actualment és una malaltia curable que si es tracta en els estadis precoços s'evita les discapacitats. Des del 1981<sup>2</sup> el tractament recomanat és la triple teràpia amb dapsona, rifampicina i clofazimina. Hi ha diferents pautes i temps de durada de fàrmacs publicats, per exemple, durant 6 mesos en les formes paucibacil·lars i 24 mesos en les multibacil·lars.

| Adults*                                                            |            |                                        |
|--------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------|
| Lepromatosa (LL, BL, BB) (WHO classification Multibacillary, "MB") |            |                                        |
| Fàrmac                                                             | Dosi       | Durada                                 |
| Dapsona                                                            | 100 mg/dia | 24 mesos i després teràpia discontinua |
| Rifampicina                                                        | 600 mg/dia |                                        |
| Clofazimina                                                        | 50 mg/dia  |                                        |

\*Segons: National Hansen's Disease (Leprosy) Program

La dapsona<sup>2</sup> és clau en el tractament de les dues formes de lepra, com efectes secundaris destaquen hemòlisis i anèmia (en general lleu). La rifampicina s'ha de prendre amb el menjar i com efectes secundaris trobem hepatotoxicitat. La clofazimina pot provocar intolerància gastrointestinal i coloració cutània negra-vermellosa.

Recentment s'ha demostrat que tres antimicrobians; minociclina (100mg/dia v.o.), claritromicina (500mg/dia v.o.) i ofloxacina (400 mg/dia v.o.) tenen més activitat bactericida contra *M. leprae* que la dapsona i clofazimina però no que la rifampicina. Només la minociclina ha demostrat seguretat en l'administració a llarg termini necessari amb la lepra.

El pacient del cas exposat es va derivar a un centre de referència on es va iniciar la triple teràpia que haurà de durar 2 anys, no s'ha pogut fer seguiment a la nostra ABS perquè el pacient ha canviat de zona de residència.

Tot i que la lepra en el nostre país, per la baixa incidència que té, es considera una malaltia eradicada; encara hi ha països, com a l'Índia i al Brasil, on continua essent un problema de salut important. Actualment amb els grans fluxos migratoris ens trobem amb l'aparició de malalties poc freqüents i fins i tot desconegudes per molts metges de família. En aquest cas concret, a més, la forma de presentació era atípica perquè havia estat tractada amb anterioritat la qual cosa fa encara més difícil el diagnòstic clínic. El pacient en el moment del diagnòstic no presentava cap discapacitat i el fet de fer el diagnòstic ràpid i iniciar el tractament seguidament han fet que s'evités la progressió de la malaltia i que es pugui aconseguir la curació.

## BIBLIOGRAFIA

1. Reverte Coma JM. La lepra en la historia. Revista de leprología; Fontilles. 1980;vol.XII, nº5, mayo-agosto.
2. Organización Mundial de la Salud. Quimioterapia de la Lepra. Informe de un grupo de estudio de la OMS. Génova: 1999. Série de Informes Técnicos:847.

3. Rodríguez-Vázquez M, Pardal-Fernández J.M. Lepra: ¿una enfermedad del pasado?. Más dermatología. 2009;8:4-12.
4. Fitzpatrick T. Dermatología en Medicina general. 5ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2001.
5. Combau E, Perani E. Multidrug-resistance to dapsone, rifampicin and ofloxacin in mycobacterium leprae. Lancet. 1997; 349:103-4.
6. Giménez M.F. Tratamiento de la Lepra. Piel. España. 1997;12:548-554.
3. Rodríguez-Vázquez M, Pardal-Fernández J.M. Lepra: ¿una enfermedad del pasado?. Más dermatología. 2009;8:4-12.
4. Fitzpatrick T. Dermatología en Medicina general. 5ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2001.
5. Combau E, Perani E. Multidrug-resistance to dapsone, rifampicin and ofloxacin in mycobacterium leprae. Lancet. 1997; 349:103-4.
6. Giménez M.F. Tratamiento de la Lepra. Piel. España. 1997;12:548-554.