

MÈDICA HONDUREÑA

(2a Época)

ÓRGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

FUNDADA EN 1930

CONSEJO EDITORIAL

Director: Dr. José Gómez-Márquez G.

Secretario:
Dr. Antonio Bermúdez Milla

Administrador:
Dr. Francisco Alvarado S.

Editores:

Dr. Jorge Haddad Quiñónez

Dr. Augusto Rivera Cáceres

Dr. Tito H. Cárcamo

Dr. Silvio R. Zúñiga

Dr. Jorge Rivera

Dr. Elías Faraj

Dr. Alfredo León Gómez

DERMATOLOGÍA

DERMATOLOGÍA EN EL TRÓPICO CENTROAMERICANO

LEPRA MANCHADA DE LUCIO

ANTIMALARIOOS EN REACCIÓN LEPROSA

Dr. *HERNÁN CORRALES PADILLA**

No nos detendremos a consignar los factores geográficos que, en su más amplio significado, condicionan en buena parte enfermedades de la piel que prevalecen en esta región. Pardo Castello¹, Schimidt², Cañizares³ y otros, han tratado con propiedad el tema y han puntualizado factores tales como situación geográfica, clima y vegetación, raza, altitud, etc.

Correlacionando los datos de diversas clínicas de Centroamérica, encontramos que las enfermedades de la piel más comúnmente observadas son; Dermatitis de contacto, Tinea (todos los tipos), Ulceras de las piernas (todos los tipos), Permatitis

* Jefe del Departamento, de Dermatología del Hospital General San Felipe, Profesor de Dermatología.

solares, Tuberculosis cutánea, Dermatitis atópica, Acné Vulgaris, Vitíligo, Impétigo, Prurigo.

Si bien es cierto que en Centroamérica no hemos alcanzado tal grado de industrialización, que produjere Dermatitis de contacto vinculada a la industria en alto porcentaje, sí tenemos una fuente no menos importante de Dermatitis de contacto, cual es la automedicación que los pacientes realizan, en virtud de la práctica nociva de vender medicamentos sin prescripción médica.

Las formas más comunes de erupciones por luz, son el prurigo solar, que en algunos casos avanzados llega a condicionar una facies de aspecto hanseniano. Los eritemas pelagroides son corrientes. Con frecuencia observamos máculas hipopigmentadas en caras externas de brazos y dorsales de antebrazos que a veces revelan discretas prominencias foliculares que aparecen en indudable conexión con exposiciones a la luz solar, especialmente en mujeres. Con Schmidt nos hemos referido a tales máculas designándolas como "acromías actínicas maculares".⁴⁵

Watkins⁶ en La Florida, Estados Unidos de América, da también especial atención a este cuadro cuando dice: "Los pacientes que demandan más atención, sin embargo, son aquellos con acromías actínicas maculares, una afección común en el Caribe y en las tierras bajas de la costa. Este complejo fue descrito independientemente por Corrales Padilla y Schmidt". Posteriormente se ha referido a este cuadro Flores⁷ en el Perú, relacionándolo con carencia de complejo B.

En nuestro medio es probable que el parasitismo intestinal y los focos infecciosos sean factores coadyuvantes en la etiología de las dermatitis solares.

Por otra parte, hay en América cierto número de enfermedades que son endémicas en el continente y además, han alcanzado características propias. En este aspecto deseamos referirnos a la "Lepra manchada" que se considera peculiar de México. En Centro América ha sido descrita por Romero⁸ y ⁹ colaboradores y en Honduras fue informada por nosotros en 1962. Se trata de la Lepra Lepramatososa difusa (Lucio), cuyos episodios agudos a los que Latapí llamó Fenómeno de Lucio, tienen como sustrato anatómico una capilaritis necrotizante aguda y múltiple.

En México tiene una distribución geográfica especial y parece que prevalece en la costa occidental, en los Estados de Sinaloa y Sonora; en estos Estados sería más frecuente que la Lepra Lepramatososa ordinaria y en Colima alcanzaría igual porcentaje que las formas diferentes a la de Lucio.

La paciente de quien damos información, muestra claramente la sintomato-logía que consigna Latapí y Colaboradores al identificar esta forma de lepra.

P. R. M., de 32 años de edad (Expediente N° 15704/58) del Servicio de Dermatología de Mujeres del Hospital General de Tegucigalpa, ingresa el año de 1956, época en que se hizo diagnóstico de "Lepra Lepramatososa", procede de El Progreso, Departamento de Yoro y es natural de Langue, Departamento de Valle, en donde con toda seguridad adquirió la enfermedad, pues este último sitio constituye un foco muy conocido de lepra y allí vivió hasta hace pocos años.

Resumimos a continuación los datos más importantes:

La paciente muestra una infiltración cutánea difusa, generalizada con cara redondeada, notoria anhidrosis, alopecia progresiva y discreta de cejas y pestañas. Experimenta adormecimientos, sobre todo en manos y pies; la leprominoreacción fue negativa y la basilosco-pía de flujo nasal positiva. La estructura histológica, característica de lepra lepramatososa con numerosos bacilos-Año y medio después, sobrevinieron brotes recidivantes de elementos de color rojo oscuro, masivos en los miembros, pero sin respetar el tronco y aun la cara;



Fig. 1.—Lepra lepromatosa difusa. Aspecto «desinflado» de la cara en paciente que presentó primero apariencia «suculenta»



Fig 2.—Se advierten cicatrices hipocrómicas consecutivas a la capilaritis necrotizante

tamaño de 1 cm. aproximadamente, triangulares y poligonales que se necrozaban dejando pequeñas ulceraciones a veces como cortadas a pico y aun ampollas que al romperse dejaban también ulceraciones y que al fin de su evolución, de 10 a 20 días, dejaron cicatrices blanquecinas con un halo suavemente hiperpigmentado. Algunos de los brotes fueron claramente ampollares y a veces se observaron nódulos chicos sobre los cuales se presentó el eritema. El estudio histológico de estos elementos mostró trombosis de arteriolas terminales de la dermis y necrosis de capilares.

El estado general se afectó con los brotes, experimentando dolor de cuerpo, escalofríos, fiebre y a veces leve disfonía. La paciente reveló también un estado de emotividad que la llevaba al llanto frecuente y a largos períodos melancólicos.

La descripción anterior corresponde claramente al de un caso de "Lepra de Lucio" o Lepramatosis difusa con fenómeno de Lucio (Angeítis necrozante). Este último debe considerarse como el tipo especial de reacción leprosa de aquella forma clínica que fuera expuesta por Lucio y Alvarado¹⁰ en 1852 e identificada en 1938 por Latapí¹¹, cuya escuela ha hecho importantes aportaciones al tema, habiendo descrito el cuadro histológico del Fenómeno de Lucio, demostrando que en la fase de eritema hay una inflamación aguda con dilataciones y necrosis de capilares; necrosis que abarca la dermoepidermis con desprendimiento de hileras epiteliales; encontrándose en las ampollas, cuando existen, necrosis y líquido hemorrágico y aún proceso marginal inflamatorio.

De acuerdo con Latapí¹², debe interpretarse esta forma de reacción leprosa peculiar, como el resultado de una sinergia microbiana con reacción tipo Sanarelli-Schwartzman.

La paciente mejoró con tratamiento a sulfonas, desinfiltrándose y adquiriendo aspecto arrugado en la cara y aún en todo el cuerpo; podríamos decir que ha envejecido y en definitiva ha adquirido aspecto "desinflado". Posteriormente esta paciente ha tenido brotes de eritema nudoso que han obligado a frecuentes suspensiones del tratamiento y que controlamos con aspirina y antimaláricos, habiendo obtenido resultados que juzgamos como satisfactorios, con Triquin (combinación de tres antimaláricos).

Ensayamos este medicamento en varios casos más con reacción leprosa, basándonos en la experiencia obtenida con la Cloroquina en proceso reaccional de enfermos de lepra, por los dermatólogos del Hospital San Luis de París. En 1955 González Prendes y Colaboradores¹³, informaron 25 casos de lepra en estado reaccional tratados con Atebrina a la dosis de 300 mgs. diarios durante 7 días. Los resultados fueron manifiestamente favorables.

En 1957 Merklen y Riou¹⁴ publicaron 14 casos tratados con dosis hasta de 600 mgs. de Nivaquina por vía oral por periodos prolongados hasta por 14 días. Se han informado otros casos aislados en los que la Gloraquina ha revelado ser eficaz en el tratamiento de la reacción leprosa. Germain (cit. por Mocotela)¹⁵ informó 20 casos de enfermos de lepra en reacción (la que sobrevino durante el tratamiento sulfónico, en 12 de ellos) y en los cuales el tratamiento con Gloraquina fue útil, excepto en uno. Nosotros hemos empleado un triple antimalárico en la paciente que hemos informado y en cinco casos más de lepra lepramatosa con reacción a las sulfonas; habiendo observado únicamente un moderado trastorno digestivo en uno de ellos; la dosis empleada es de tres comprimidos diarios por periodos de 10 y 15 días. Disminuimos la dosis gradualmente de acuerdo con la respuesta del paciente. El compuesto es el Triquin de laboratorios Winthrop que contiene:

Clorhidrato de quinacrina	25 mgs.
Fosfato de cloroquina.....	65 „
Sulfato de hidroxicloraquina	50 „

CONSIDERACIONES:

El fenómeno de Lucio tiene una distribución geográfica muy restringida. Pocos casos han sido descritos fuera de México y en Centroamérica solamente ha sido informado por Romero en Costa Rica. Doull¹⁶ no encontró ningún caso en Filipinas, en donde se han realizado exámenes masivos en ciertas comunidades.

En contra de un factor racial condicionante en esta forma de lepra, podemos aducir que Arnold y Sloan¹⁷ han informado un caso probable en una mujer portuguesa en Hawaii y Derbes¹⁸ y colaboradores, otro caso¹ en un paciente negro de Louisiana.

La lepra difusa con fenómeno de Lucio ha sido reconocida pues desde hace muchos años y constituye una variedad de una enfermedad muy conocida y sin embargo la verdadera causa del fenómeno de Lucio no se ha dilucidado totalmente. Quizá haya un factor ambiental condicionante en esta forma de lepra que hoy informamos nosotros en Honduras. Tanto en las reacciones a las sulfonas que ha presentado nuestro paciente como en cinco más, hemos empleado un triple antimalárico que resultó muy aceptable.

RESUMEN:

La distribución geográfica de la lepra de Lucio es muy restringida y muy pocas veces ha sido informada fuera de México. Lo fue en Costa Rica por Romero y Colaboradores en 1949. Informamos el primer caso observado en Honduras, que dimos a conocer en nuestro país en 1962 de lepra de Lucio o "Lepranosis Difusa". El fenómeno de Lucio (Angeftis Necrotizante) debe considerarse como el tipo especial de reacción leprosa de aquella forma clínica expuesta por Lucio y Alvarado en 1852 e identificada por Latapí en 1938.

Se informan los resultados más o menos satisfactorios con el uso de un triple antimalárico en el control de la reacción leprosa.

BIBLIOGRAFÍA

1. PARDO CASTELLO, V.: Dermatoses of the Americas, *Dermat. Trop.* 2: 55-60, 1963.
2. SCHMIDT, F. R.: *Clinical Selections in Dermatology and Mycology*, Springfield, U. S. A. Charles C. Thomas, 1956.
3. CAÑIZARES, O.: *Geographich Dermatology: México and Central America*, *Arch. Derm.* 82: 870, 1960.
4. CORRALES PADILLA, H.: Lucitis en Honduras, *Arch. Arg. Derm.* 3: 227, 1954.
5. CORRALES PADILLA, H.: Sunlight and skin Diseases in the tropics, *Clinical Selections in Dermatology and Mycology*, Springfield, U.S.A. Charles C. Thomas, 1956, p. 402.
6. WATKINS, D. B.: Pityriasis alba: a form of atopic Dermatitis, *Arch. Derm.* 83: 915, 1961.
7. FLORES, L.: Regional Depigmentation caused by avitaminosis «B». *Excerpta Medica. International Congress series N° 52 XII International Congress of Dermatology*. Washington, D. C, U.S.A. September, 1962.
8. ROMERO, A.; IBARRA, A. B. and FALLAS, M.: Clinical Study of Lepromatous leprosy in Costa Rica, *Internat. J. Leprosy*, 17: 27, 1949.
9. ROMERO, A.: Lerosy: Syntomatology, diagnosis and treatment, *Clinical Selections in Dermatology and Mycology*, Springfield, U.S.A. Charles C. Thomas, 1956. P. 204.
10. LUCIO, R.; ALVARADO, I.: Opúsculo sobre el mal de San Lázaro o Elfanciasis de los griegos, México. M. Murgía y Cía., 1852.
11. LATAPI, F.: Manifestaciones agudas de la lepra. *Rev. Med.*, 18: 526, 1938.
12. LATAPI, F.; and CHEVEZ ZAMORA A.: The Spotted leprosy of Lucio (la lepra «manchada» de Lucio) an introduction to its clinical and histological study, *Internat. J. Leprosy*, 16: 421, 1948.

13. GONZÁLEZ PRENDES, M. A.; VALHUERDI, C. y COUZ BAEZ, R.: La atebрина en el tratamiento de la reacción leprótica. *Rev. Derm. Sif. Cub.* 11: 10, 1955.
14. MERKLEN, F. P. y RIOU, M.: La Chloroquine dans le traitement des poussés reactionales hanseniennes, *Presse Med.*, 66: 984, 1958.
15. MACOTELA, E.: Reacción Leprosa, su tratamiento con Clorquinas. *Dermatología Rev. Mex.* 3: 238, 1959.
16. DOULL, J. A.: Two puzzles in Tropical Dermatology: Spotted leprosy of Lucio and Brazilian Penfigus. *Dermat. Trop.* 2: 55, 1963.
17. ARNOLD, H. L. Jr., and SLOAN, N. R.: Lucio's spotted leprosy (diffuse lepromatous leprosy of México): Report of a case in Hawaii, *Internat. J. Leprosy.* 19: 23, 1951.
18. DERBES, V. J.; SAMUELS, M.; WILLIAMS, O. P.; and WALSH, J. J.: The Lucio form of diffuse leprosy. Case in a Louisiana negro, *A. M. A. Arch. Derm.* 81: 210, 1960.