



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Lesiones papulares eritematosas en un paciente procedente de Venezuela

Erythematous papular lesions in a patient from Venezuela

Amparo Broseta Tamarit^a, Víctor Dios Guillán^b, Marta Jiménez Mayordomo^a y Victoria Domínguez-Márquez^{a,*}

^a Servicio de Microbiología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España



Descripción clínica del caso

Varón de 49 años originario de Venezuela que presenta desde hace 4 años lesiones papulares eritematosas en tronco, con pérdida de cejas e infiltración facial y auricular. Acaba de llegar a España hace apenas 24 h (fig. 1).

Desde hace 14 días presenta fiebre de hasta 41 °C, artralgias, edema de manos y pies, así como aumento del número de lesiones cutáneas. A la exploración física se observan lesiones nodulares en brazos, piernas y abdomen, eritematosas y dolorosas, placas eritematosas en tronco, a nivel cervical, con centro más blanquecino. Algunas lesiones no presentan sensibilidad táctil, el paciente presenta edema importante de manos y pies, con úlceras distales, así como adenopatías axilares e inguinales bilaterales palpables. Dolor a la palpación del trayecto del nervio poplíteo y tibial posterior. Ante la exploración testicular se observa epidídimo engrosado y dolor a la palpación. Cuenta epistaxis diaria coincidiendo con este brote. No presenta clínica respiratoria ni urinaria. No refiere antecedentes familiares.

El paciente ha sido estudiado en su país aportando informe con diagnóstico de «vasculitis» en tratamiento hasta hace una semana con prednisona 5 mg que ha suspendido por falta de medicación hace 72 h. Refiere haber recibido tratamiento con metotrexato durante una semana hace aproximadamente 2 meses.

Durante el ingreso, es valorado por neurología, cardiología y oftalmología sin detectarse alteraciones de interés, en la valoración por parte de otorrinolaringología se observa una perforación completa del tabique nasal con pérdida de sustancia. En la ecografía abdominal se observa hepatoesplenomegalia.



Figura 1. Imagen de las lesiones papulares eritematosas en tronco, se aprecia pérdida de cejas e infiltrados faciales y auricular.

Evolución y diagnóstico

Se procede a realizar biopsia cutánea de las lesiones de tronco y pabellón auricular, y se remiten a microbiología para realizar

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: m.victoria.dominguez@uv.es (V. Domínguez-Márquez).

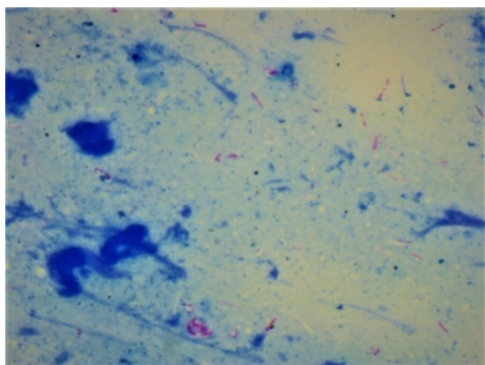


Figura 2. Tinción de Ziehl-Neelsen en muestra de la biopsia del pabellón auricular.

tinción de Ziehl-Neelsen en la que se observan abundantes BAAR. Como técnica confirmatoria se realizó la identificación mediante técnica de hibridación reversa (GenoType LepraeDR, Bruker®) confirmando así la sospecha clínica de lepra, ya que no es posible su cultivo en medios artificiales (fig. 2).

Para completar el estudio se realiza analítica completa en la que se objetiva anemia ferropénica, así como una elevación de enzimas hepáticas, también se solicitan serologías VHC, VHB, VIH, VVZ y VHS que resultan negativas.

El paciente fue diagnosticado de lepra lepromatosa (LL), al presentar un cuadro caracterizado por pápulas y nódulos que confluían y que originaron una marcada infiltración difusa de la piel. La clínica sugería que el paciente también tenía una reacción leproreacción tipo II o eritema nodular leproso, asociada al depósito de inmuno-complejos y que aparece en cerca del 60% de los casos. El eritema

nudoso se acompaña de manifestaciones sistémicas como fiebre, artralgias y edema, tal y como refería el paciente.

Se inicia tratamiento con dapsona 100 mg/día + rifampicina 600 mg/mes + clofazimina 50 mg/día más un suplemento mensual de 300 mg. Para la leproreacción tipo II se inicia tratamiento con prednisona 60 mg/durante 7 días.

En nuestro país se notificaron 10 casos nuevos durante el año 2022¹. La forma clínica predominante fue la multibacilar con 7 casos. En cuanto al país de adquisición, en España se produjeron 2, y los demás procedían de Brasil (2), Colombia (1), Indonesia (1), Guinea Ecuatorial (1), Marruecos (1), Venezuela (1) y Senegal (1). Con estos datos el número de nuevos diagnósticos de lepra en España superó en 5 a los de 2021, por lo que se refleja un ligero ascenso, sobre todo, por los casos importados². El paciente referido procedía de Venezuela, con tasas de prevalencia por debajo de uno por cada 10.000 habitantes, pero que mantiene casos puntuales en algunas áreas³. Finalmente, como reflexión del caso se quiere destacar que aunque en nuestro continente es una patología excepcional, debe ser considerada por los dermatólogos aun en países no endémicos.

Financiación

Los autores de esta publicación declaran que no han recibido ninguna fuente de financiación.

Bibliografía

1. Registro estatal de Lepra año 2022. CNE, Instituto de Salud Carlos III.
2. Cáceres-Durán MA. Comportamiento epidemiológico de la lepra en varios países de América Latina, 2011-2020. *Rev Panam Salud Publica.* 2022;46:e14. <http://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2022.14>.
3. Guevara JR, Ortega-Moreno E, Rodríguez F, Sosa R. Actualización epidemiológica de la lepra en Venezuela. Período 2006-2016. *Dermatol Venez.* 2017;55:21–5.