

## ¿Enfermedad de Hansen?

**Sr. Director:** presentamos el caso de una mujer iberoamericana de 39 años que se queja, desde hace casi 1 año, de adormecimiento en ambos pies. No siente el calor, pues al acercar una pequeña estufa le han aparecido lesiones en la piel de los dos pies. Dos años antes había notado adormecido y decoloración de la piel del brazo izquierdo. Entonces le practicaron una biopsia cutánea que descartó infección específica. Durante seis meses ha seguido quimioprofilaxis con *cemidon* por Mantoux positivo (tras detectarse tuberculosis pulmonar en familiar). Frecuentes epigastralgias con toma de antiácidos (gástritis crónica). Dos amigas suyas están siendo tratadas por enfermedad de Hansen desde hace varios meses.

La exploración demostró pérdida de sensibilidad al dolor y a la temperatura, así como lesiones cutáneas tróficas en los dos pies. Sin evidenciarse engrosamientos nerviosos. Ligero vitílico en brazo izquierdo.

Analítica: Hemograma, bioquímica, hormonas tiroideas, enzimas musculares, vitamina B<sub>12</sub>, velocidad de sedimentación globular (VSG), factor reumatoide (FR) y proteína C reactiva (PCR) normales. Anti-VIH negativos. Ligera hipergammaglobulinemia.

Se plantearon varias posibilidades diagnósticas.

La diabetes y la insuficiencia renal se descartaron por la ausencia de síntomas y la normalidad de glucosa, urea, creatinina e iones. La hepatitis vírica por la normalidad de gammaoxalatotransaminasa (GOT), GPT y bilirrubina (la neuropatía es de características diferentes), mientras la infección por VIH por los Anti-VIH negativos. Los trastornos tiroideos, infrecuentes, como causa de neuropatía, se descartaron por TSH y T4 normales. No había evidencia de vasculitis (VSG, FR y PCR normales) y la radiografía de tórax normal iba en contra de sarcoidosis, en la que se produce neuropatía en menos del 5% de los pacientes. El buen estado general y nutricional hacían improbable una deficiencia vitamínica (aún recibiendo *cemidon*). Había tomado metronidazol en dos períodos diferentes de 7 días por vía oral y a bajas dosis, lo que hacía poco probable un efecto tóxico de este medicamento. No había exposición conocida a tóxicos industriales, pues trabajaba en labores domésticas.

La infección específica por bacilo de Hansen se consideró como bastante probable, toda vez que en el país de origen de la paciente se ha producido un incremento de la incidencia de dicha infección en los últimos años.

Se solicitó interconsulta a dermatología:

La biopsia cutánea resultó ser negativa. Algo esperado, pues la inexistencia de lesiones características hizo que la zona escogida fueran las lesiones tróficas del pie frente a la zona decolorada del brazo. En cualquier caso, el rendimiento de dicha biopsia se suponía muy bajo o nulo.

Neurología informa de una polineuropatía sensitivomotora distal y bastante simétrica en el electromiograma (EMG) de las extremidades, predominando la alteración sensitiva de los nervios con mayor intensidad. Se descartan lesiones medulares y de la base del cráneo en la resonancia magnética nuclear (RMN).

Como conclusiones, a destacar varias. Los consultorios de primaria pueden orientar casos como el que se presenta, siempre que sepamos que infecciones raras en nuestro medio existen y es necesario conocerlas un poco mejor.

La interconsulta a dermatología se basa en realizar biopsia cutánea, que demuestre cambios histológicos sugestivos y bacilos de Hansen, lo que no siempre se logra. Depende del tipo clínico de la enfermedad. Neurología aportará estudios como EMG y RNM, pues la biopsia del nervio se hace pocas veces.

Se ha instaurado tratamiento con sulfona diaria (100 mg) y rifampicina mensual (600 mg) por un período de 2 años, ante la fuerte sospecha clínica y epidemiológica de enfermedad de Hansen.

Dependiendo de la respuesta clínica y la tolerancia a la medicación, otra alternativa sería, minociclina 100 mg + ofloxacino 400 mg + claritromicina 500 mg una vez al mes y durante un período de 2 años.

¿Enfermedad de Hansen? La interrogante indica que el diagnóstico es bastante probable, pero no absolutamente seguro.

No se mencionan los diferentes tipos clínicos, el diagnóstico bacteriológico ni todas las pautas de tratamiento, dada la brevedad de esta carta.

F. B.HERMO MOSQUEIRA  
Hospital Santa Teresa.  
A Coruña.