

## INFILTRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA POR LEPROA. A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Velasco<sup>1</sup>, S. Lozano-Cerrada<sup>1</sup>, M.T. Truchuelo<sup>2</sup>, A. Chinae<sup>1</sup>, A. Vallés<sup>1</sup>, E. Muñoz-Zato<sup>2</sup>, J.A. Pérez-Molina<sup>3</sup>, J. Villarrubia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Hematología y Hemoterapia; <sup>2</sup>Servicio de Dermatología; <sup>3</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

**Caso clínico:** Mujer de 26 años, natural de Paraguay, sin antecedentes de interés y residente en España desde hacía 3 meses, que en marzo de 2011 consultó en Urgencias por lesiones cutáneas en brazos, piernas y tronco; dolorosas, de aparición progresiva en las 2 semanas previas, con exudación purulenta en una de ellas. Había presentado fiebre de hasta 40°C en los 10 días previos. En la exploración física destacaba: 1) Numerosos nódulos subcutáneos de 1,5-2 cm de diámetro con pigmentación marronácea y piel suprayacente inflamada. 2) Úlceras en ambos pies de bordes geográficos y fondo fibrinoso, la mayor de 3 cm diámetro. 3) Adenopatías supraclaviculares, axilares e inguinales bilaterales de 1-2 cm. 4) Hepatoesplenomegalia. 5) Hipoestesia térmica en ambos miembros inferiores, antebrazos y parte posterior de cintura pélvica; sensibilidad dolorosa disminuida en pie izquierdo y parte anterior de ambas piernas; resto de la exploración neurológica normal. Reinterrogada, afirmaba tener lesiones cutáneas desde hacía 1 año, pero en las últimas 2 semanas habían cambiado de aspecto y habían aparecido fiebre y supuración.

**Pruebas complementarias. Analítica:** destacaba anemia ferropénica marcada, trombocitosis (670.000), leucocitos 8.580 (fórmula normal), bioquímica, hemostasia y básico de orina sin alteraciones. Frotis de sangre periférica: linfocitos atípicos, anisopoiquilocitosis. Inmunofenotipo de sangre periférica: sin alteraciones. Biopsia cutánea profunda: paniculitis por micobacterias con intensos fenómenos de abscesificación. Biopsia de úlcera de pie izquierdo: infiltrado histiocitario microvacuolado sugestivo de lepra. Microbiología: Mantoux negativo, Ziehl de exudado piel y mucosa nasal positivo. Hemocultivos negativos. Pruebas serológicas/cultivos para VHB, VHC, VIH, Sífilis, *Tripanosoma cursi*, parásitos en heces, Hongos regionales, *Strongyloides*, *Leishmania* e *Histoplasma capsulatum*: todos negativos. TAC body: hepatoesplenomegalia, adenopatías axilares, inguinales e ilíacas bilaterales. Electromiograma: polineuropatía sensitivo-motora mixta, de predominio axonal y asimétrica en MMII.

**Estudio de médula ósea. MGG:** hiperplasia macrofágica de características reactivas. Ziehl: infiltración masiva por bacilos ácido alcohol resistentes. Compatible con Lepra lepromatosa (**ver imagen adjunta**). Inmunofenotipo sin alteraciones. La paciente recibió tratamiento con dapsona, rifampicina y clofazimina (terapia MDT), con buena evolución clínica de las lesiones cutáneas y disminución de la hepatoesplenomegalia. Hubo que aumentar la dosis de clofazimina (300 mg/día) y añadir prednisona 0,5 mg/kg/día al desarrollar una leproreacción tipo eritema nodoso.

