

# CLASIFICACION DE LA LEPROA

## Doctor **NICOLAS V. GRECO**

Professor titular de Clínica Dermatofiligráfica en la Universidad de la Plata — Professor extraordinario de la misma en la Universidad de Buenos Aires.

La "Revista Brasileira de Leprologia" publicó en sus números de Junio, Setiembre y Diciembre del año ppdo, en su parte editorial, un esbozo de Nueva Clasificación de la Lepra, para recibir sugerencias de los leprólogos Sud-Americanos, de modo a poder presentar, en la próxima Conferencia Internacional de Lepra, una clasificación basada en puntos de vista uniforme y ya probada por la práctica de su empleo".

"Ruego al apreciado colega, emitir su valiosa opinión sobre la misma, para que se pueda presentarla más tarde, considerando el pensamiento de la mayoría de los colegas Sud-Americanos".

Tal es la Nota que hemos recibido del distinguido Redactor de la "Revista Brasileira de Leprologia" Doctor Nelson de Souza Campos, Sub-Director del Servicio de Profilaxis de la Lepra, de San Pablo y que nos es muy grato contestar.

— — — — —

Ante todo debemos considerar lo que nos proponemos cuando se quiere establecer una Clasificación de la Lepra, es decir, qué base debe tener.

Es clínica?, es anatómica?, es histopatológica?, es biológica?

Lo científico parecería, para ser completo, que en la clasifica-

ción de la lepra se tengan en cuenta todas estas bases, si se pudieran estudiar todos los enfermos desde esos diversos puntos de vista.

Pero en la práctica, no puede ser así, porquê los enfermos de lepra son examinados tanto por los dermatólogos como por los leprólogos o por los clínicos dedicados a enfermedades infecciosas o por los médicos clínicos generales, los cuales no siempre disponen de todos los elementos de comprobación necesarios para agregar al examen clínico las constancias de un examen histopatológico o de una reacción biológica. Por eso lo verdaderamente práctico es una clasificación clínica de los enfermos de lepra que se presenten a nuestro examen, utilizable por todos los médicos especializados o nó y dispongan, o nó de elementos de comprobación. Esta clasificación bastaría para ordenar y comparar las estadísticas, conduciría a la valuación del pronóstico y de los tratamientos hechos, cooperando así a la profilaxis de la lepra con criterio eficaz.

La clasificación clínica deducida de la observación de los enfermos, traduce también al exterior el estado de la estructura modificada de sus diversos órganos y tejidos, de allí que los errores de esa clasificación, sin duda, no pueden ser de consideración. Errores de apreciación se cometen igualmente y tal vez más al examinar los preparados histopatológicos y al considerar las reacciones biológicas que la experiencia señala como útiles.

Todo ello es perfectamente explicable por el estado orgánico de cada enfermo, por el régimen de vida del mismo, por la virulencia del bacilo de Hansen o por los tratamientos hechos.

Las clasificaciones primarias hasta ahora adoptadas adolecen del defecto de la excesiva simplicidad que no permiten conocer bien el estado de un determinado enfermo en el momento del examen y ello se debe más que todo al concepto básico unilateral, muy esquemático, en que se fundan, descuidando los observadores que la lepra es una infección general y que los síntomas múltiples muy apreciables o atenuados no pertenecen a un sólo sistema orgánico.

Esto es aplicable a las clasificaciones primarias hasta ahora propuestas, sean las fundadas en el sistema anatómico como en el sistema histopatológico u otras. Esta crítica ya ha sido hecha a la clasificación anatómica de DANIELSSEN y BOECK (1848) y de LELOIR (1886) etc., basada en las lesiones del aparato cutáneo y del aparato nervioso, estudiándose la enfermedad en lepra sistematizada tegumentaria o cutánea o tuberosa y en lepra sistematizada nerviosa o trofoneurótica y en lepra mixta por participar

de los caracteres de ambas. La CONFERENCIA DE MANILA en 1931 aceptó dicha clasificación general estableciendo los dos tipos de lepra cutánea y lepra nerviosa. Parecido es el criterio sustentado por mayoría en el 1.er CONGRESSO INTERNACIONAL DE LA LEPRO (o IV.<sup>a</sup> Conferencia Internacional de la Lepra) realizado en el Cairo en 1938, que aceptó los dos tipos de la Conferencia de Manila, el tipo nervioso y el tipo lepromatoso. A este respecto tomamos los datos que siguen sobre los mismos del Relatorio del .DR. LAURO DE SOUZA LIMA publicado en la "Revista Brasileira de Leprologia" de Junio de 1938. Vol. VI n.º 2. pág. 181. "En el tipo nervioso han incluido los casos de forma "benigna" de lepra con disturbios de naturaleza polineurítica (esto es alteraciones de la sensibilidad periférica, disturbios tróficos, atrofas y parálisis y sus secuelas, o máculas de naturaleza no lepromatosa, esto es leprides, habitualmente con disturbios sensitivos localizados). Generalmente reaccionan positivamente a la leprolina. Las lesiones de la piei son bacteriológicamente típicas, pero no invariablemente, negativas por los métodos clásicos de examen, si bien se puede hallar la mucosa nasal positiva. — Muchas de las lesiones son histológicamente tuberculoides".

"En el tipo lepromatoso, se incluyen todos los casos de forma maligna de lepra, relativamente no resistentes y de mal pronóstico, habitualmente negativos a la leprolina, teniendo lesiones lepromatosas de la piei y de otros órganos, especialmente de los troncos nerviosos. El examen bacteriológico revela generalmente abundantes bacilos. Los disturbios de naturaleza polineurítica pueden o no estar presentes en los estadios más tardíos de los casos primitivamente lepromatosos y muchas veces presentes en los que se originan secundariamente de la forma nerviosa".

"Hay una SUBCLASIFICACION GENERAL en nerviosos y err lepromatosos leves, moderadamente avanzados, y avanzados, además de los casos mixtos y de casos nerviosos secundarios (es decir, antes lepromatosos). Y también una SUBCLASIFICACION ESPECIAL (según la naturaleza de las lesiones presentadas en: tipo lepromatoso y en tipo nervioso. El tipo nervioso subdividido en anéstésico y maculoso y el tipo nervioso maculoso dividido en simple y tuberculoide y este en tuberculoide menor y mayor".

Sobre clasificación primaria de la lepra H. W. WADE recuerda otras en un artículo aparecido en "The American Journal of Trop. Med. 1937 vol. 17 n.º 6 pág. 773, traducido por el Dr.

LAURO DE SOUZA LIMA para la "Revista Brasileira de Leprologia", publicado en el Vol. VI, n.º 1 Marzo de 1938, pág. 49, con el título de Revisión propuesta para la clasificación dada por la "Memorial Conference de Manila. Cita la clasificación biológica de TISSEUIL en cuatro periodos (1 año, 2ario, 3ario, y 4ario), la clasificación alérgica de MONTIEL en tres estadias, según la facilidad de encontrar los bacilos, o en su aumento o regresión de los mismos, la clasificación dinámica de KUZNETZOW en cuatro periodos de latencia, florecimiento (casos benignos o de lepra nerviosa y malignos o lepra cutánea), estabilidad y curación, la clasificación unitaria de RABELLO con base unitaria clinico-epidemiológica en cuatro formas o variedades, trofoanestésica, tuberculoide, maculosa, lepromatosa. En. Setiembre de 1938 (n.º 3 vol. VI) de la "Revista Brasileira de Leprologia" el PROF. ED. RABELLO y RABELLO (Junior) en su artículo Une classification clinico-épidemiologique des formes de la lepre, han simplificado la clasificación primaria de la lepra en tres formas principales: lepromatosa, máculo-anestésica y tuberculoide, con subdivisiones de la máculo-anestésica en maculosa, trofo-anestésica y máculo-anestésica propiamente dicha. Hacen notar además la concordancia entre los procesos anatomopatológicos, el tenor en bacilos y la clínica.

La "Revista Brasileira de Leprologia" para armonizar ideas sobre una clasificación de la lepra después de la discusión que al respecto se produjo en el Ier. Congresso Internacional del Cairo y para uniformar en lo posible la opinión Sud Americana, presenta como base de discusión la siguiente proposición inicial.

CLASSIFICACION PRIMARIA (Formas clínicas originadas por la lepra)	{ Lepromatosa Inflamatoria simple (Incaracterística) Tuberculoide.
---	--

Esta clasificación está sostenida con brillantez por el distinguido Profesor de Dermatosifilografía de San Pablo, DOCTOR J. AGUIAR PUPO en su trabajo: - Das formas clinicas da Lepra Modalidades invasoras y reaccionarias — Publicado en la "Revista de Leprologia" n.º 4 Vol. VII. de Diciembre 1939, pág. 357.

En el CUADRO I. de este trabajo sintetiza su clasificación que nosotros ampliamos con datos tomados de la misma publicación del Prof. Aguiar Pupo:

CLASSIFICACION DE LAS FORMAS CLINICAS DE LA LEPPA. 1 (Segun el Prof. J. Aguiar Pupo basada en el examen de 583 enfermos)

<p><b>FORMAS ORIGINALES</b> (Clasificación primaria).</p>	<p><b>FORMA LEPROMATOSA</b> (100 enfermos) = a 17,1%. <b>(Lepra sistemizada tegumentaria de Leloir y Forma lepromatosa de la Conferencia del Cairo):</b> Lepromatosos son todos los casos de estructura lepromatosa que se desarrollan en los tegumentos cutáneos y mucoso, en el sistema nervioso periférico y en las vísceras, presentan lepromas, infiltración lepromatosa, lesiones maculosas, lepromatosas, etc. y neuritis tronculares y habitadas, con estructura lepromatosa. La bacteriología en estos casos es siempre e invariablemente positiva y la lepromina-reacción siempre negativa.</p> <p><b>FORMAS INFLAMATORIAS SIMPLES O INCARACTERISTICAS.</b> (401 enfermos) = 68,7%. <b>(Lepra trofoneurótica de Leloir. — Lepra nerviosa simple de la Conferencia del Cairo).</b> Se incluyen en estas formas, las lesiones maculosas, eritemato-discrómicas, las neuritis tronculares, las zonas de anestesia, fenómenos tróficos, la inmunialergia instable, la bacteriología igualmente variable y las formas transicionales que evolucionan tal vez más frecuentemente hacia la forma lepromatosa, pudiendo también evolucionar hacia la tuberculoides.</p> <p><b>FORMA TUBERCULOIDE</b> (29 enfermos) = 4,9%. Son incluidas todas las lesiones tuberculoides primarias o secundarias con granuloma de tipo foliolar tuberculoides así como las formas reaccionarias de esa modalidad clínica, incluyendo las manifestaciones de los nervios. Con excepción de las formas reaccionarias la bacteriología es frecuentemente negativa y la inmunoreacción siempre positiva.</p> <p><b>FORMA COMBINADA O DE TRANSICION:</b> (14 enfermos) = 2,4%. <b>(Lepra mixta o completa de Leloir) —</b> Simultaneidad de síntomas o estructuras propias de las formas originales: La forma inflamatoria simple con la lepromatosa o con la forma tuberculoides y más raro la forma tuberculoides con la lepromatosa.</p> <p><b>FORMA A ERITEMA POLIMORFO</b> 35 enfermos = 6%. <b>(Lepra-reacción) —</b> Forma de reacción complementaria habitualmente denominada "reacción leprótica" revistiendo los diversos tipos clínicos del síndrome del eritema polimorfo. Resultado de los estados invasores de la enfermedad caracterizada por procesos resolutivos primitivos o intercurrentes a las formas originarias de la lepra. Son reacciones cutáneas y generales verificadas en los casos de inestabilidad inmuno alérgica (estado alérgico de Muir o paraalérgico de Mendes y Griceco). La sintomatología toma un tinte invasor de la enfermedad con diseminación septicémica y fenómenos tóxicos infecciosos generales y locales.</p>
---	--

El PROFESOR AGUIAR PUPO completa la clasificación anterior en los Cuadros II á VI con la sintomatología más saliente de cada forma expuesta en el Cuadro I y además agrega en el Cuadro VII las aspectos clínicos generales de: formas evolutivas de la lepra (incipientes, activas o quiescentes, extinguidas o residuales), de formas críticas de la lepra, Algica (artralgias, mialgias y neural-gias), tifo-leprosa (eritema polimorfo con brotes agudos febriles y sub-intrantes), visceral, anémica, anérgica (pnilepromatosis difusa y extensiva) y formas invasoras de la lepra (diseminación hema-tOgena). Agrega además en el Cuadro VIII la notación correspondiente.

La clasificación anterior se rige por el criterio histo-patológico de la evolución de la lepra y se la ha presentado como hemos dicho como base de discusión para el referendum propuesto por la "Re-vista Brasileira de Leprologia".

En un examen de la misma se observa que la forma inflamatoria simple o incharacterística comprende el 68.700/h de los casos examinados, es decir poco más de los 2/3 parte de los enfermos de dicha estadística, a los cuales si se les agrega el 2,4% de las formas transicionales o combinadas, tenemos un total de 71,1% de casos, es decir, más las 2/3 partes de los enfermos de la estadística, en los cuales hay que recurrir a la sintomatología clínica para distinguirlos enre si.

Quedan después un 17,1% de pacientes de la forma lepromatosa y un 4,9% de la forma tuberculoide consideradas puras, es decir, un total de 22% de casos de lepra, que también con los conocimientos actuales, la clínica puede clasificarlos en general, casi sin equivocarse.

De donde resulta que solamente este 22% de enfermos tendria en la clasificación histopatológica primaria un sentido bien definido y no asi los otros 77,1%, clasificados como formas incharacterísticas y combinadas o de lepra-reacción, asociadas a ellas, sin poderles dar un sentido preciso, debiéndose recurrir a los cuadros clínicos auxiliares complementarios de la misma clasificación para ubicar los casos.

Se trata así de una deficiencia fundamental en la clasificación primaria propuesta.

Entendemos que la comprobación histo-patológica, cuando puede realizarse, es siempre posterior al examen clínico, luego no puede ser básica en la clasificación, sino complementaria. Es lo que sucederia si se quiere clasificar previamente al epiteloma cutáneo que trae un enfermo diciendo que es basocelular o espino-celular o mixto.

Con lo dicho, es evidente que una clasificación de la lepra debe fundarse previamente en la sintomatología de los enfermos (sin dejar de aprovechar los conocimientos ya adquiridos en histopatología para ordenar los síntomas más salientes y más característicos con denominaciones que hagan resaltar su probable o segura estructura histopatológica) y como un medio también de llegar al pronóstico evolutivo de la enfermedad en el caso estudiado y para reunir los casos análogos en el sentido de la profilaxis, Reacciones biológicas, etc. serán empleadas con el mismo fin y siempre como elemento complementario de la clínica.

Como interpretación de esta manera de ver nosotros nos inclinamos hacia la clasificación clínica primaria de la lepra, la cual debe

señalar claramente el estado de cada enfermo y la probable evolución de la enfermedad. Ya hemos dicho antes que no debe olvidarse que la lepra tiene unidad etiológica cuyas variantes evolutivas no bastan para establecer especies de lepra diversas, sean de orden anatómico o de orden histopatológico o biológico.

Por las consideraciones anteriores propongo la siguiente CLASIFICACION CLINICA DE LA LEPRAS: — conforme cuadro en las paginas siguientes:

La clasificación expuesta no necesita mayores explicaciones. El médico anota los síntomas que encuentra en el enfermo, los compara si le es posible con el examen experimental, y fácilmente deduce de ello o el pronóstico sobre el éxito del tratamiento a emplear o los consejos profilácticos de acuerdo a la mayor o menor contagiosidad de las lesiones respecto a la eliminación y difusión posible de los bacilos de Hansen.

La misma clasificación respeta la unidad del bacilo de Hansen como agente etiológico de la lepra, no admite especies fijas de lepra y la sintomatología da cuenta además de las reacciones sucesivas del organismo donde se desarrolla el proceso. Es además una exposición simple de la evolución de la enfermedad y de su gravedad o benignidad relativas. En una palabra con la clasificación clínica expuesta se adquiere de inmediato la noción exacta del estado actual del enfermo o de la evolución probable de la enfermedad en el mismo.

Si para casos determinados (fichas abreviadas, por ejemplo) se desea emplear una Notación con símbolos, es fácil establecerla como se ha hecho en las Conferencias de Manila y del Cairo usando la primera o la primera y segunda letra que corresponden al síntoma importante. En general, consideramos la notación abreviada como una complicación clínica sin trascendencia y además empleada especialmente para la lepra, dará siempre la impresión de que esta es una enfermedad de excepción entre las otras enfer-

## CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LA LEPROA

<b>I. LEPROA LOCALIZADA O INICIAL.</b>	Lepride o leproma cutáneo Rinitis Úlcera lepromatosa cutánea o mucosa			
<b>II. LEPROA GENERALI- ZADA.</b>	Evolutiva - Incipiente-Moderada-Avanzada-Quiescente- Regresiva - Extinguida. —	( Monosintomática - Plurisintomática. )	Tipo febril " eritematoso " eritemato-vesiculoso " papuloso " nudoso Reacción tifo-leprótica Reacción alérgica (miálgica, artrálgica, neuralgica)	Primaria Recidivante
<b>III. LEPROA EVOLUTIVA</b>	<b>1. - Lepra ganglionar:</b> <b>2. - Lepra aguda y sub-aguda.</b>	Primitiva - Secundaria Reacción leprótica (Eritema Polimorfo)	Exantemática Eritematosa Eritemato-discrómica Eritemato-escamosa Hiperocrómica (lepra lentiginóide) Acrómica Eritema nudoso Maculosa marginada (tuberculoide) Tuberosa-Leontiasis leprosa (lepra leonina)	Tuberculoide Nódulo pápulo-folicular (liquenoide) Nódulo o pápulo-tuberosa eruptiva lupóide Nódulo ó tuberosa } sarcóidica
<b>3. - Lepra cutánea o tegumentaria.</b>	Rinitis exulcerada (Epistaxis) Rinitis ulcerada (Mutitante del tabique nasal) Lepromatosis infiltrada y nodular bucal, faríngea, laríngea	Lepra ocular	Conjuntivitis Queratitis — Iritis — Iridociclitis	Maculosa Nodular
<b>4. - Lepra de las mucos as y de los órga- nos de los sentidos.</b>	Lepra ocular	Conjuntivitis Queratitis — Iritis — Iridociclitis	Tuberosa-Leontiasis leprosa (lepra leonina)	Tuberculoide



<p>Polineuritis funicular-moniliforme          Neuritis nodo-caseosa (Tuberculoide)          Radiculitis          Disestésica — Anestésica-Hiperestésica</p>	<p>Anhidrótica          Alopecía          Péfingo leproso          Vitiligo leproso          Mal perforante          Amiotrofias - Mano en garra - Máscara Antonina          Parálisis          Ulcerosa - Lepra escarótica - Lepra lazarina          Panadizo analgésico          Atrófias y necrosis óseas - Osteomalacia leprosa - Lepra mutilante.</p>	<p>Positiva fuerte + + +          Positiva + +          Positiva débil +          Negativa  --- </p>
<p>5. - <b>Lepra nerviosa</b></p>	<p>Síndrome inmunológico - Lepromina - reacción de Mitsuda (Lepromin test)</p>	
<p>6. - <b>Lepra genital</b>          7. - <b>Lepra visceral</b></p>	<p>Síndrome bacterioscópico de mucus nasal, lesiones cutáneas lesiones nerviosas.</p>	<p>Bacilifera          Pauci-bacilifera          Bacilos inconstables</p>
<p>8. - <b>Lepra experimental</b></p>	<p>Síndrome histo-patológico.</p>	<p>Lepra inflamatoria simple          Lepra neoplástica (lepromatosa o leprótica)          Lepra tuberculoide.</p>
<p>9. - <b>Síndromes Promóxicos — Profilácticos.</b></p>	<p>Lepras mas o menos activas, bacilíferas.</p>	<p>Bacterioscopia positiva - Estructura lepromatosa inflamatoria - Reacción de Mitsuda — generalmente negativa.</p>
	<p>Lepras poco activas.</p>	<p>Bacterioscopia paucibacilar o bacilos inconstables - Estructura tuberculoide - Reacción de Mitsuda generalmente positiva.</p>
	<p>Lepras de actividad variable y transicionales.</p>	<p>Bacterioscopia, estructura y reacción inmunológica variables.</p>

medades, lo que sin duda es un absurdo dentro de la Clínica, la Patología y la Profilaxis.

## RESUMEN

La encuesta de la "Revista Brasileira de Leprologia" sobre clasificación de la lepra con la base de la proposición inicial que las formas clínicas originadas por la lepra debieran dividirse en la clasificación primaria en formas lepromatosa, inflama tona simple (incaerística) y tuberculoide, explicadas e ilustradas convenientemente por el Profesor Dr. J. Aguiar Pupo, es contestada haciendo notar que esta clasificación tiene solamente fundamentos histopatológicos. Efectivamente los 68.70% de los casos de la estadística del profesor Aguiar Pupo pertenecen a la forma inflamatoria simple o incaerística, que con más los 2,4% de las formas transicionales o combinadas, forman un total de 71,1% de enfermos, en los cuales hay que recurrir a la sintomatología clínica para distinguirse entre sí. Quedan después un 17,1% de la forma lepromatosa y un 4.9% de la forma tuberculoide consideradas puras, es decir un total de 22% de casos de lepra, que también con los conocimientos actuales, la clínica puede clasificarse en general, casi sin equivocarse. De todos modos solamente este 22% de enfermos tendría en la clasificación histopatológica primaria un sentido clínico más definido, no así los otros 77,1% clasificados como formas incaerísticas y combinadas o de lepra-reacción asociada a ellas, sin poderles dar un sentido preciso, debiéndose recurrir a los cuadros clínicos auxiliares complementarios de la misma clasificación para ubicar los casos.

Es que la comprobación histopatológica, cuando puede realizarse, es siempre posterior al examen clínico, luego no puede ser básica en la clasificación sino complementaria o subsidiaria.

Además la demasiada simplicidad de las anteriores clasificaciones anatómicas, en lepra tegumentaria, nerviosa y mixta obligan a perfeccionar la clasificación de la lepra de acuerdo con su evolución clínica, la que refleja también con bastante verdad lo que sucede en la intimidad de los tejidos y órganos.

El Autor se inclina a la clasificación clínica que en lo fundamental explica en un CUADRO, La clasificación clínica primaria de la lepra, debe poder representar exactamente el estado de cada enfermo y la probable evolución de la enfermedad, en el momento del examen tomando en cuenta además cuando sea posible los conocimientos que pueden resultar de los exámenes biológicos, de histopatología, o de bacteriología. El pronóstico, el tratamiento

y la profilaxis quedaran asi mejor establecidos.

En el CUADRO de la Clasificación clinica del Autor estan netamente expresados estos conceptos, teniendo en cuenta que la etiologia de todos los casos de lepra es única, el bacilo de Hansen, y por consiguiente no puede haber formas o especies de lepras, si-no modalidades clinicas debidas a la virulencia mayor o menor del bacilo de la lepra, al estado funcional del organismo que se enferma y al ambiente en que esta obligado a actuar. A lo sumo, como en todas las enfermedades infecciosas puede haber algün predominio mas o menos estarble o momentaneo de los sintomas de un aparato organico afectado mas que otro. Pero esto no basta para crear formas fundamentales o especies de lepra.

Buenos Aires, Mayo 3 de 1940.