

Diagnóstico de lepra en una comunidad ecuatoriana

Diagnosis of leprosy in an Ecuadorian community

Baquero Suárez Jacqueline María¹ <https://orcid.org/0000-0001-7011-2540>

Gámez Sánchez Donelia^{2*} <https://orcid.org/0000-0002-3770-7179>

Dueñas Moreira Odeite² <https://orcid.org/0000-0003-3600-1024>

¹Dirección Provincial de Salud. Santiago de Cuba, Cuba.

²Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. doneliagamezs@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La lepra es una infección bacteriana compleja causada por el bacilo *Mycobacterium leprae*, puede causar discapacidad, afecta principalmente a la piel, los nervios periféricos, la mucosa de las vías respiratorias superiores y los ojos.

Caso clínico: Paciente de 22 años de edad, con enfermedad de Hansen, facie Leonina, con lesiones nodulares diseminadas en la cara de color violáceo, deformidades en ambas manos, nódulos en ambos brazos y pies y pérdida de la sensibilidad superficial y profunda.

Conclusiones: En el Ecuador la Lepra puede ser calificada como de baja endemia, la tasa de detección han ido descendiendo progresivamente en los últimos diez años.

Palabras clave: Hansen; lepra; facie leonina; endemia.

ABSTRACT

Introduction: Leprosy is a complex bacterial infection caused by the *Mycobacterium leprae* bacillus. It can cause disability and mainly affects the skin, the peripheral nerves, the mucosa of the upper respiratory tract and the eyes.

Case report: 22 years patient with Hansen's disease, *Leonine facies*, with purplish colour nodular lesions spread out in the face, deformities in both hands, nodules in both arms and feet, and loss of superficial and deep sensitivity.

Conclusions: In Ecuador leprosy can be qualified as low endemicity. The detection rate has been falling progressively over the past ten years.

Keywords: Hansen; leprosy; leonine facies; endemics.

Recibido: 20/09/2017

Aprobado: 25/12/2017

INTRODUCCIÓN

La lepra es una infección bacteriana compleja causada por el bacilo *Mycobacterium leprae*. La enfermedad, que puede causar discapacidad, afecta principalmente a la piel, los nervios periféricos, la mucosa de las vías respiratorias superiores y los ojos. Son síntomas de la lepra: Manchas en la piel, que pueden ser blanquecinas, rojizas o cobrizas; pueden ser aplanadas o elevadas; no pican; usualmente no duelen; pierden la sensación de calor, tacto o dolor y pueden aparecer en cualquier parte de la piel. Otros signos de la lepra incluyen: Nódulos enrojecidos o del color de la piel, o un espesamiento suave, brillante y difuso de la piel sin pérdida de la sensibilidad.

En el mundo, de acuerdo con informes oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), recibidos durante 2011, de 105 países y territorios, la prevalencia de la lepra fue de 0,34 casos por 10 000 habitantes con 181,941 casos registrados, mientras que la incidencia fue de 4,06 casos por 100 000 habitantes con 219,075 casos nuevos de lepra.⁽¹⁾

De los 24 países que informaron casos nuevos en 2011, con la excepción de Brasil, todos los países habían alcanzado la meta de eliminación de la lepra a nivel nacional y 18 de ellos la habían alcanzado a primer nivel administrativo sub-nacional. En 18 países y territorios no se registraron casos de lepra en 2010 y 2011. Desde 2006, se presenta un descenso en el número de casos nuevos de lepra reportados en la Región, pasando de 47 612 en 2006 a 36 494 en 2011 (Brasil reportó el 93,04 % de los casos nuevos); asimismo, la prevalencia notificada bajó de 0,72 por 10 000 habitantes en 2006, a 0,39 en 2011.⁽²⁾

En Ecuador existen al menos 144 casos, entre 2013 y 2014 se identificaron 43 nuevos pacientes.

El diagnóstico temprano y el tratamiento con Poliquimioterapia (PQT) continúan siendo la estrategia principal para reducir el peso de la lepra en el mundo. El doble efecto de la detección precoz, al reducir la cadena de transmisión de la enfermedad y los casos con discapacidad de grado II en una comunidad, ha sido la pieza clave de la estrategia global adoptada por los programas nacionales contra la lepra y vigente de 2011 a 2015. El número y proporción de casos multibacilares indican la presencia de casos avanzados y la magnitud de la infección en la comunidad.⁽³⁾

Clasificación basada en el número de lesiones

- Enfermos de lepra Paucibacilar de lesión única (una lesión cutánea).
- Enfermos de lepra Paucibacilar (2 a 5 lesiones cutáneas).
- Enfermos de lepra Multibacilar (más de 5 lesiones).

Para los fines de tratamiento no es necesario la clasificación anterior, sin embargo tanto la lepra lepromatosa (LL) como la limítrofe o dimorfa de la clasificación de Madrid, Bordenline Lepromatoso (BL), Bordenline bordenline (BB) y algunos casos de Bordenline Tuberculoso (BT) de la clasificación de Ridle y Jopling se incluyen como multibacilar (MB). La indeterminada y tuberculoide de la clasificación de Madrid, y la lepra indeterminada, tuberculoide y la mayor parte de los casos BT de la clasificación de Ridley y Jopling, se clasifican como paucibacilar (PB). Operacionalmente, se basa en el número de lesiones, especialmente las cutáneas, o en el número de zonas corporales afectadas. La hipótesis es que la inmunidad protectora guarda correlación inversa con el número de lesiones o el número de zonas corporales afectadas, por tanto, los enfermos de lepra MB presentan un número considerablemente mayor de lesiones o zonas corporales afectadas que los pacientes de lepra paucibacilar.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 22 años de edad, mestizo, que nace en Salitre, provincia del Guayas, vive en Riobamba hace aproximadamente 5 meses, soltero, instrucción secundaria, estudiante. Acude a consulta por presentar hace 6 meses erupción cutánea, nódulos a nivel de la cara las que se acompañan de prurito, al interrogatorio refiere que desde hace aproximadamente 8 años presentó unas manchas de color blanquecino a nivel de espalda y

hace 5 meses presenta aumento de volumen a nivel de cara y ambas orejas además de obstrucción nasal. Con este cuadro se realiza interrogatorio y examen físico.

APF: Tío que vive en Salinas, diagnosticado de lepra lepromatosa.

APP: No refiere.

Después de realizado el interrogatorio se le practica un examen físico.

Examen Dermatoneurológico: Piel reseca y atrófica.

Cara: Presenta facie leonina, lesiones nodulares de color violáceo diseminadas en la cara, con eritema tenue y pápulas de color ajamonado e infiltración del lóbulo de ambas orejas (Fig. 1).



Fig. 1- Paciente con lesiones de lepra lepromatosa.

Miembros superiores e inferiores: Deformidades en ambas manos (manos en garra), nódulos diseminados en ambos brazos y pies (Figs. 2 y 3), en piernas presenta placas violáceas escasas y marcada xerosis con pérdida de pelos.



Fig. 2- Paciente con deformaciones de manos (manos en garra).



Fig. 3- Paciente con nódulos en los pies.

Nervios periféricos: Nervios radiales y cubitales muy engrosados (signo de gusano), pérdida de la sensibilidad superficial y profunda (batiestesia y parestesia).

Se plantea diagnóstico de lepra lepromatosa, por lo que se solicita exámenes de laboratorio, se envía con formulario de referencia a Hospital Provincial General Docente de Riobamba al servicio de Consulta externa, especialidad Dermatología. Una vez evaluado el paciente por el dermatólogo, se confirma el diagnóstico clínico de enfermedad de Hansen o Lepra lepromatosa y se envía referencia al Hospital de Infectología "José Daniel Rodríguez Maridueña", se le realiza baciloscopía de linfa de orejas, nariz, codo y rodilla, para completar el caso.

Resultados de laboratorio

Hemoglobina: 14,6 g/dl

Hematocrito: 43,5 %

Velocidad de Sedimentación: 14 mm/h

Serología VDRL: No Reactiva

Transaminasa Glutámico Oxalacética: 25 U/L

Transaminasa Glutámico Pirúvica: 47 U/L

Fosfatasa alcalina: 72 U/L

Bilirrubina Directa: 0,3 mg/dl

Bilirrubina Indirecta: 0,7 mg/dl.

Bilirrubina Total: 1mg/dl

DISCUSIÓN

La lepra penetró en el área mediterránea en la Antigüedad, y en el siglo IV llegó al centro de Europa. La causa fue la creciente decadencia de la antigua cultura del baño. Mientras que la Roma pagana era conocida por sus termas, muchos cristianos consideraban pecado el contacto y lavado del cuerpo. Hasta que no regresaron los cruzados de Arabia, los baños no volvieron a ser populares, al menos provisionalmente; durante casi 1000 años la higiene del cuerpo estuvo mal vista.⁽⁴⁾

La aparición de la enfermedad y sus diferentes manifestaciones clínicas dependen de la respuesta del sistema inmunológico del organismo frente al patógeno.^(5,6)

Según el Programa Nacional de Lepra, en el Ecuador existen más de 130 casos en tratamiento con PQT, 100 % cobertura de tratamiento con PQT, 80 % de los casos en tratamiento se encuentran concentrados en 4 provincias. Las provincias con mayor carga de Lepra son Guayas y Los Ríos, 1,2 % de los casos nuevos son menores de 15 años, 72,8 % de los casos nuevos detectados son Multibacilares y 2,1 % de los casos nuevos detectados presentan discapacidad grado II.⁽⁷⁾

Actualmente, el diagnóstico y el tratamiento de la lepra no son complicados y la mayoría de los países endémicos se esfuerzan por integrar los servicios de atención a esta enfermedad en los servicios de salud generales existentes. Esto es especialmente importante para las comunidades insuficientemente atendidas y marginadas, con más riesgos de sufrir esta enfermedad, habitualmente los más pobres entre los pobres.

La OMS ha recomendado cambiarle el nombre a la lepra y llamarla 'Enfermedad de Hansen', esto con el fin de que se vaya perdiendo la estigmatización a estos pacientes y los mitos que giran alrededor de esta patología.^(8,9)

CONCLUSIONES

El diagnóstico de lepra se realiza a través de los siguientes criterios:

Clínico (síntomas y signos de la enfermedad). Paciente con Discapacidad Grado II.

Epidemiológico (vivir durante 22 años en una provincia con alta prevalencia de lepra, contacto intradomiciliario con un tío con lepra lepromatosa).

Laboratorio: Baciloscopia positiva

Los 3 criterios para hacer el diagnóstico estuvieron presentes en el paciente, quedando demostrada la fuente de infección.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. En el día mundial contra la Lepra. Bogotá Colombia 2013 [acceso: 05/06/2016]. Disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1781:en-el-dia-mundial-de-la-lucha-contra-la-lepra-&Itemid=487
2. Plan de Acción para Acelerar el Logro de la Eliminación de la Lepra en América Latina y el Caribe 2012-2015 [acceso: 02/06/2016]. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=26612&Itemid
3. Tu ayuda es su futuro. Para que la Lepra no marque sus vidas. 2010 [acceso: 05/06/ 2016]. Disponible en: http://www.calleb.cult.cu/editorial/2010/felix_2010.html
4. Grandes Catástrofes de la Historia: LA LEPRÁ. 2011 [acceso: 16/06/2011]. Disponible en: http://www.google.com/cu/imgres?imgurl=http://www.portalplanetasedna.com.ar/archivos_varios2/lepra2.jpg&imgrefurl=http://www.portalplanetasedna.com.ar/lepra.htm&usq=__8mcr1G8vDLcmZXXA
5. García Martínez S. Lepra Multibacilar. A propósito de un caso. 2011 [acceso: 12/02/2011]. Disponible en: <http://www.conganat.org/7congreso/PDF/274.pdf>
6. Manual técnico administrativo para el control y vigilancia epidemiológica de la lepra en el Ecuador. Ministerio de salud; 2010.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Relevé épidémiologique hebdomadaire 27 august. Weekly epidemiological record. 2010(35):337-8.
8. Blanco Córdova C.A., Cangas García T. Lepra: Impacto psicosocial. Enferm. glob. 2012 [acceso: 18/09/2017];11(25):287-98. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000100018&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000100018>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Jacqueline María Baquero Suárez: Participó en la elaboración, análisis e interpretación de los resultados e informe final.

Donelia Gámez Sánchez: Revisión bibliográfica, análisis e interpretación de los resultados e informe final.

Odeite Dueñas Moreira: Recogida de la información e informe final.