

28 DE ENERO DE 2024

# DÍA MUNDIAL CONTRA LA LEPRA



ACTUALIZACIÓN

# LEPRA EN URUGUAY

Dra. Karina Tenaglia

28 de enero de 2024



**Unidad Académica de  
Enfermedades Infecciosas**

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA • FACULTAD DE MEDICINA

Prof. Dr. Julio Medina

# ACTUALIZACIÓN DE LEPRO EN URUGUAY 2024

Dra. Karina Tenaglia, *Prof<sup>a</sup>. Adj. de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina, UdeLaR.*

28 de enero de 2024

28 DE ENERO DE 2024

## DÍA MUNDIAL CONTRA LA LEPRO



ACTUALIZACIÓN

# LEPRO EN URUGUAY

Dra. Karina Tenaglia

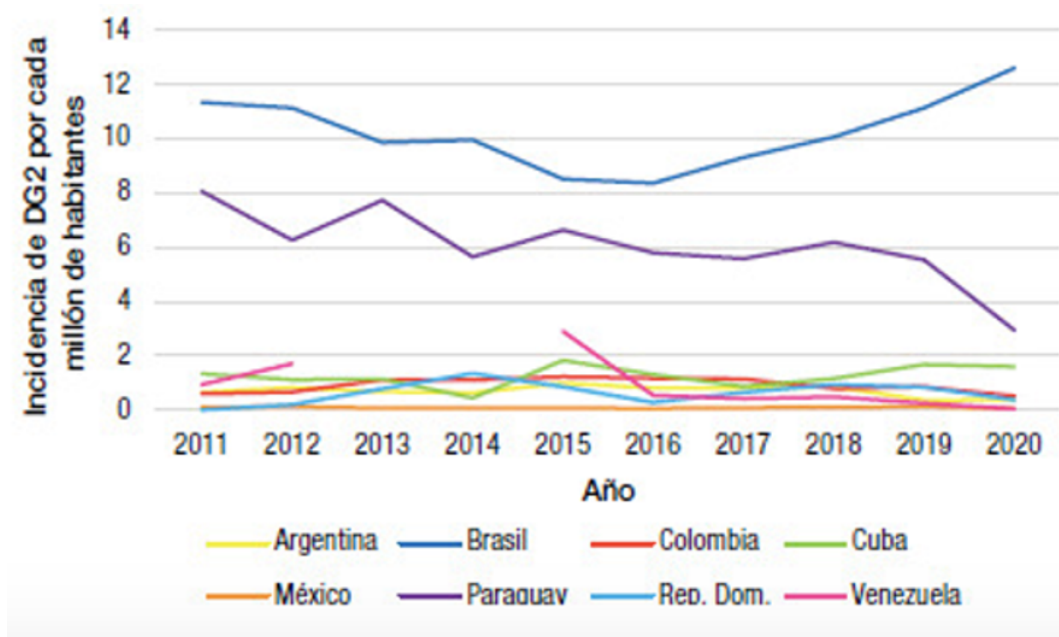


Es una enfermedad infecto-contagiosa, granulomatosa crónica, aún vigente en nuestra época. Los primeros casos documentados datan del año 2000 a 2500 antes de Cristo, pasaron siglos para descubrir que el microorganismo responsable es *Micobacterium leprae* (año 1873). A lo largo de la historia, los individuos enfermos de lepra han sido rechazados y apartados de la sociedad, ya que inicialmente se creía que era altamente contagiosa.

Este mito fue derrumbado, y actualmente se sabe que se requiere un contacto estrecho y prolongado para que finalmente, el 5-10% de los individuos expuestos la adquiriera <sup>(1,4)</sup>.

En cuanto a la incidencia, anualmente se suman 200.000 nuevos casos en el mundo, en América latina 30.957 (7% con deformidades visibles) (Figura 1). En nuestro país en el año 2023 hubo 2 casos nuevos y 1 recidiva <sup>(5)</sup>.

Figura 1. Incidencia de casos con deformaciones grado 2 en América Latina, período 2011-2020.



Aclaración de figura 1: \*DG2 (deformaciones grado 2): 1) en manos y pies: úlcera, reabsorción ósea, pérdida de estructura, anquilosis, desaparición total o parcial de mano o pie, garra activa y /o pasiva y 2) ocular: pérdida visual importante: incapacidad para contar los dedos a 6 metros.

El largo período de incubación (5 años en promedio), y la baja sospecha clínica de esta patología en áreas de baja endemia (<de 10 casos al año), son responsables del retraso diagnóstico <sup>(6)</sup>. La búsqueda activa

de casos y la alta sospecha, principalmente en pacientes con lesiones en piel y neuropatía periférica, permiten un diagnóstico temprano y reducen las chances de secuelas permanentes.

► **En cuanto al ciclo de la enfermedad:**

1. La primoinfección se adquiere principalmente al inhalar gotitas cargadas de bacilos, proveniente de la boca o nariz de personas enfermas (principal reservorio). Existen otras vías menos frecuentes: contacto directo con lesiones de piel y con fómites entre otras. **Se requiere un contacto estrecho para adquirir la enfermedad.**
2. Se disemina por vía hematogena a las zonas más frías del cuerpo: piel, vía respiratoria superior, ojos y nervios periféricos. Tiene tropismo por macrófagos y células de Schwann, creciendo a temperaturas entre 27 a 30° C.
3. Se replica lentamente (11 a 16 días), genera una reacción inflamatoria granulomatosa, lesionando la zona donde se alojó.
4. Las manifestaciones de la enfermedad aparecen lentamente: a) manchas o placas en piel, color café o hipopigmentadas, acompañadas frecuentemente por un trastorno de la sensibilidad local, b) a nivel del cartílago nasal puede infiltrar llevándolo al colapso (facies leoninas), y c) en los nervios periféricos, afecta a las células de Schwann, dando alteraciones motoras o sensitiva (la sensibilidad térmica es la 1° en alterarse).

► **Clasificación clínica de la lepra** <sup>(7,8)</sup>

- Tuberculoide o paucibacilar: caracterizada por una intensa reacción inmune a nivel celular. Afecta principalmente la piel (<de 5 lesiones) y nervios periféricos de forma asimétrica.
- Lepromatosa o multibacilar: los individuos presentan una respues-

ta celular mínima. La afectación de piel es extensa con >6 lesiones y los nervios pueden afectarse de forma simétrica.

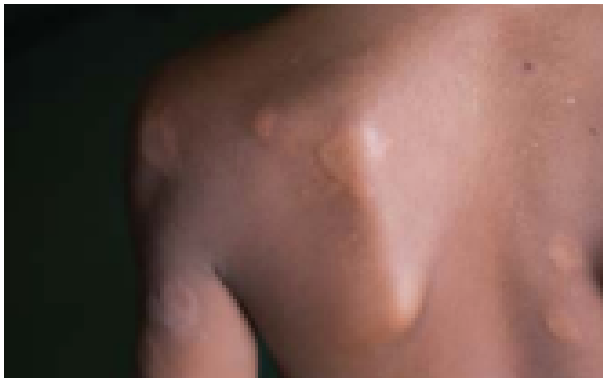
- Lepra indeterminada: asocia características de las formas pauci-bacilar y multi-bacilar.

► **Recomendaciones para la búsqueda activa de casos en policlínicas de 1° nivel de asistencia y en la consulta dermatológica.**

Exámen clínico dermato-neurológico (realizarlo en un lugar bien iluminado) preferentemente con la luz del día.

1. En piel busque lesiones hipo pigmentadas, placas o nódulos, preguntar si pican, esto descarta el planteo (Figura 2).
2. Examine la sensibilidad térmica, táctil y dolorosa de las lesiones. Utilice los siguientes objetos: 2 tubos de ensayo (con agua fría y caliente), 1 objeto con punta, y un algodón. Toque el centro de la lesión y luego piel sana con ojos abiertos, repita el procedimiento con los ojos cerrados. Solicite al paciente que describa lo que percibió y localice la zona luego de cada procedimiento. **En caso que sea lepra en el examen se documentará disminución de la sensibilidad térmica y dolorosa.**
3. Palpe los nervios periféricos buscando engrosamiento, principalmente a nivel del cubital y poplíteo, son los que se afectan con mayor frecuencia (Figura 3)
4. A nivel ocular busque: pérdida de pestañas, caída de párpados, disminución de la hendidura palpebral.

**Figura 2.** Lesiones en piel (manchas o placas hipopigmentadas).



**Figura 3.** Técnica de exploración de nervios periféricos.



► **Ante la sospecha clínica de un caso.**

1. Coordine la toma de muestras: 1) frotis en busca de bacilos ácido alcohol resistente, y 2) biopsia de la lesión (del sector mas activo de la lesión, debe incluir todo el espesor dérmico, solicitar tinción hematoxilina-eosina y Fite-Faraco). Recuerde indicar en forma clara el dato clínico de sospecha de lepra.
2. Toma de muestras (Anexo 1): 2 muestras de las lesiones cutáneas, 1 toma del codo y 1 toma de lóbulo de la oreja. En ausencia de compromiso cutáneo, tome 1 muestra de cada codo y 1 de cada lóbulo auricular.
3. Identifique la lámina con las iniciales y documento del paciente, a) pinze y mantengalo hasta finalizar el procedimiento, desinfecte la zona con alcohol 70%, realice una incisión de 5mm de largo x 3mm de profundidad, b) raspe el abordaje, a nivel intradérmico, los bordes y en profundidad con el borde romo del bisturí c) recolecte y cargue el material sobre la lámina, dejela secar a temperatura ambiente por 5 a 10 minutos, d) luego colocarlas en un contenedor de plástico a temperatura ambiente y enviar a centro periférico CHLA.
4. Solicitar estudio de conducción nerviosa en presencia de afectación clínica.
5. Indagar como está integrado el núcleo familiar, los contactos cercanos requieren seguimiento.

### ► Diagnóstico de lepra:

1. Presencia de 1 a 5 lesiones de piel con alteración de la sensibilidad local.
2. Frente a 6 o más lesiones de piel con alteración de la sensibilidad y nervios periféricos engrosados.
3. Con 6 o más lesiones de piel con sensibilidad alterada más nervios periféricos engrosados y un frotis con bacilos (+).

Una vez confirmada la enfermedad, debe iniciarse el tratamiento en base a la combinación de 3 fármacos (clofazimina, rifampicina y dapsona), por un período que puede ir de 6 a 12 meses en función del tipo de lepra diagnosticado. Este tratamiento ha permitido curar 18 millones de pacientes desde el año 1981 a la fecha. En cuanto a la resistencia antimicrobiana, aún no representa un problema, se da principalmente frente a la rifampicina, en ese caso se dispone de claritromicina, minociclina y quinolonas para sustituirla. En nuestro país, la Comisión honoraria de la lucha antituberculosa (CHLA) es quién se encarga de dispensar los fármacos y los prestadores de salud son responsables del seguimiento clínico y paraclínico del caso.

Es necesario completar el formulario de denuncia obligatoria de caso y el de solicitud del tratamiento. Anexo 2.

### Seguimiento

Se recomienda que sea cada 15 días al inicio del tratamiento.

El objetivo es monitorear: 1) respuesta clínica de la enfermedad (aplanamiento y/o desaparición de las lesiones de piel y recuperación de la función nerviosa). 2) la aparición de reacciones leprosas: fiebre,

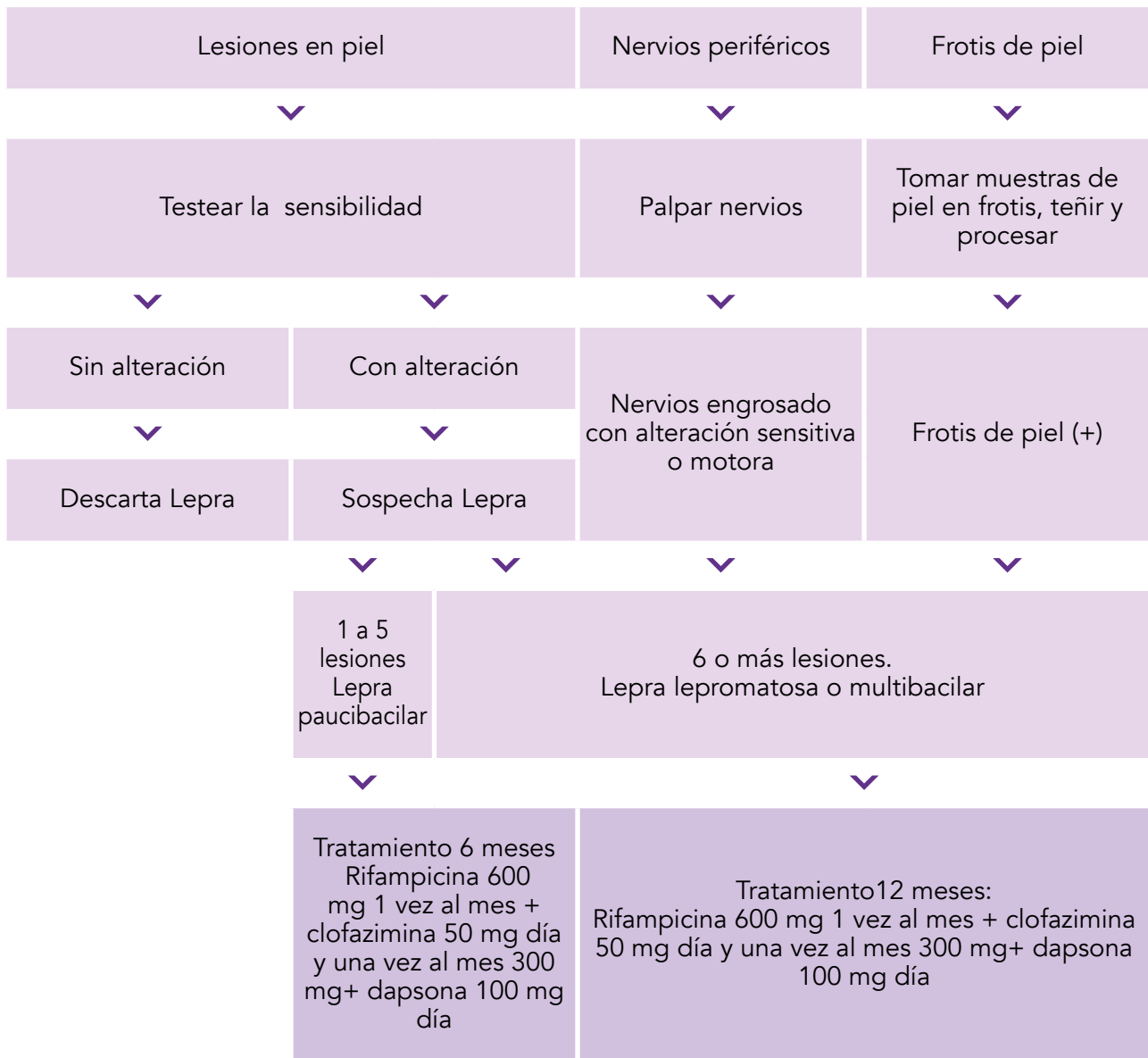
astenia, peoría de las lesiones de piel. En algunos casos puede requerir el uso de corticoides sistémicos para lograr el control de la respuesta inmune <sup>(9,10)</sup>.

Paraclínica recomendada: hemograma (en busca de anemia secundaria a la dapsona), función hepática (evaluando toxicidad de la rifampicina y dapsona) y función renal.

En los casos de lepra multibacilar: es necesario repetir la baciloscopia al año de tratamiento, con el objetivo de valorar el índice morfológico (número de bacilos con alteraciones morfológicas por campo). El objetivo del tratamiento es lograr un índice morfológico de 0, lo cual equivale a 100% de bacilos no viables. En base a este dato se decide la continuidad del tratamiento.

En el 1% de los casos puede ocurrir una recaída de la infección o re infección (a punto de partida de un contacto no tratado), esto explica que el seguimiento sea a largo plazo, 5 a 10 años una vez finalizado el tratamiento farmacológico.

## Lepra algoritmo diagnóstico y clasificación





**Laboratorio Nacional de Referencia**  
 Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes  
 Av. 18 de Julio 2175, Montevideo, Uruguay  
 Tel.: 2400 1444- 2409 8498

**SOLICITUD DE BACILOSCOPIA DE RASPADO INTRADÉRMICO  
 PARA INVESTIGACIÓN DE HANSEN.**

<b>N° EXAMEN</b>

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_  
**DOCUMENTO:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** \_\_\_\_\_  
**PROCEDENCIA:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE TOMA DE MUESTRA:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**MEDICO SOLICITANTE:** \_\_\_\_\_

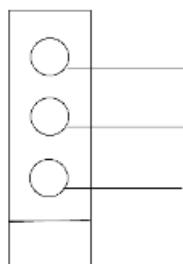
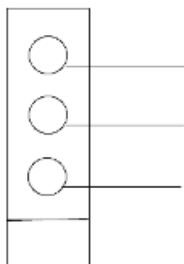
**MOTIVO DE LA PRUEBA:**

DIAGNÓSTICO: Sospecha de Hansen       Contacto       Probable recidiva

CONTROL DE TRATAMIENTO:  Mes \_\_\_\_\_      CONTROL DE FIN DE TRATAMIENTO:

OTROS (ESPECIFICAR): \_\_\_\_\_

**INDICAR A QUE SITIO DE TOMA DE MUESTRA CORRESPONDE CADA FROTIS:**



MUESTRA	RESULTADO (PARA USO DEL LABORATORIO)	IB	IM
CODO DERECHO			
CODO IZQUIERDO			
LÓBULO AURICULAR DERECHO			
LÓBULO AURICULAR IZQUIERDO			
LESIÓN 1:			
LESIÓN 2:			
OTRO:			
	<b>IB PROMEDIO</b>		


<b>FECHA RECIBIDO:</b>	<b>FECHA INFORME:</b>	<b>TECNICO:</b>
------------------------	-----------------------	-----------------



## Bibliografía

1. Murillo Sarmiento, L.M. 2023. Ciento cincuenta años del descubrimiento del bacilo de Hansen. Una mirada al pasado y una reflexión bioética. *Medicina*. 45, 3 (dic. 2023), 576–588.
2. Maymone MBC, Laughter M, Venkatesh S, Dacso MM, Rao PN, Stryjewska BM, Hugh J, Dellavalle RP, Dunnick CA. Leprosy: Clinical aspects and diagnostic techniques. *J Am Acad Dermatol*. 2020 Jul;83(1):1-14.
3. Van Brakel WH. Zero leprosy: A united effort using existing & new tools but new perspectives. *Indian J Med Res*. 2022 Jan;155(1):3-6.
4. Beauvillain Q, Lok C, Joachim C, Hamdad F, Lafabregue E, Attencourt C, Sevestre H, Chaby G. Autochthonous leprosy in Europe: a case report and literature review. *Int J Infect Dis*. 2021 Sep;110:111-113.
5. Cáceres-Durán MÁ. Comportamiento epidemiológico de la lepra en varios países de América Latina, 2011-2020 [Epidemiological behavior of leprosy in several Latin American countries, 2011-2020. Comportamento epidemiológico da hanseníase em vários países da América Latina, 2011-2020]. *Rev Panam Salud Publica*. 2022 Mar 23;46:e14.
6. Santos GMC, Byrne RL, Cubas-Atienzar AI, Santos VS. Factors associated with delayed diagnosis of leprosy in endemic area in Northeastern Brazil: a cross-sectional study. *Cadernos de Saúde Pública* 2024; 40(1):e00113123.
7. Leprosy. Updated: Apr 07, 2023. Darwin Scott Smith, MD, MSc, DTM&H, FIDSA; Chief Editor: Michael Stuart Bronze. Disponible: <https://emedicine.medscape.com/article/220455-overview>
8. Alemu Belachew W, Naafs B. Position statement: LEPROSY: Diagnosis, treatment and follow-up. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019 Jul;33(7):1205-1213.
9. Frade MAC, Coltro PS, Filho FB, Horácio GS, Neto AA, da Silva VZ, Westin AT, Guimarães FR, Innocentini LMAR, Motta ACF, Farina JA Junior. Lucio's phenomenon: A systematic literature review of definition, clinical features, histopathogenesis and management. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2022 May-Jun;88(4):464-477.
10. Dewi DAR, Djatmiko CBP, Rachmawati I, Arkania N, Wiliantari NM, Nadhira F. Immunopathogenesis of Type 1 and Type 2 Leprosy Reaction: An Update Review. *Cureus*. 2023 Nov 21;15(11):e49155.



 Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"  
Piso 16. Av. Italia, S/N.  
Montevideo, 11600. Uruguay.

 [clinfec@fmed.edu.uy](mailto:clinfec@fmed.edu.uy)

 +598 2 4876981

 @Infectologia\_uy

 /infectologia.edu.uy

 [www.infectologia.edu.uy](http://www.infectologia.edu.uy)



## Unidad Académica de Enfermedades Infecciosas

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA • FACULTAD DE MEDICINA

Prof. Dr. Julio Medina