

SUMARIO

EDITORIAL

237 Nuevas pautas del tratamiento O.M.S. JOSÉ RAMÓN GÓMEZ ECHEVARRÍA

TRABAJOS CIENTÍFICOS Y COLABORACIONES

- 239 Fenómeno de Lucio ampollar. Presentación de un caso con clínica exuberante. LIZ LEZCANO, BEATRIZ DI MARTINO ORTIZ, MIRTHA RODRIGUEZ, LOURDES BOLLA DE LEZCANO.
- 247 Lepra histioide. A propósito de un caso. ISEL BARRIOS GONZÁLEZ, DAMARYS FLORAT GUTIÉRREZ, MARÍA TERESA DÍAZ RENÓN.
- 253 Lepra infantil. Presentación de tres casos. KENIA MARÍA RODRÍGUEZ DEL VALLE, C. NIEVES ATRIO MOURIÑO, YENISEY GLEIDIS MIR GARCÍA, ANABEL RIZO MÉNDEZ, MARISBEL S SÁNCHEZ SÁNCHEZ.
- 263 Profilaxis post-exposición para lepra con dosis única de rifampicina: manual para su implementación. TANJA BARTH-JAEGGI, ARIELLE CAVALIERO, ANN AERTS, SUNIL ANAND, MOHAMMAD ARIF, SAO SARADY AY, TIN MAUNG AYE, NAND LAL BANSTOLA, RABINDRA BASKOTA, DAVID BLANEY, MARC BONENBERGER, WIM VAN BRAKEL, HUGH CROSS, V.K. DAS, TEKY BUDIAWAN, NILANTHI FERNANDO, ZAAHIRA GANI, HELENA GRETER, ELIANE IGNOTTI, DEUS KAMARA, CHRISTA KASANG, BURKARD KÖMM, ANIL KUMAR, SAMBATH LAY, LIESBETH MIERAS, FAREED MIRZA, BEATRICE MUTAYOBA, BLASDUS NJAKO, TIARA PAKASI, JAN HENDRIK RICHARDUS, PAUL SAUNDERSON, CAIRNS S. SMITH, RENÉ STÄHELI, NAYANI SURIYARACHCHI, TIN SHWE, ANUJ TIWARI, MILLAWAGE SUPUN D. WIJESINGHE, JAN VAN BERKEL, BART VANDER PLAETSE, MARCOS VIRMOND, Y PETER STEINMANN.

NOTICIAS Y EVENTOS

- 273 Jornada mundial contra la lepra en Nicaragua. NELSON CABALLERO JIMÉNEZ.
- 275 Formación al personal sanitario de la AISE 2020. JOSÉ RAMÓN GÓMEZ ECHEVARRÍA.
- 276 Cursos internacionales de leprología y dermatología tropical 2020.

281 RESÚMENES SELECCIONADOS

revista de LEPROLOGÍA

Volumen. XXXII | Número. 4

Enero-Abril 2020



Enero-Abril 2020

Volumen. XXXII | Número. 4

revista de LEPROLOGÍA

revista de LEPROLOGÍA

EDITOR

Dr. Pedro Torres Muñoz

EDITORES ASOCIADOS

Dr. José Ramón Gómez Echevarría

SECRETARÍA

Verónica Mas Oliver

COMITÉ EDITORIAL

Acosta Soto, Lucrecia (España)	Martínez Morales, Elvia Urania (Nicaragua)
Bottasso, Óscar (Argentina)	Moll Cervera, Fátima (España)
Caballero, Nelson (Nicaragua)	Pérez López, Montserrat (España)
Cuevas, Jesús (España)	Rojas-Espinosa, Óscar (México)
De Armas, Yaxsier (Cuba)	Ruiz Fuentes, Jenny Laura (Cuba)
Di Martino Ortiz, Beatriz (Paraguay)	Saunderson, Paul (USA)
Donoghue, Helen (UK)	Souza Cunha, Maria da Graça (Brasil)
Fafutis Morris, Mary (México)	Vijaykrishnan, B (India)
Fuentes Morales, Lesny Ruth (Honduras)	

PUBLICACIÓN INCLUIDA EN

IME (Índice Médico Español), IBES (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud),
CHEMICAL ABSTRACTS
BIOLOGICAL ABSTRACTS, LATINDEX (Sistema Regional de Información en
Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal)

IMPRIME

Grafo Impresores, s.l.
Depósito legal: V-420-1958
ISSN: 0367-2743

SECRETARÍA

Biblioteca médica
03791 Fontilles (Alicante) España
biblioteca@fontilles.org

PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

NORMAS PARA LOS AUTORES

Revista de LEPROLOGÍA *agradece la colaboración científica en el ámbito de la leprología, dermatología y otras disciplinas en el campo de la microbiología y parasitología, incluyendo investigaciones científicas, terapéuticas, epidemiológicas y sobre ciencias básicas en conexión con estas especialidades.*

Los manuscritos remitidos deberán cumplir los siguientes requisitos:

- Ser **originales e inéditos** (no haber sido publicados anteriormente en ninguna otra revista).
- Los **manuscritos se enviarán** en soporte informático en formato Word, preferiblemente por correo electrónico o en su defecto, por correo postal. Deberán estar escritos en español, a doble espacio en su totalidad y con margen izquierdo de 2,5 cm. El resumen deberá ir en español y también traducido en inglés para mejor difusión del trabajo en el extranjero.

Se admitirán a publicación, artículos originales, artículos originales breves, revisiones, casos clínicos, y cartas al editor.

Todos los trabajos se acompañarán de una **carta de presentación** dirigida a la Editorial de la Revista de Leprología, en la que se incluya el título del trabajo y la sección a la que se solicita la publicación. Se expondrá con claridad que el trabajo no ha sido publicado con anterioridad y que el mismo artículo o parte del mismo no ha sido enviado a otra publicación. En el caso de material ya publicado, se adjuntarán las debidas autorizaciones para su reproducción, en especial en las secciones por encargo.

Artículos originales

El manuscrito constará de las siguientes partes:

Primera página. Contendrá el título; nombres y apellidos completos de todos los autores ordenados según su participación; afiliaciones de los autores (es conveniente indicar: Servicio, Departamento o Centro en el que se haya realizado); nombre completo, afiliación y correo electrónico del autor al que se le ha de dirigir la correspondencia.

Segunda página. Incluirá un resumen en idioma castellano e inglés, con 200 palabras como máximo. En el caso de los artículos originales de investigación deben cumplir con la estructura básica: introducción, métodos, resultados y discusión. El resto de las contribuciones deberán respetar un orden lógico de presentación de la información. A continuación del resumen se escribirán las palabras claves con objeto de que reflejen los contenidos esenciales del artículo. No superarán el número de 5, para ello se recomienda hacer uso de los términos recogidos en el Índice Médico Español y el MeSH® (*Medical Subject Headings*) del *Index Medicus*.

Manuscrito propiamente dicho. Constará de: Introducción, material y métodos, resultados, discusión, agradecimientos, conflicto de intereses y referencias.

Resultados y discusión deben presentarse por separado. Las conclusiones no se presentarán a parte, deben estar desarrolladas en la discusión y mencionadas en el resumen.

Figuras y tablas irán al final del manuscrito después de la bibliografía. Las fotografías, gráficos, dibujos, esquemas, mapas, otras representaciones gráficas y fórmulas no lineales, se

denominarán figuras y tendrán numeración arábica consecutiva. Las tablas se denominarán tablas. Todas se mencionarán en el texto y deberán ir acompañadas de su pie o nota explicativa.

- Abreviaturas y siglas. Las precederá su nombre completo la primera vez que aparezcan en el texto. No figurarán en títulos ni resúmenes. Se emplearán las de uso internacional.

- Sistema Internacional de Unidades (SI). Todos los resultados de laboratorio clínico se informarán en unidades del SI o permitidas por éste. Si se desea añadir las unidades tradicionales, éstas se escribirán entre paréntesis. Ejemplo: glicemia: 5,55 mmol/L (100mg/100 ml).

Referencias bibliográficas. Sólo incluirá las referencias citadas en el texto y se numerarán según el orden de mención en el mismo (deberán identificarse mediante arábigos en forma exponencial dentro del propio texto), siguiendo los **Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas** (*Estilo Vancouver*) elaborados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (<http://www.icmje.org>); para los títulos abreviados de las revistas se recomienda el Index Medicus-MEDLINE®. No se destacará ningún elemento con el uso de mayúsculas ni el subrayado.

A continuación, se ofrecen ejemplos de algunos de los principales casos:

Revista. Autor/es. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista año; volumen (número): página inicial-final del artículo.

1. de Castro LE, da Cunha AJ, Fontana AP, de Castro Halfoun VL, Gomes MK. Physical disability and social participation in patients affected by leprosy after discontinuation of multidrug therapy. *Lepr Rev* 2014; 85(3):208-17.

Libro. Autor/es. Título del libro. Edición. Editorial, lugar de publicación: año. La primera edición no es necesario consignarla.

2. Sambrook J, Fritsch EF, Maniatis T. Molecular cloning. A laboratory manual. 2ª ed. Cold Spring Harbor Laboratory Press, USA: 1989.

Capítulo de libro. Autor/es. Título del capítulo. En: Título del libro. Edición. Editorial, lugar de publicación: año.

3. Bullock WE. Leprosy (Hansen's disease). En: Cecil Textbook of Medicine. 16th ed. Wyngaarden JB, Smith LH Jr, eds. Philadelphia: 1982.

Originales breves

En esta sección se considerarán los trabajos de investigación que por sus características especiales (series con número reducido de observaciones, trabajos de investigación con objetivos y resultados muy concretos, estudios epidemiológicos descriptivos, entre otros) pueden ser publicados en forma abreviada y rápida. Estos trabajos deberán tener una extensión máxima de 1.500 palabras (incluyendo los agradecimientos si los hubiera). Cada trabajo deberá estructurarse como un artículo original con los apartados descritos previamente. Se aceptará un máximo de 15 referencias bibliográficas y hasta 2 figuras y/o tablas. Deberá ir incluido resumen en castellano e inglés o francés de 200 palabras como máximo.

Revisiones

Estas pueden tener formato libre o presentar la estructura de un artículo original. Deben contener la primera y segunda página, agradecimientos conflicto de intereses y bibliografía,

como se ha detallado en las normas para un artículos originales. Los autores con un tema adecuado para una revisión pueden comunicarse con el Editor para discutir la conveniencia de la revisión propuesta.

Cartas al Editor

Tienen preferencia en esta sección la discusión de trabajos publicados en los últimos tres meses y la aportación de opiniones, observaciones o experiencias que por sus características puedan ser resumidas en un breve texto. Se incluirán trabajos que contienen casos clínicos que pueden exponerse en forma abreviada. Se aceptará un máximo de 10 referencias bibliográficas, y se admitirá una figura o una tabla. Debe incluirse una primera página conteniendo el título, autor-es, afiliaciones, dirección para correspondencia y palabras clave. No será necesario resumen. La extensión máxima será de 700 palabras sin tener en cuenta la primera página.

Casos clínicos

Según la extensión o la información aportada, podrán exponerse con la estructura de artículos originales o si por el contrario pueden exponerse de forma abreviada como cartas al Editor.

Proceso de publicación

Cada uno de los manuscritos tendrá asignado un editor que será el responsable del proceso de revisión editorial. Todos los manuscritos, así como los trabajos solicitados por encargo, serán revisados anónimamente por autores expertos e independientes. El Comité de Redacción valorará dichos comentarios y se reserva el derecho de rechazar aquellos trabajos que no juzgue apropiados, así como de proponer modificaciones cuando lo considere necesario.

Los trabajos serán publicados a medida que lo permita el espacio disponible de la revista, siguiendo un orden riguroso de antigüedad en su recepción o prioridad del contenido.

Después de publicado en *Revista de LEPROLOGÍA* podrá ser transcrito total o parcialmente en cualquier revista, siempre que se haga expresa referencia a su procedencia.

La redacción de la revista no acepta la responsabilidad de los conceptos y criterios que publica, la cual es única y exclusivamente de los autores.

Envío de manuscritos.

Los artículos se enviarán a la redacción de la Revista mediante correo electrónico a la dirección: **biblioteca@fontilles.org**

O bien a la dirección postal:

Biblioteca Médica - Fontilles.
Ctra Orba-La Vall de Laguar Km 4.
03791, Fontilles (Alicante), España.

NUEVAS PAUTAS DE TRATAMIENTO O.M.S.

La lepra, enfermedad descrita 1.500 años a. de J.C. en la India, enfermedad estigmatizante por su daño cutáneo, neural y su historia, cuyo tratamiento era la separación y el aislamiento en leproserías, algunas rodeadas de una muralla como Fontilles, tuvo su primera medicación útil en 1941.

Fue en este año cuando Faget, Pogget, Johansen, Dinnan, Prejean y Eccles ensayaron en Carville (USA) el Promín, la primera medicación útil para luchar contra la enfermedad, cuya causa es el *M. leprae* descubierto por Hansen en Bergen (Noruega) el 28 de febrero de 1873. Se ensayó en 21 enfermos de lepra lepromatosa y su uso era por vía endovenosa. Posteriormente, de la misma familia y por vía oral, From y Witman sintetizaron la diaminodifenilsulfona (D.D.S) que tan útil ha sido en la lucha contra esta enfermedad.

Es en 1958 cuando Vischer, Tirona Rayanan y Bruhin utilizan la clofazimina —segunda medicación útil en la lucha contra la lepra—, y en 1970 cuando Leiker y Rees utilizan la rifampicina, importante medicación en la lucha contra las micobacterias, entre las cuales tenemos el *M. leprae* o bacilo de Hansen.

Pero el gran avance, dirigido por la O.M.S., surge en el año 1982 cuando esta organización aconseja el tratamiento de estas drogas asociadas: dapsona, clofazimina y rifampicina para los enfermos multibacilares durante dos años (posteriormente fue reducido a un año), y dapsona y rifampicina para los paucibacilares durante 6 meses.

El objetivo de la multiterapia es interrumpir la cadena epidemiológica, posiblemente va a impedir la resistencia bacteriana, reducir la duración del tratamiento y reducir la aparición de recidivas.

A día de hoy, las últimas normativas recomendadas por la O.M.S. aconsejan utilizar los tres medicamentos (dapsona, clofazimina y rifampicina) tanto en la lepra paucibacilar como en la multibacilar, con una duración de 6 meses en los paucibacilares y 12 meses en los multibacilares. Con esto simplificamos el tratamiento, es decir, el mismo blíster podría usarse para tratar ambos tipos de lepra, y el impacto reducido de la clasificación errónea de la lepra multibacilar como lepra paucibacilar.

Tenemos medicaciones de segunda línea, ofloxacino, minociclina, claritromicina que se utilizarán cuando sean necesarias según recomendación de la O.M.S.

José Ramón Gómez Echevarría
Director Médico Lepra

FENÓMENO DE LUCIO AMPOLLAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO CON CLÍNICA EXUBERANTE.

Liz Lezcano¹, Beatriz Di Martino Ortiz², Mirtha Rodríguez³, Lourdes Bolla de Lezcano⁴

¹Profesor adjunto de Dermatología

²Profesor adjunto de Dermatología. Dermatopatólogo

³Profesor titular de Dermatología. Jefe de Departamento

⁴Profesor titular de Dermatología. Jefe de Cátedra.

Cátedra de Dermatología del Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad Nacional. Asunción-Paraguay.

(Recibido el 09/11/2019; Aceptado para su publicación el 10/02/2020)

RESUMEN

El Fenómeno de Lucio (FL), leproreacción mediada por inmunocomplejos, se caracteriza por una reacción cutánea necrosante grave que ocurre en pacientes portadores de Lepra no nodular.¹ Muchos autores identifican como Fenómeno de Lucio a las reacciones vasculonecroticas que ocurren en formas distintas a la Lepra difusa.²

Se presenta el caso clínico de un varón de 61 años de edad con una variante clínica de lepra lepromatosa difusa que desarrolló Fenómeno de Lucio ampollar, leproreacción considerada muy poco frecuente. Se realizó tratamiento con terapia multibacilar según esquema de la OMS con remisión de las lesiones.

PALABRAS CLAVE: Fenómeno de Lucio, enfermedad de Hansen, reacciones vasculonecroticas.

SUMMARY

Lucio phenomenon (LF), a leprosy reaction mediated by immunocomplexes, is characterized by a severe necrotizing cutaneous reaction occurring in patients presenting non-nodular leprosy.¹ Many authors identify the vasculonecrotic reactions presenting in other forms of leprosy other than diffuse leprosy as Lucio phenomenon.²

We present the clinical case of a 61-year-old male with a clinical variant of diffuse lepromatous leprosy who developed a bullous Lucio phenomenon, a very rare leprosy reaction. WHO advised multibacillary therapy (MDT) was prescribed and the lesions remitted.

KEYWORDS: Lucio phenomenon, Hansen's disease, Vasculonecrotic reactions.

INTRODUCCIÓN

El Fenómeno de Lucio es una leproreacción grave, observada en la lepra lepromatosa difusa, caracterizada por lesiones necróticas por vasculitis.³ Es más común en pacientes que no recibieron tratamiento o en aquellos que lo recibieron de manera inadecuada y se manifiesta

Correspondencia a: Dra. Beatriz Di Martino. E-mail: beatrizdimartino@gmail.com

clínicamente como máculas purpúricas que progresan a lesiones ulcerosas superficiales, poligonales o anguladas, con sensación quemante, en un paciente sin fiebre, sin síntomas generales ni daño visceral. El cuadro dura no más de 15 días.¹

El FL puede ser reemplazado en el curso de la evolución de la enfermedad por el Eritema Nodoso (ENL) que se diferencia de él por úlceras más extensas, con necrosis profunda, dolorosas, en un paciente con fiebre y alteración del estado general en el cual sus lesiones se resolverán, a diferencia del FL, en forma lenta.^{4,5}

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, de 61 años de edad, procedente de medio rural del Paraguay, agricultor, que refiere la aparición de enrojecimiento de miembros inferiores y úlceras que no curan, asintomáticas de dos meses de evolución.

Una semana antes del ingreso hospitalario se agregan máculas eritemato purpúricas y ampollas de contenido sanguinolento que se inician en piernas y ascienden rápidamente hasta rostro.

Obstrucción nasal de larga data e hinchazón de manos.

Examen físico

Múltiples placas eritemato purpúricas, sobre las que asientan ampollas de contenido sero hemorrágico de 1 a 6 cm de diámetros, límites netos, bordes irregulares estrellados que asientan en todo el cuerpo (Figura 1A-1D).

Erosiones con costras necróticas en rodillas.

Alopecia de cola de cejas, miembros superiores e inferiores. Manos suculentas. Orejas en badojo de campana (Figura 2A-2D).

Pérdida de sensibilidad térmica generalizada.

Auxiliares del diagnóstico

Baciloscopía: bacilos íntegros en OD y OI: 4 +.

Analítica: Hb: 9,9; Hto: 30% ; GB: 13.300; N: 80; L: 8; Plaquetas: 190.000; Ferremia: 20 uG/dL (50-120).; ANA: negativo; C3: 77 mg/dL (88-170); C4: 24mg/dL (44-74); Creatinina: 0,54; TP: 90%; Ac Anti Hepatitis B y C: negativos; PCR: >96; perfil hepático: sin alteraciones.

Anatomía patológica

Ampollas subepidérmicas con necrosis de células escamosas que conforman el techo las ampollas, vasculitis aguda leucocitoclástica de vasos pequeños de la dermis superficial. Múltiples macrófagos con bacilos en dermis BAAR 5+.



Figura 1 A



Figura 1 B



Figura 1 C



Figura 1 D



Figura 2 A



Figura 2 B



Figura 2 C



Figura 2 D

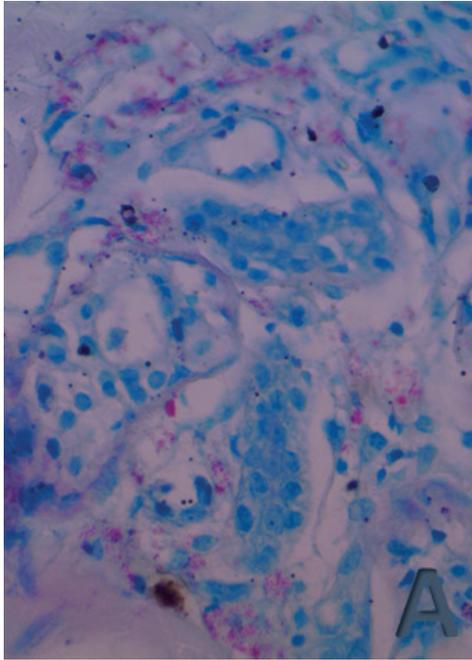


Figura 3 A

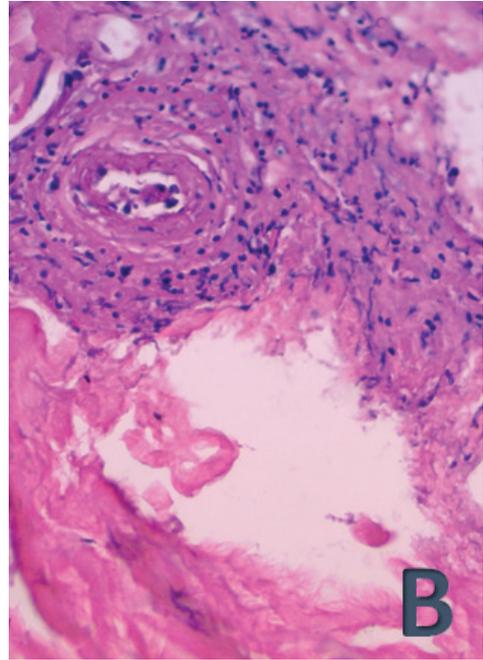


Figura 3 B

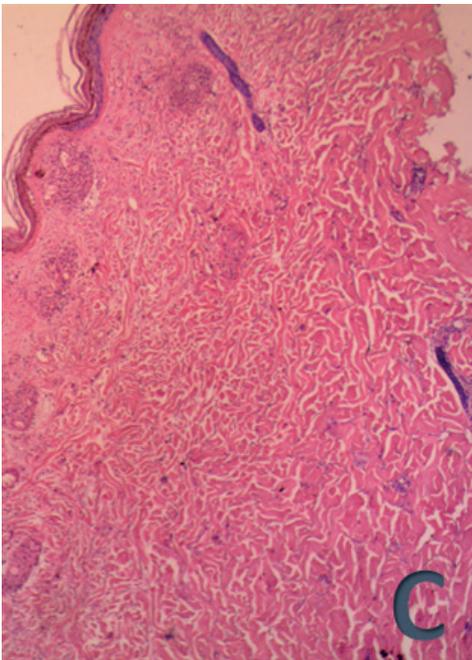


Figura 3 C

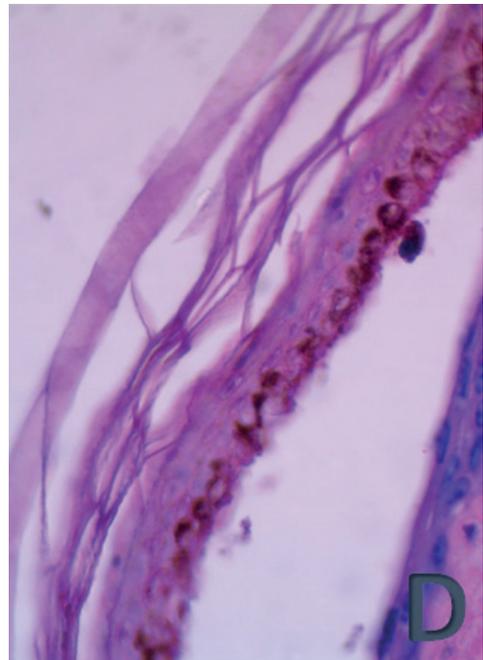


Figura 3 D

Diagnóstico anatomopatológico y final

Lepra lepromatosa con Fenómeno de Lucio variedad ampollar.

Tratamiento y evolución

Se inicia tratamiento con terapia multibacilar (MB-OMS) y prednisona 1 mg/kg/día. Al control clínico del mes de iniciar el tratamiento el paciente presentó remisión casi completa de las placas purpúricas quedando sólo lesiones úlcero-necróticas en miembros inferiores.

DISCUSIÓN

El Fenómeno de Lucio (FL) es una reacción vasculonecrotica que ocurre sólo en pacientes con forma difusa de Lepra. Esto sostuvo Latapy en 1948 advirtiendo del uso inapropiado del término por algunos autores, que lo usan para cualquier forma de reacción vasculonecrotica en pacientes con otras formas de lepra multibacilar.^{6,7}

El Fenómeno de Lucio es una leproreacción que se presenta en una variedad clínica de la Lepra Lepromatosa caracterizada por infiltración difusa de la piel (sin aparición de nódulos o placas), disestesias en extremidades, madarosis, pérdida del vello corporal, disminución de la sudoración y compromiso de la mucosa nasal y laríngea, y se presenta con máculas rojizas que se ulceran en forma superficial, formando lesiones triangulares, poligonales o anguladas con sensación quemante.⁸ Ocurre en individuos sin tratamiento o con tratamiento insatisfactorio. El paciente suele estar afebril sin síntomas generales, ni daño visceral y las lesiones se resuelven rápidamente con el tratamiento habitual para la Lepra, dejando una cicatriz atrófica.¹

En la histopatología presenta cambios vasculares críticos, proliferación endotelial, obliteración luminal y trombosis de vasos de pequeño y mediano calibre.⁹

El tratamiento primordial es iniciar la poliquimioterapia con talidomida y esteroides; también se ha documentado tratamiento con rifampicina a altas dosis (600 mg/día) hasta el control de la reacción o plasmaféresis en pacientes que no remiten al manejo.¹⁰ La resolución en estos casos será lenta y el tratamiento multibacilar por sí solo no producirá la remisión de las lesiones.^{11,12}

Haciendo una búsqueda exhaustiva en las principales bases de datos médicas hemos encontrado un solo artículo en el que se presentan formas atípicas de eritema nodoso reaccional tales como eritema nodoso eritema exudativo multiforme like (EN EEM-like), eritema nodoso síndrome de Sweet like (EN Sweet-Like) y formas perforantes de EN, que son formas ampollares de un estado reaccional de tipo 2, pero no específica en este claramente ningún caso de Fenómeno de Lucio ampollar,¹³ por lo que podemos considerar como el primer caso descrito en la literatura mundial.

CONCLUSIÓN

Se presenta el caso por ser una forma clínica inusual y la primera presentación del tipo ampollar del FL en nuestro país, considerándolo como un cuadro grave, con elevada morbimortalidad,

que debe ser conocido no sólo por el dermatólogo sino por médicos de otras especialidades. Por presentar un alto índice bacilar se debe hacer un tratamiento de erradicación definitiva para cortar la cadena de contagio.^{14,15}

REFERENCIAS

1. Liz Lezcano, Beatriz Di Martino, Gloria Galeano, Arnaldo Aldama, Mirtha Rodríguez, Oilda Knopfmacher, Lourdes Bolla, Reacciones Vasculonecróticas en la Lepra. Descripción de dos casos de Fenómeno de Lucio, *Med Cutn. Iber Lat Am* 2.010; 38(4):178-180.
2. Fogagnolo L, Macedo de Souza E, Cintra ML, Neves Ferreira Velho E. Vasculonecrotic reactions in Leprosy. *BJID*, 2007;11:378-382.
3. Misra DP, Parida JR, Chowdhury AC, Pani KC, Kumari N, Krishnani N, et al. Lepra reaction with lucio phenomenon mimicking cutaneous vasculitis. *Case Reports Immunol*. 2014;2014:641989.
4. Jurado F, Rodriguez O, Novalés J, Navarrete G, Rodriguez M. Lucio's leprosy: a clinical and therapeutic challenge. *Clin Dermatol*. 2015;33(1):66-78.
5. Curi PF, Villaroel JS, Migliore N, Albertengo A, Aquino ML, Ceccato F, et al. Lucio's phenomenon: report of five cases. *Clin Rheumatol*. 2014 May 27.
6. Eichemann K, González González SE, Salas-Alanis JC, Ocampo-Candiani J. Lepra: puesta al día. Definición, patogénesis, clasificación, diagnóstico y tratamiento. *Actas Dermosifilogr*. 2013;104(7):554-563.
7. Fogagnolo L, Macedo de Souza E, Cintra ML, Neves Ferreira Velho E. Vasculonecrotic reactions in Leprosy. *Brazilian Journal of Infectious Diseases* 2007; 11: 378-82.
8. Aldama A, Correa J, Rivelli V, Mendoza G. Fenómeno de Lucio. Comunicación de 4 casos en lepra no difusa. *Med Cutan Iber Lat Am* 2002; 30 (5): 229 – 233.
9. Kaur C, Thami GP, Mohan H. Lucio phenomenon and Lucio leprosy. *Clinical And Experimental Dermatology*. 2005;30(5):527.
10. Gamboa LAo. Lepra. Empresa Social del Estado Centro Dermatológico "Federico Lleras Restrepo"; 2010.
11. Euzebio SL, Leite E, Alves HL, Sales de Souza L. Vasculitis in Leprosy Mimicking Rheumatic diseases. *Rev Bras Reumatol* 2007; 47: 140-4.
12. Peixoto AB, Portela OS, Leal FR, Brotas AM, Rodrigues NS. Lucio's Phenomenon. Case study of an exceptional response to treatment exclusively with multibacillary multidrug therapy. *An Bras Dermatol*. 2013;88:93-6.
13. Wankhade VH, Debnath P, Singh RP, Sawatkar G, Bhat DM. A retrospective study of the severe and uncommon variants of erythema nodosum leprosum at a tertiary health center in central India. *Int J Mycobacteriol*. 2019, 8(1);29-34. doi: 10.4103/ijmy.ijmy_174_18.
14. Rosalba Riveros, Beatriz Di Martino Ortiz, Gloria Galeano, Mirtha Rodriguez, Oilda

Knopfelmacher, Lourdes Bolla. Características clínico-epidemiológicas del fenómeno de Lucio en la Cátedra de Dermatología del Hospital de Clínicas de Asunción-Paraguay. Fontilles Rev Leprol 2012; 28(6): 441-7.

15. Di Martino Ortiz B, Knopfelmacher O, Rodriguez M, Bolla L, González L, Ojeda A, Narváez D. Fenómeno de Lucio Reaccional y anticuerpos antifosfolípidos en paciente con Lepra Lepromatosa Difusa. Reporte del primer caso descrito en el Paraguay. Fontilles, Rev. Leprol. 2015; 30(2): 119-128.

LEPRA HISTIOIDE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Isel Barrios González *, Damarys Florat Gutiérrez **, María Teresa Díaz Renón ***

*Especialista de Primer grado en Dermatología y Medicina General Integral.
Máster en Enfermedades infecciosas. Profesor instructor.

** Especialista de Primer Grado en Dermatología y Medicina General Integral.
Máster en Atención Integral a la mujer.

*** Especialista de Primer Grado en Dermatología.

Master en Enfermedades infecciosas y en Medicina Natural y Tradicional. Profesor auxiliar y consultante.

(Recibido el 11/11/2019; Aceptado para su publicación el 10/02/2020)

RESUMEN

La lepra histioide con hallazgos clínicos, histopatológicos, bacteriológicos e inmunológicos característicos es una forma de presentación de lepra multibacilar. Es una entidad poco frecuente de los casos de lepra y de mayor ocurrencia en el sexo masculino. El presente trabajo describe un paciente de 28 años de edad con antecedentes epidemiológicos de lepra que acudió a consulta con manifestaciones clínicas de cuatro meses de evolución consistentes con el diagnóstico de una lepra histioide.

PALABRAS CLAVE: Lepra multibacilar, lepra histioide.

SUMMARY

Histioid leprosy which presents characteristic clinical, histopathological, bacteriological and immunological findings is a form of multibacillary leprosy presentation. It is a rare form of leprosy with a higher percentage of cases in males. This paper describes a 28-year-old patient with an epidemiological history of leprosy who came to the clinic with clinical symptoms of four months of evolution consistent with the diagnosis of histioid leprosy.

KEYWORDS: Multibacillary leprosy, histioid leprosy.

INTRODUCCIÓN

La lepra histioide fue descrita por Wade en Filipinas en 1960, quien refirió un aspecto histopatológico singular del infiltrado lepromatoso, formado por células histioides fusiformes, traducido clínicamente como nódulos dérmicos o hipodérmicos.¹

La lepra histioide es una expresión de lepra lepromatosa y lepra dimorfa, aunque fue descrita también en pacientes con lepra tuberculoide, lo que llevó a algunos autores a considerar a la lepra de Wade como una forma diferente dentro del espectro leproso y no sólo una variante de lepra lepromatosa.²

Correspondencia a: Isel Barrios González. E-mail: barriosgonzalezisel@gmail.com. Centro de trabajo: Hospital Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey. Cuba

Puede presentarse en pacientes con tratamientos inadecuados (monoterapia con dapsona) o irregulares, como forma de recidiva o como recaída, después de tratamientos adecuados o simplemente de novo.³

La edad de presentación más frecuentemente reportada es de 20 a 50 años.⁴

Clínicamente se caracteriza por lepromas subcutáneos y dérmicos, que pueden confluir en placas y asientan sobre piel normal. Se localizan en cara, espalda, glúteos y extremidades, sobre prominencias óseas, pueden confluir y formar placas

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 28 años de edad, trabajador por cuenta propia, que acudió por lesiones en piel de 4 meses de evolución. Este paciente había recibido tratamiento quimioproláctico hace aproximadamente 18 años por ser un contacto intradomiciliario de un caso de lepra lepromatosa.

Antecedentes patológicos personales

Nada a señalar.

Antecedentes patológicos familiares

Bisabuela con Lepra lepromatosa, diagnóstico tardío en el año 2007.

Examen dermatológico

Cuadro cutáneo diseminado constituido por nódulos eritematosos, algunos redondos y otros ovales, en número variable, de aproximadamente un centímetro de diámetro y superficie lisa que asientan en tronco y extremidades. Se observa además algunas pápulas y placas de manera aislada en abdomen. (Figura 1)

Infiltración de los pabellones auriculares. (Figura 2)

No hay trastornos sensitivos y no se palpa engrosamiento de nervios periféricos.

Se realizó el diagnóstico presuntivo de lepra histioide y se indicaron complementarios con los siguientes resultados.



Figura 1: Nódulos eritematosos, algunos redondos y otros ovales, en número variable; además de algunas pápulas y placas de manera aisladas en abdomen.



Figura 2: Infiltración de pabellón auricular derecho.

Exámenes complementarios

Hemoquímica sanguínea: Dentro de límites normales

Radiografía de tórax: sin alteraciones.

Glucosa 6 fosfato deshidrogenasa: negativa

Baciloscopia: Cod. 4

Biopsia de piel: Lepra histioide Fite Faraco: positivo

Se notificó el caso como una lepra histioide debido a la presencia de los criterios clínico, histológico, epidemiológico y bacteriológico presentes en este paciente.

Se le indicó tratamiento multidroga por 1 año y actualmente se encuentra bajo seguimiento.

DISCUSIÓN

Como forma inicial de presentación o de recaída puede aparecer la lepra histioide. Es una entidad con escasa frecuencia de observación, que se estima entre 1, 2-3, 6% de los casos de lepra y de mayor ocurrencia en el sexo masculino.⁶

Constituye una variedad clinicopatológica reconocida, caracterizada clínicamente por nódulos cutáneos y/o subcutáneos que asientan sobre una piel aparentemente normal o infiltrada. En la cara (facies histioide) tienen preferencia centrofacial, sobre la frente, punta de la nariz, mentón y mejillas. No es frecuente la infiltración del lóbulo de la oreja, ni la pérdida de la cola de las cejas.⁷ Al contrario de nuestro paciente que ya presentaba infiltración de los pabellones auriculares.

Ocasionalmente, se han informado lesiones de la mucosa en el paladar blando y duro, labio inferior y glánde. La perforación o destrucción nasal del cartílago nasal no se produce incluso en lesiones de larga evolución, pero se ha demostrado epistaxis y baciloscopia nasal positiva. Madarosis, ocasionalmente está presente en estos pacientes.^{8,9}

Cuenta con un patrón histopatológico, constituido por histiocitos alargados en forma de huso y múltiples bacilos de morfología característica.¹⁰

Ha sido estudiada predominantemente en la India por Sehgal, quien señala una incidencia del 1.2% de todos los pacientes con lepra y del 3.6 al 8.7% de los casos multibacilares.¹¹

La variedad histioide de la lepra puede confundirse clínicamente con fibromas, fibrosarcomas, histiocitomas, neurofibromas o puede no diagnosticarse, especialmente cuando los nódulos están aislados, con superficie brillante, perlada y sin infiltración.¹²

El pronóstico de esta enfermedad correspondería al de la lepra multibacilar.

La carga bacilar en estos pacientes es elevada y pueden representar un potencial reservorio de la infección en la comunidad.¹³

La lepra histioide representa un desafío para las campañas de eliminación de la lepra debido a la demora habitual en el diagnóstico, su difícil identificación clínica e histopatológica, su gran

índice bacilar, la eventual resistencia del bacilo al SDD y la aparición de recaídas de lepra lepromatosa que se manifiesta como lepra histioidea después de completarse.

CONCLUSIONES

La importancia de su reconocimiento clínico y la escasa frecuencia de presentación de la lepra histioide motivó la publicación del trabajo. Una demora en el diagnóstico de estos pacientes bacilíferos, favorece la transmisión de la enfermedad.

REFERENCIAS

1. Ferrer MA, Vereá AM, Pecotche DM, Ivanov ML, Lucini DA. Lepra histioide de Wade. Arch Argent Dermatol 2010; 60: 111-114.
2. Weidmann MV, Argento CM, Garramuño R, Frenkel V, Orduna M. Lepra histioide de Wade. Arch Argent Dermatol 2001; 51:235-237.
3. Gatti CF, Chá D, Barquin MA, Berben V. Lepra histioide de Wade. Fontilles 1995; 20: 857-861.
4. Kaur I, Dogra S, Saikia UN. Histoid leprosy: a retrospective study of 40 cases from India. Br J Dermatol 2009; 160: 305-310.
5. Gupta SK. Histoid leprosy: Review of the literature. Int J Dermatol. 2015; 54:1283-1288.
6. Eichelmann K, González S, Salas J, Ocampo J. Leprosy. An update: Definition, pathogenesis, classification, diagnosis, and treatment. Actas Dermosifiliogr. 2013; 104:554-63.
7. Sánchez A, Albizuri M, González T, Sendagorta E. Pruritic lesions during pregnancy: An unusual presentation of a rare variant of multibacillary leprosy. Actas Dermosifiliogr. 2016; 107: 352-354.
8. Kalla G, Purohit S, Vyas MCR. Histoid, a clinical variant of multibacillary leprosy: Report from so-called nonendemic areas. Int J Lepr. 2000;68: 267-271
9. Albrecht A, Leban V, Guardati M, Iribas J. Lepra histioide o de Wade. Presentación de un caso clínico. Rev Argent Dermatol. 2018; 99:1-10.
10. Nair S, Nanda Kumar G. A clinical and histopathological study of histoid leprosy. Int J Dermatol. 2013; 52:580-586.
11. Sehgal V, Srivastava G, Singh N, Prasad P. Histoid leprosy: The impact of the entity on the postglobal leprosy elimination era. Int J Dermatol. 2009; 48:603-610.
12. Rodríguez M, Novales J, Orozco JE. Lepra lepromatosa con nódulos histioides: comunicación de dos casos. Rev Cent Dermatol Pascua. 2001; 10:159-64.
13. Moreno T, Mancía S, di Martino B, Rodríguez M, Knopfmacher O, Bolla de Lezcano L, et al. Hansen lepromatosa histioide. Características clínicas y epidemiológicas en pacientes de la cátedra de dermatología del Hospital de Clínicas. Facultad de ciencias médicas de la Universidad Nacional. Asunción. Paraguay. Fontilles Rev Leprol. 2013; 29: 109-111.

LEPRA INFANTIL. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS

Kenia María Rodríguez del Valle*, C. Nieves Atrio Mouriño**, Yenisey Gleidis Mir García***,
Anabel Rizo Méndez****, Marisbel S Sánchez Sánchez*****

*Especialista de 1º y 2º en Dermatología. Especialista de 1º grado en Medicina General Integral, Máster en Medicina natural y tradicional. Profesor Asistente.

**Dra. C. Médicas, Especialista de segundo grado en Dermatología. Profesora Consultante. Máster en Enfermedades Infecciosas.

***Especialista de 1º y 2º en Dermatología. Especialista de 1º y 2º grado en Medicina General Integral, Máster en Enfermedades Infecciosas. Máster en Educación Médica. Profesor Asistente. Subdirectora docente Hospital Manuel Ascunce Domenech. Camagüey. Cuba

****Especialista de 1º grado en Higiene y Epidemiología.

*****Especialista 1º grado en MGI, Especialista de 1º grado de Dermatología.

(Recibido el 28/12/2019; Aceptado para su publicación el 10/02/2020)

RESUMEN

La lepra en la infancia cursa con una diversidad de manifestaciones clínicas e histopatológicas que hacen necesario un minucioso examen cutáneo en todo niño, que presente lesiones dermatológicas sugestivas y una fuente infecciosa sospechosa. Para un oportuno diagnóstico es indispensable que el médico tenga siempre presente la enfermedad, así como la destreza al realizar el examen clínico, ya que muchas lesiones cutáneas suelen ser asintomáticas y con frecuencia simulan otros cuadros dermatológicos. El rango de edad en el cual la población infantil se encuentra más afectada está dentro de los 10 y 15 años. En la infancia la lepra refleja características clínicas del adulto, guardando ciertas particularidades; las formas paucibacilar son más comunes entre los dos y nueve años y las formas multibacilares entre los 10 a 14 años. En Cuba han sido reportados desde agosto de 1989 hasta diciembre 2016 un total de 135 casos de Lepra en pacientes en edad pediátrica de los cuales 44 (32,6 %), han sido atendidos en el Hospital Pediátrico Docente Juan Manuel Márquez.

Objetivo: presentación clínica de tres casos de lepra infantil con formas clínicas diferentes.

Conclusiones: La lepra en la infancia cursa con una diversidad de manifestaciones clínicas e histopatológicas, que hacen necesario un minucioso examen cutáneo en todo niño, que presente lesiones dermatológicas sugestivas y una fuente infecciosa sospechosa. El mayor énfasis en la detección y vigilancia temprana de esta enfermedad se debe a que alguno de los niños que recientemente han sido diagnosticados ya mostraban signos de discapacidad.

PALABRAS CLAVE: Lepra infantil

SUMMARY

Leprosy in childhood presents a variety of clinical and histopathological manifestations that require a thorough skin examination in every child, presenting suggestive dermatological lesions and a suspicious infectious source. For a timely diagnosis it is essential that the doctor always keeps in mind the disease, as well as the knowledge for performing the clinical examination, since many skin lesions are usually asymptomatic and often simulate other dermatological conditions. The age range in which children are most affected is most affected is within 10 and 15 years. In childhood, leprosy reflects the clinical characteristics of the adult, keeping certain peculiarities; paucibacillary forms are more common between two and nine years old and multibacillary forms between 10 and 14 years old. In Cuba, a total of 135 cases of leprosy have been reported from August 1989 to December 2016 in pediatric patients, of which 44 (32.6%) have been treated at the Juan Manuel Marquez Teaching Pediatric Hospital.

Objective: clinical presentation of three cases of childhood leprosy with different clinical forms.

Conclusions: Childhood leprosy has a variety of clinical and histopathological manifestations, which require a thorough skin examination in every child, presenting suggestive dermatological lesions and a suspicious infectious source. The greatest emphasis on the detection and early surveillance of this disease is due to the fact that some of the children who have recently been diagnosed already showed signs of disability.

KEYWORDS: Childhood leprosy

INTRODUCCIÓN

La erradicación de la lepra como un problema de salud pública, definido como prevalencia registrada de menos de 1 caso por cada 10 000 habitantes, se logró a nivel global en el año 2000, sin embargo, aún existen focos endémicos en muchos países, dentro de los cuales India y Brasil informan el mayor número de casos anualmente.¹⁻⁴

Los informes aportados por los 145 países de las seis regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestran que, de un total de 216, 108 nuevos casos de lepra diagnosticados durante el 2016, casi un 9 %, es decir, 18.472, involucran a niños.¹

La lepra en la infancia cursa con una diversidad de manifestaciones clínicas e histopatológicas que hacen necesario un minucioso examen cutáneo en todo niño que presente lesiones dermatológicas sugestivas y una fuente infecciosa sospechosa. Para un oportuno diagnóstico es indispensable que el médico tenga siempre presente la enfermedad, así como destreza al realizar el examen clínico, ya que muchas lesiones cutáneas suelen ser asintomáticas y con frecuencia simulan otros cuadros dermatológicos. El rango de edad en el cual la población infantil se encuentra más afectada está dentro de los 10 y 15 años.^{5,6}

En la infancia la lepra refleja características clínicas del adulto, guardando ciertas particularidades; en la mayoría de los casos las lesiones cutáneas están en áreas expuestas. En niños, el diagnóstico de lepra exige un examen clínico minucioso, dada la rica vascularización e inervación en regiones como la cara y ante la dificultad de la aplicación e interpretación de las pruebas de sensibilidad. Lesiones cutáneas con alteraciones nerviosas sensitivas y alteraciones nerviosas autonómicas como lesiones de las glándulas sebáceas y sudoríparas, alteraciones de la pigmentación cutánea (hiper o hipopigmentación, halo hipocrómico perilesional) y reducción o ausencia de pelos en la lesión sugieren la enfermedad.^{5,6}

Las formas paucibacilares son más comunes entre los dos y nueve años y las formas multiba-

culares entre los 10 a 14 años. Las formas no contagiosas (tuberculoide e indeterminada) son las más comunes durante la infancia, así como la forma nodular infantil que es una variante de la tuberculoide. Las formas contagiosas (lepromatosa y dimorfa) son menos frecuentes, debido al mayor período de incubación necesario para manifestarse.^{7,8}

En Cuba se han diagnosticado caso de lepra infantil históricamente, el mayor número de enfermos durante el siglo XXI se registró en el 2011 con 10 niños diagnosticados.⁹ En los últimos años se han diagnosticado de manera espontánea, es decir, acuden a los servicios médicos, sin formar parte de la pesquisa activa, niños que son contactos de pacientes diagnosticados en años anteriores.¹⁰ Este hecho es motivo suficiente para intentar detectar aquellos menores que estén en riesgo de enfermar. Según la OMS, el diagnóstico de niños con lepra implica la presencia de bacilos viables circulantes, lo que constituye un grave problema epidemiológico.¹¹⁻¹⁴

En Cuba han sido reportados desde agosto de 1989 hasta el pasado diciembre 2016 un total de 135 casos de lepra en pacientes en edad pediátrica, de los cuales 44 (32,6 %) han sido atendidos en el Hospital Pediátrico Docente Juan Manuel Márquez.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Caso N° 1

Paciente: J.Á.Q.

Edad: 15 años.

Área de salud: Previsora. Camagüey

Motivo de consulta: Ronchas

Historia de la enfermedad actual: Paciente blanco, masculino, con antecedentes de asma bronquial con seguimiento por pediatría e inmunología. Sin antecedentes epidemiológicos conocidos de lepra. En el mes de abril del 2016, luego de un proceso alérgico de moderada intensidad, comenzó con lesiones en piel, las cuales describe como ronchas de color rojo, de aparición y desaparición fugaz, siendo valorado por especialidad de pediatría en cuerpo de guardia indicando antihistamínicos, prednisona vía oral, además de dieta hipoalérgicas, con diagnóstico de urticaria aguda, mejorando el cuadro clínico. Posteriormente las lesiones reaparecen, es valorado por dermatología del Hospital Provincial, no constatándose lesiones en el momento del examen físico, concluyendo como una urticaria crónica e imponiendo tratamiento con dieta hipoalérgica, antihistamínico, además de ozono rectal, no siendo reevaluado posteriormente porque las lesiones mejoraron.

El 14 de febrero de 2017 es valorado nuevamente por lesiones en piel refiriendo además que en cara lateral de pierna derecha, la sensibilidad está disminuida, motivo por el cual se decide indicar estudio.

Examen dermatoneurológico

Cuadro cutáneo diseminado constituido por placas de bordes infiltrados eritematosos de más

o menos 2 milímetros, centro claro, no atrófico, con distribución normal del pelo en número mayor a una docena, con diámetro que varían entre 3 y 7 cm aproximadamente. A nivel de cara lateral izquierda del cuello presenta una placa de bordes eritematoso finos hipocrómicas en el centro, de más o menos 10 cm de diámetro. Al examinar la sensibilidad superficial se constata hipoestesia en la mayoría de las lesiones. No engrosamiento de troncos nerviosos.

Exámenes complementarios

- *Baciloscopia*: codificación 0
- *Glicemia*: 4.9 mmol/l
- *TGP*: 3 unidades
- *TGO*: 4 unidades
- *Urea*: 4.5 mmol/l
- *Ácido úrico*: 2.48 mmol/l
- *Hemograma con diferencial*: Hto: .39
- *Leucocitos*: 10.4 10⁴ x l, Poli. .46 *Linfocitos*: 0.54. : 200 x 10⁹ l
- *Glucosa 6 fosfato deshidrogenasa*: actividad enzimática normal
- *Biopsia de piel*: consistente con lepra dimorfa

Por todo lo anterior es evaluado en consulta provincial y se decide notificar caso como lepra dimorfa e imponer tratamiento multibacilar.

Peso actual: 86 kg

Fuente de infección: desconocida

Discapacidad al diagnóstico: no.

Diagnóstico: precoz

Fecha de notificación: 21/02/2017



Foto 1.



Foto 2.

Caso N° 2

Historia de la Enfermedad Actual

Escolar femenina blanca de 11 años de edad con antecedentes de salud, que refiere su mamá que hace aproximadamente un año le salió una lesión en pierna derecha que ella describe como “una mancha carmelita”, por lo que acude a su médico de familia y le prescribieron tratamiento como una micosis superficial. Once meses aproximadamente después refiere la niña que jugando con su hermana con una aguja se percató que no sentía en esa zona, por lo que es remitida a la consulta de dermatología de su área de salud donde se decide indicar biopsia de piel y complementarios, para concluir diagnóstico y posterior conducta.

Examen dermatológico

Cuadro cutáneo localizado constituido por lesión en placa única de superficie hipocrómica, de más o menos 6 cm de diámetro, de bordes no precisos, bordes que presentan en algunas zonas tendencia a infiltrarse, en cuya superficie se observan pápulas foliculares, escamas ictio-siformes y presencia de hipertrofia folicular. Que asienta en tercio superior de cara anterior de pierna derecha. Se constata disestesia sobre la lesión. Ver Foto 3.

Complementarios:

- Baciloscopia: codificación 0
- Biopsia de piel: B- 225-11. Lepra Borderline tuberculoide
- Hemograma: 108 gr/l
- Eritrosedimentación: Acelerada
- Coagulograma mínimo: dentro de límites normales
- TGP, TGO, Creatinina: Normal



Foto 3.

Caso N° 3

Nombres y apellidos: W.S.E.

Sexo: Masculino

FN: 03/05/2014

CI: 14050362707

Edad: 5 años

Municipio: Santa Cruz del Sur

Historia de la Enfermedad Actual

Paciente masculino de 5 años de edad con antecedente de ser contacto de primer orden de su papá A.S.L., caso diagnosticado el 06/03/2018 con lepra lepromatosa (que refiere el padre que dormía con el niño) el cual se encuentra en tratamiento.

En Consulta Provincial Especializada se examina como contacto y el examen dermatoneurológico del niño es negativo, pero al referir el padre que dormía con el niño decidimos indicar PCR.

08/05/2018 resultado de PCR positivo sin lesiones en piel, se vuelve a examinar y continua sin lesiones de piel.

Se indica Baciloscopia el 22/05/2018; resultado Baciloscopia Cod 0. Se decide indicar ultrasonido abdominal en busca de Hepatoesplenomegalia, para descartar una lepra visceral.

29/05/2018 se recibe resultado de USG Abdominal: Hígado ligeramente reactivo de límites máximos normales para su edad. Vesículas sin alteraciones. Páncreas, Bazo, Riñones y Vejiga normal.

19/06/2018, teniendo en cuenta que el niño mantiene un examen dermatoneurológico negativo, con baciloscopia negativa, pero PCR positiva, consideramos que estamos ante un caso infectado con el *Mycobacterium leprae*, pero no enfermo (Lepra subclínica), por lo que solicitamos autorización para poner un tratamiento profiláctico por seis meses como un paucibacilar sin notificar y seguirlo como contacto por cinco años.

CONCLUSIONES

La lepra en la infancia cursa con una diversidad de manifestaciones clínicas e histopatológicas que hacen necesario un minucioso examen cutáneo en todo niño que presente lesiones dermatológicas sugestivas y una fuente infecciosa sospechosa. Para un oportuno diagnóstico es indispensable que el médico tenga siempre presente la enfermedad, así como destreza al realizar el examen clínico, ya que muchas lesiones cutáneas suelen ser asintomáticas y con frecuencia simulan otros cuadros dermatológicos de lepra, siendo dos de estos tratados por otras enfermedades de la piel.

REFERENCIAS

1. Octavo Comité de expertos de Lepra. 2017.
2. Ferreira IRC, Moysés SJ, França BHS, Carvalho ML, Moysés ST. Percepções de gestores locais sobre a intersectorialidade no Programa Saúde na Escola. Rev Bras de Ed [Internet]. 2014 [citado 2017 Fev 23]; 19(56): 60-76. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/html/275/27530123003/>>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação. Informe Técnico Campanha Nacional de Hanseníase, Verminoses, Tracoma e Esquistossomose 2016 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017 [citado 2019 Jun 25]; Disponible en: <<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/22/Informe-Tecnico-e-Operacional.pdf>>
4. World Health Organization. Estratégias Global para Hanseníase 2016-2020: Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase. 2016 [citado 2017 Jun 15] Disponible en: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208824/1/9789290225201-pt.pdf>>
5. Di Martino Ortiz B, Rodriguez Masi M, Knopfmacher O, Bolla de Lezcano L. Lepra infantil: Presentación de un caso. Dermatology Online Journal [Internet]. [citado 21 Oct 2019];17(1):13. Disponible en: <<https://escholarship.org/uc/item/4gr554g2>>
6. Bernat García J, Mateu Puchades A, Pérez Ebri ML, Alcaraz Soriano MJ, Marquina Vila A. Placas anulares pretibiales: un caso de lepra infantil. Anales de Pediatría [Internet]. 2013 Feb [citado 22 Oct 2019]; 78(2): 128-30. Disponible en: <<https://www.analesdepediatria.org/es-placas-anulares-pretibiales-un-caso-articulo-S1695403311005650>>
7. Mata Jiménez OA, Aguilar Aguilar NE, Miranda A, Freitas de Souza MC, Azulay RD, da Costa Nery JA. Lepra en la infancia: caracterización de parámetros clínicos en los estados reaccionales. Med Cutan Iber Lat Am [Internet]. 2006 [citado 22 Oct 2019]; 34(6):263-69. Disponible en: <<https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2006/mc066c.pdf>>
8. Cardoso Blank NP, Borges Martins de Freitas BH, Bortolini J. Búsqueda activa de hanseniasis en las escuelas de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. Adolescencia y Salud [Internet]. 2018 Jul-Sep [citado 22 Oct 2019];15(3):15-26. Disponible en: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=729&idioma=Espanhol>
9. World Health Organization. Weekly Epidemiological Record 2016. Geneva: WHO; 2016.
10. Ministerio de Salud Pública. Registro Dirección Nacional de Estadísticas. La Habana: Dirección Nacional de Epidemiología; 2017.
11. World Health Organization. Integrating Neglected Tropical Diseases Into Global Health And Development. Fourth WHO report on neglected tropical diseases. Geneva: WHO; 2017
12. Ruiz-Fuentes JL, Suárez Moreno O, Pastrana Fundora F. Diagnóstico de lepra en niños mediante seguimiento serológico de anticuerpos contra el glicolípido fenólico I. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2019 Mar [citado 22 Oct 2019]; 91(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312019000100003>

13. Richardus RA, Butlin CR, Alam K, Kundu K, Geluk A, Richardus JH. Clinical manifestations of leprosy after BCG vaccination: An observational study in Bangladesh. *Vaccine* [Internet]; 2015 [citado 2019 Jun 21]; 33(13): 1562-1567. Disponible en: <https://ac.els-cdn.com/S0264410X15001838/1-s2.0-S0264410X15001838-main.pdf?_tid=8f77c744-9bd1-4137-b910-1c2d9a3081bc&acdnat=1522288166_f07024014768af09ad9c182b1dfe0bc2>
14. Leite SCC, Sampaio CA, Caldeira AP. "Como ferrugem em lata velha": o discurso do estigma de pacientes institucionalizados em decorrência da hanseníase. *Physis* [Internet]. 2015 [citado 2019 Jun 30]; 25(1): 121-138. Disponible en: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n1/0103-7331-physis-25-01-00121.pdf>>

PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN PARA LEPROA CON DOSIS ÚNICA DE RIFAMPICINA: MANUAL PARA SU IMPLEMENTACIÓN

Tanja Barth-Jaeggi^{a,b}, Arielle Cavaliero^c, Ann Aerts^c, Sunil Anand^d, Mohammad Arif^e, Sao Sarady Ay^f, Tin Maung Aye^g, Nand Lal Banstola^h, Rabindra Baskotaⁱ, David Blaney^j, Marc Bonenberger^k, Wim Van Brakel^l, Hugh Cross^m, V.K. Dasⁿ, Teky Budiawan^o, Nilanthi Fernando^p, Zaahira Gani^c, Helena Greter^{a,b}, Eliane Ignotti^q, Deus Kamara^r, Christa Kasang^s, Burkard Kömm^s, Anil Kumar^t, Sambath Lay^u, Liesbeth Mieras^l, Fareed Mirza^c, Beatrice Mutayoba^r, Blasdus Njako^v, Tiara Pakasi^w, Jan Hendrik Richardus^x, Paul Saunderson^y, Cairns S. Smith^z, René Stäheli^k, Nayani Suriyarachchi^{aa}, Tin Shwe^g, Anuj Tiwari^x, Millawage Supun D. Wijesinghe^p, Jan Van Berkel^l, Bart Vander Plaetse^k, Marcos Virmond^{ab}, y Peter Steinmann^{a,b}

^aSwiss tropical and Public Health Institute, Basel Switzerland

^bUniversity of Basel, Basel, Switzerland

^cNovartis Foundation, Basel, Switzerland

^dAmerican Leprosy Missions, Hyderabad, India

^eNLR, New Delhi, India

^fSwiss Tropical and Public Health Institute, Phnom Penh, Cambodia

^gAmerican Leprosy Missions, Yangon, Myanmar

^hNLR, Kathmandu, Nepal

ⁱLeprosy Control and Disability Management Section, Kathmandu, Nepal

^jCenters for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA

^kFAIRMED, Bern, Switzerland

^lNLR, Amsterdam, Netherlands

^mPrivate, UK

ⁿHealth Services, Dadra and Nagar Haveli, India

^oNLR, Jakarta, Indonesia

^pAnti-Leprosy Campaign, Colombo, Sri Lanka

^qUniversidade do Estado de Mato Grosso, Cáceres, Brazil

^rNational Tuberculosis and Leprosy Programme, Dar es Salaam, Tanzania

^sGerman Leprosy and Tuberculosis Relief Association, Würzburg, Germany

^tDirectorate General of Health Services, MoHFW, New Delhi, India

^uNational Leprosy Elimination Program, Phnom Penh, Cambodia

^vGerman Leprosy and Tuberculosis Relief Association, Dar es Salaam, Tanzania

^wSub Directorate Directly Transmitted Tropical Diseases, MoH, Jakarta, Indonesia

^xErasmus MC, University Medical Center Rotterdam, Rotterdam, Netherlands

^yAmerican Leprosy Missions, Greenville, USA

^zUniversity of Aberdeen, UK

^{aa}FAIRMED, Colombo, Sri Lanka

^{ab}Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, Brazil

(Este trabajo es una reproducción de *Lepr Rev* 2019; 90(4): 356-363)

Correspondencia a: Peter Steinmann, Swiss Tropical and Public Health Institute, Socinstrasse 57, 4051 Basel, Switzerland
(Tel: +41 61 284 82 29; e-mail: peter.steinmann@swisstph.ch, <https://orcid.org/0000-0003-4800-3019>)

RESUMEN

Objetivo: La profilaxis post-exposición de la lepra con dosis única de rifampicina (SDR-PEP) ha demostrado ser efectiva y aplicable y está recomendada por la OMS desde 2018. Esta caja de herramientas SDR-PEP se desarrolló a través de la experiencia de la profilaxis lepra post-eliminación (LPEP). Se ha diseñado para facilitar y estandarizar la implementación del seguimiento de contactos y la administración SDR-PEP en regiones y países que iniciaron la intervención.

Resultados: Se desarrollaron cuatro instrumentos, incorporando la evidencia existente actual para SDR-PEP y los métodos y enseñanzas del proyecto LPEP en ocho países. (1) El conjunto de diapositivas PowerPoint política/apoyo que ayudarán a los programadores sobre la evidencia, practicabilidad y recursos necesarios para SDR-PEP, (2) La colección de diapositivas PowerPoint sobre formación e implementación en el campo para formar al personal implicado en el seguimiento de contactos y PEP con SDR, (3) manual genérico de campo SDR-PEP que puede ser usado para formar un protocolo específico de campo para el seguimiento de contactos y SDR-PEP como referencia para el personal directamente implicado. Finalmente, (4) el manual director SDR-PEP, que resume los distintos componentes de la caja de herramientas y contiene las instrucciones para su uso.

Conclusión: En respuesta al interés manifestado por varios países de implementar el seguimiento de contactos de lepra con PEP con SDR, con las recomendaciones OMS sobre SDR-PEP, esta caja de herramientas basada en la evidencia concreta pero flexible, ha sido diseñada para servir a los directores de programas nacionales de lepra con un medio práctico para trasladar los planteamientos a la práctica. Está disponible gratuitamente en la página de Infolep y actualizada constantemente: <https://www.leprosy-information.org/keytopic/leprosy-post-exposure-prophylaxis-lpep-programme>

PALABRAS CLAVE: Lepra, profilaxis, rifampicina, dosis única, LPEP, juego de herramientas

SUMMARY

Objective: Leprosy post-exposure prophylaxis with single-dose rifampicin (SDRPEP)

has proven effective and feasible, and is recommended by WHO since 2018. This SDR-PEP toolkit was developed through the experience of the leprosy post-exposure prophylaxis (LPEP) programme. It has been designed to facilitate and standardise the implementation of contact tracing and SDR-PEP administration in regions and countries that start the intervention.

Results: Four tools were developed, incorporating the current evidence for SDRPEP and the methods and learnings from the LPEP project in eight countries. (1) the SDR-PEP policy/advocacy PowerPoint slide deck which will help to inform policy makers about the evidence, practicalities and resources needed for SDR-PEP, (2) the SDR-PEP field implementation training PowerPoint slide deck to be used to train front line staff to implement contact tracing and PEP with SDR, (3) the SDR-PEP generic field guide which can be used as a basis to create a location specific field protocol for contact tracing and SDR-PEP serving as a reference for frontline field staff. Finally, (4) the SDR-PEP toolkit guide, summarising the different components of the toolkit and providing instructions on its optimal use.

Conclusion: In response to interest expressed by countries to implement contact tracing and leprosy PEP with SDR in the light of the WHO recommendation of SDRPEP, this evidence-based, concrete yet flexible toolkit has been designed to serve national leprosy programme managers and support them with the practical means to translate policy into practice. The toolkit is freely accessible on the Infolep homepages and updated as required:

<https://www.leprosy-information.org/keytopic/leprosy-postexposure-prophylaxis-lpep-programme>

KEYWORDS: Leprosy, prophylaxis, rifampicin, single-dose, LPEP, toolkit

INTRODUCCIÓN

Los convivientes y contactos cercanos de nuevos pacientes de lepra presentan un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad comparado con la población general.¹ Este riesgo puede reducirse sustancialmente mediante la administración de una sola dosis de rifampicina (SDR,

en inglés) a los contactos que cumplan los criterios de admisión.² La eficacia de la profilaxis post-exposición (PEP, en inglés) se ha demostrado en varios estudios³, destacando el ensayo COLEP en Bangladesh.^{4,5} El Programa Post-Exposición Lepra (LPEP, en inglés) ha determinado la viabilidad, aceptación e impacto de la intervención en condiciones rutinarias, en distintos sistemas de salud, contextos socio-culturales y condiciones epidemiológicas en 8 países de África, Asia y América Latina.^{6,7} Hay que destacar, que el programa LPEP se implementó en base a un planteamiento flexible acoplado a las condiciones locales para maximizar su aceptación e impacto. Principios fundamentales son su integración en el sistema sanitario general y el programa rutinario de control de la lepra para evitar la creación en paralelo de otras estructuras proyecto-específicas y al mismo tiempo facilitar su sostenibilidad.

Basado en la evidencia actual, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda “la administración de una dosis única de rifampicina como tratamiento preventivo para adultos y niños (>2 años) contactos de pacientes de lepra, después de excluir lepra y tuberculosis (TB) manifiesta y en ausencia de otras posibles contraindicaciones. La intervención se implementará mediante programas que aseguren: (i) un control adecuado de los contactos y (ii) consentimiento del caso índice de revelar su enfermedad”.⁸ Desafortunadamente, el Manual Operativo de la Estrategia Global de la Lepra 2016-2020 no contiene consejos sobre la logística de la prevención de la lepra a través del PEP con SDR.⁹ Sin embargo, el capítulo 3.2 explica “La detección precoz mediante la búsqueda activa de casos y el control de los contactos” orienta sobre las actividades de búsqueda y cribaje, que es el componente que consume más tiempo y recursos del PEP con intervenciones SDR. El mismo capítulo también aconseja sobre las intervenciones para incrementar la detección de pacientes de lepra, según el entorno epidemiológico.

Varios programas nacionales de lepra que participan en el programa LPEP se han acogido al PEP con SDR y están actualmente integrando o ya lo han hecho la actividad en sus programas nacionales de control de la lepra y estrategias de eliminación. Por las recomendaciones de la OMS y las evidencias obtenidas sobre el campo, es de esperar que en los próximos años otros países seguirán su ejemplo. La Alianza Global para Cero Lepra (GPLZ, <http://zeroleprosy.org/>) también se interesa por este planteamiento y, tanto la Agenda para la Investigación como la de Excelencia Operativa han organizado grupos de trabajo sobre distintos aspectos de la intervención. Del mismo modo, ILEP (<http://www.ilepfederation.org/>) está comprometida en continuar apoyando la lepra PEP con SDR.

Basándose en todo lo anterior, el comité Directivo de LPEP preparó una serie de herramientas y material orientativo para la introducción, implementación y documentación de PEP lepra con SDR. Los materiales son genéricos pero prácticos y forman una caja de herramientas de donde se puede seleccionar la documentación más relevante para cada usuario. La caja de herramientas está enfocada, sobre todo, en las necesidades de los directores de los programas nacionales. A continuación, se resume el proceso utilizado para desarrollar y validar la caja de herramientas, se describen sus componentes individuales y se proporciona un enlace al banco de datos permanente donde se almacenan los archivos de la caja de herramientas que son gratuitos, accesibles y pueden descargarse.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se desarrollaron los siguientes documentos y se incluyeron en la caja de herramientas:

1. Juego de diapositivas PowerPoint sobre política/apoyo SDR-PEP.
2. Juego de diapositivas PowerPoint sobre formación en implementación en el campo SDR-PEP.
3. Manual genérico de campo SDR-PEP.
4. Manual director SDR-PEP.

Estos manuales se desarrollaron en base a los documentos validados durante la implementación del programa LPEP. Las principales fuentes fueron el manual de campo de LPEP que se desarrolló a partir del protocolo LPEP genérico,⁶ y las presentaciones utilizadas en los lanzamientos de distintos eventos y para la formación del personal de campo. Se revisaron todos los documentos en base a la experiencia práctica obtenida en los 3 años de su implementación en 8 países.⁷ El principio director, en el desarrollo de los componentes de la caja de herramientas es que se deben estar basados en la evidencia, concretos, pero al mismo tiempo flexibles para poder cubrir un campo amplio de escenarios, y precisos, pero también genéricos, para facilitar su adaptación a diferentes necesidades y contextos. Como resultado, los documentos sólo recomiendan prácticas estándar actuales y siguen un planteamiento lógico y una secuencia temporal de eventos.

Se emplea un código de colores para guiar al usuario durante la adaptación de las herramientas. El texto estándar está en negro mientras que los códigos en color se utilizan en el manual para representar secciones que varían según las distintas configuraciones (ver Tabla 1).

El documento utiliza términos genéricos intencionadamente para ofrecer la posibilidad de su adaptación a condiciones locales (por ejemplo, "distrito" puede ser sinónimo de "provincia" o "condado" en algunos escenarios). Del mismo modo, las denominaciones de las funciones del personal sanitario varían entre países (por ejemplo, personal sanitario comunitario, voluntario sanitario en aldeas, personal paramédico) y también la designación de tareas entre distintas funciones (por ejemplo, lo que podría ser responsabilidad de un enfermero en un país puede ser de un trabajador comunitario en otro tipo de sistema).

Los documentos de la caja de herramientas están formateados, pero no están protegidos para facilitar su adaptación a las condiciones específicas nacionales y su integración en el diseño que considere propio el usuario. Se pueden insertar fotografías y gráficos en toda la documentación para ilustrar puntos de relevancia relacionados con actividades regionales. Los componentes de la caja pueden ser utilizados en su totalidad, independientemente o solo fragmentos seleccionados.

Tabla 1. Código de colores de los fragmentos de texto

Color del texto	Adaptaciones a realizar
Verde	Representa un número definido de opciones entre las que se debe seleccionar la más relevante de acuerdo al área diana
Azul	Indica que un término o número que deba insertarse sólo puede decidirse en referencia al área diana
Morado	Identifica las entradas opcionales que son aplicables solamente en ciertas situaciones o propósitos operacionales y, si no, pueden ser eliminadas

Los manuales de la caja de herramientas fueron revisados por expertos con una sólida experiencia en la implementación actual del programa LPEP. Los borradores fueron compartidos y validados por parte de los colaboradores del programa LPEP, incluyendo representantes ILEP, miembros del grupo de trabajo GPZL y directores de programas nacionales sin implicaciones previas en la implementación de programas LPEP. Las consultas fueron facilitadas por la Fundación Novartis y el GPZL. Toda la retroalimentación se incluyó en los borradores antes de la finalización de los documentos.

RESULTADOS

El juego de diapositivas Powerpoint política/apoyo SDR-PEP contiene información estándar dirigida al personal del ministerio, responsables políticos y donantes. La presentación cubre las tendencias históricas y actuales en la epidemiología de la lepra (globalmente y en países /áreas concretas), destacando el valor de un nuevo planteamiento para intentar reducir los índices de detección de nuevos casos adultos y niños. También describe la práctica habitual y las herramientas utilizadas en el diagnóstico y tratamiento de la lepra a nivel sanitario. Se introduce el control de los contactos y la quimioprofilaxis como dos herramientas potenciales para incrementar la detección precoz y reducir el riesgo de que contactos desarrollen lepra clínica, lo que posiblemente contribuya a la reducción de la transmisión. Se presenta el planteamiento básico de la SDR-PEP, así como los resultados generales del programa LPEP⁷ y los datos mínimos esenciales necesarios.¹⁰ Se incluyen asuntos como el suministro de rifampicina y datos disponibles sobre el coste y coste-efectividad de SDR-PEP. El destaca⁸ el respaldo de la OMS para la implementación de SDR-PEP para el control de la lepra y se describen estudios actuales que proporcionarán evidencias complementarias en el grupo de la quimioprofilaxis.



Figura 1. Flujo de actividad de SDR-PEP

IMPLEMENTACIÓN EN EL CAMPO DE LA GUÍA DE APRENDIZAJE

La guía de implementación proporciona un juego de dispositivas PowerPoint genéricas que se pueden adaptar y personalizar fácilmente como un modelo de aprendizaje para el personal sanitario implicado en el trabajo de las actividades de campo PEP en lepra. Incluye los siguientes componentes clave: primero, la selección de criterios para facilitar la identificación de las áreas de intervención. Después un flujo de actividad de SDR-PEP describe las distintas tareas (Figura 1), desde la identificación del paciente índice y las consideraciones para su inclusión/exclusión, el seguimiento continuado de contactos y criterios de inclusión/exclusión, la administración SDR e información/control de los efectos secundarios, y el reporte y registro de un impreso de datos mínimos esenciales sobre los pacientes índice y contactos.¹⁰ Además, se describen y sugieren vías logísticas para rifampicina. Finalmente, se resumen una exposición de un equipo estándar y los temas clave para cada miembro del equipo.

GUÍA DE CAMPO

La guía de campo SDR-PEP aporta ayuda en la planificación e implementación de la SDR-PEP al facilitar un protocolo modelo para SDR-PEP. También sirve de referencia para el personal de campo en primera línea. La guía contiene información muy concisa sobre el seguimiento de contactos y SDR-PEP y detalla todos los parámetros estandarizados, como la logística y los recursos, que hay que tener en cuenta al implementar el procedimiento. Resume los papeles y responsabilidades del personal clave y describe los pasos fundamentales para registrar al

paciente índice, el seguimiento de contactos y el cribaje para detectar signos de lepra, las decisiones sobre derivación en base a sospecha de lepra y TB, el cribaje para inclusión en SDR y la administración de SDR. También se presenta el reporte y registro de datos.

MANUAL DE HERRAMIENTAS

El *manual de herramientas* SDR-PEP informa sobre el uso y la aplicación de las herramientas propuestas en la guía. Contiene un resumen más extenso sobre la evidencia actual de la profilaxis post-exposición de la lepra (por ejemplo, eficacia, seguridad y viabilidad), que resumen el desarrollo y proceso de validación al que se sometieron las herramientas, y al mismo tiempo las presenta. Concluye con directrices sobre la adaptación de los documentos genéricos para concretar los escenarios sobre el terreno donde se plantea introducir SDR-PEP.

Los documentos están disponibles en la web: <https://www.leprosy-information.org/keytopic/leprosy-post-exposure-prophylaxis-lpep-programme>.

Para más directrices véase: <https://zeroleprosy.org/>. Los documentos se pueden descargar, modificar y utilizar libremente siempre que los usuarios reconozcan la fuente de los documentos. Se avisa a los usuarios que confirmen cualquier modificación con expertos reconocidos en el campo para asegurar que sea lo más adecuado para su contexto local.

DISCUSIÓN

En respuesta a las recomendaciones de la OMS sobre SDR-PEP, esta guía pretende dotar a los directores de programas nacionales de lepra de los medios útiles para trasladar los principios del programa a la práctica. La experiencia disponible sugiere que mientras el seguimiento de contactos y su cribaje representan la mayor parte del trabajo, la administración SDR es la parte más controvertida de la intervención y requiere de un aprendizaje y comunicación cuidadoso y coordinado. También es importante la supervisión y control continuo de la calidad y su retroalimentación puede proporcionar nuevas indicaciones, así como una posible actualización de sus actuales directrices.

La introducción e implementación de la SDR-PEP en la rutina de los programas nacionales de lepra identificará posibles necesidades adicionales de nuevas herramientas y directrices. Juntas formarán la base para actualizar los componentes de la guía a medida que emerjan nuevas experiencias y puntos de vista. Además, hay varios estudios en marcha y otros que se van a iniciar pronto que exploran distintos aspectos relacionados con la quimio-profilaxis para la prevención de la lepra y la interrupción de la transmisión de *M. leprae*. Su meta es mejorar la efectividad e impacto de la intervención y así proporcionar evidencias importantes que habrá que integrar en la guía SDR-PEP para que siga siendo relevante. De entre estos estudios, señalamos los siguientes: ensayo PEOPLE (2018-2022) implementado en las Comores y Madagascar, que pretende definir la población diana óptima para PEP lepra, incluyendo una dosis única de rifampicina (SDR; <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03662022>). El PEP4LEP (2018-2022) en Etiopía, Mozambique y Tanzania evalúa distintos planteamientos para el seguimiento de contactos como campañas comunitarios para evaluar la piel o cribaje en centros

sanitarios (<https://nlrinternational.org/what-we-do/projects/pep4lep/>). También se explora el valor de la SkinApp (<https://leprosyrelief.org/skinapp>) para facilitar la detección precoz y el diagnóstico. Además, varios ensayos evalúan la combinación de SDR-PEP con BCG (Maltalep en Bangladesh; 2013-2019¹¹), y pautas multidosis como tratamiento preventivo (PEP++ en Brasil, India e Indonesia; 2017-2023) para contactos seropositivos, mientras que los demás reciben SDR-estándar (<https://nlrinternational.org/news/pep-an-enhanced-regimen-for-leprosy/>). También se planifican o ya se han iniciado ensayos inmunoterapéuticos e inmunoprolácticos tipo vacunas (LepVax, MIP) en Brasil e India.^{12,13}

Las correcciones, modificaciones sugeridas y adicionales deben comunicarse al autor correspondiente. Las versiones actualizadas deben ser expuestas en la web. Cada revisión será identificada por números consecutivos de versiones.

APROBACIÓN DEL COMITÉ EVALUADOR

No aplicable ya que no fue necesaria la aprobación para la elaboración del juego de herramientas.

FINANCIACIÓN

El programa LPEP está financiado por la Fundación Novartis, NLR, ALM, GLRA, FAIRMED y los programas nacionales de lepra de los respectivos países.

CONFLICTO DE INTERESES

La Fundación Novartis y los socios de ILEP aportaron las entradas técnicas en la fase de diseño del programa LPEP y garantizan la coordinación total del programa. No todos los autores son empleados de la Fundación Novartis, que trabajan como consultores asalariados para el programa aquí descrito, y que actúan como coordinadores del programa nacional o sirven en el Comité de Dirección del programa.

El patrocinador no tiene un papel en la interpretación de los hallazgos o en la decisión de publicar este manuscrito.

CONTRIBUCIONES

Todos los coautores son miembros del grupo de estudio LPEP. TBJ se encargó del borrador del manuscrito. Todos los coautores recibieron el borrador y aportaron comentarios. PST terminó el manuscrito y es quien lo avala.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

No aplicable ya que no fue necesario el consentimiento del paciente para la elaboración de este juego de herramientas.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos los esfuerzos de todos los empleados, tanto antiguos como actuales, que contribuyeron a abordar, planificar e implementar el trabajo de campo, realizando los análisis iniciales o contribuyendo de otro modo en el programa LPEP.

REFERENCIAS

1. Moet FJ, Pahan D, Schuring RP et al. Physical distance, genetic relationship, age, and leprosy classification are independent risk factors for leprosy in contacts of patients with leprosy. *J Infect Dis*, 2006; 193(3): 346–353.
2. Ferreira SMB, Yonekura T, Ignotti E et al. Effectiveness of rifampicin chemoprophylaxis in preventing leprosy in patient contacts: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *JBI Database System Rev Implement Rep*, 2017; 15(10): 2555–2584.
3. Smith CM, Smith WC. Chemoprophylaxis is effective in the prevention of leprosy in endemic countries: A systematic review and meta-analysis. *J Infect*, 2000; 41(2): 137–142.
4. Moet FJ, Oskam L, Faber R et al. A study on transmission and a trial of chemoprophylaxis in contacts of leprosy patients: Design, methodology and recruitment findings of COLEP. *Leprosy Rev*, 2004; 75(4): 376–388.
5. Moet FJ, Pahan D, Oskam L et al. Effectiveness of single dose rifampicin in preventing leprosy in close contacts of patients with newly diagnosed leprosy: Cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 2008; 336(7647): 761–764.
6. Barth-Jaeggi T, Steinmann P, Mieras L et al. Leprosy Post-Exposure Prophylaxis (LPEP) programme: Study protocol for evaluating the feasibility and impact on case detection rates of contact tracing and single dose rifampicin. *BMJ Open*, 2016; 6(11): e013633.
7. Steinmann P, Cavaliero A, Aerts A et al. The Leprosy Post-Exposure Prophylaxis (LPEP) programme: Update and interim analysis. *Leprosy Rev*, 2018; 89: 102–116.
8. WHO, 2018. Guidelines for the diagnosis, treatment and prevention of leprosy. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, New Delhi.
9. WHO, 2016. Global leprosy strategy 2016–2020. Accelerating towards a leprosy-free world. Operational Manual. World Health Organization, Geneva.
10. Richardus JH, Kasang C, Mieras L et al. Minimal essential data to document contact tracing and single dose rifampicin (SDR) for leprosy control in routine settings: A practical guide. *Leprosy Rev*, 2018; 89: 2–12.
11. Richardus RA, Alam K, Pahan D et al. The combined effect of chemoprophylaxis with single dose rifampicin and immunoprophylaxis with BCG to prevent leprosy in contacts of newly diagnosed leprosy cases: A cluster randomized controlled trial (MALTALEP study). *BMC Infect Dis*, 2013; 13: 456.
12. Duthie MS, Pena MT, Ebenezer GJ et al. LepVax, a defined subunit vaccine that provides

effective pre-exposure and post-exposure prophylaxis of *M. leprae* infection. NPJ Vaccines, 2018; 3: 12.

13. Steinmann P, Reed SG, Mirza F et al. Innovative tools and approaches to end the transmission of *Mycobacterium leprae*. Lancet Infect Dis, 2017; 17(9): e298–e305.

JORNADA MUNDIAL CONTRA LA LEPROA EN NICARAGUA

Como cada tercer domingo de enero que se celebra el Día Mundial de la Lepra en honor a los enfermos que la padecen alrededor de todo el mundo, en Nicaragua fue dedicado con variadas actividades a quienes a lo largo de 20 años han sido los principales protagonistas en la lucha para erradicar esta enfermedad milenaria en el país: los promotores y las promotoras de salud voluntarios.

El papel que han jugado más de un centenar de estos importantes agentes comunitarios, en su mayoría campesinos/as formados en la identificación, seguimiento y prevención de la lepra, con el apoyo de la Fundación Fontilles, ha sido parte de las estrategias desarrolladas para contribuir no sólo a la disminución del número de casos y prevención de las discapacidades, sino también para desterrar el estigma que le acompaña, generando sistemáticamente conciencia en la población de que la imagen que muchos aún tienen del enfermo como incurable y muy contagioso es falsa, y que no debe ser objeto de rechazo.

Entre las actividades desarrolladas en la jornada, los 32 miembros de la red de promotores/as de salud voluntarios participantes recibieron charlas para afianzar sus conocimientos sobre la lepra, hubo intercambios de experiencias del trabajo que están realizando y por último organizaron una pequeña actividad cultural.





Durante el intercambio de experiencias, Emilda García, quien es la coordinadora de esta red, contó cómo sus vecinos quedaron sorprendidos y asustados cuando la vieron por primera vez visitando a enfermos de lepra en su comunidad. Ella reconoció que fue algo complicado al inicio, pero gracias a su aprendizaje y el carisma para transmitir los conocimientos, felizmente logró cambiar la forma de pensar de ellos acerca de la enfermedad, incluso, hay dos que logró “contagiar”, pero para que se convirtieran en promotores de salud voluntarios como ella.

Entre risas, Emilda afirmó que ha sido un arduo trabajo de mucho compromiso de este grupo de personas, sin embargo, le satisface que ahora tanto las familias como las autoridades de salud reconocen su desempeño en las acciones que realizan contra la lepra y otros problemas de salud en las comunidades.

Consciente de la importancia de divulgar de forma amplia sus experiencias, le dije: ¿Pudieramos al final ir a la radio para que digas lo que nos has contado?

Sonriente no aguardó respuesta, hizo un gesto afirmativo, porque ella sabía que era el día ideal para decir a los nicaragüenses que la lepra todavía existe.

Dr. Nelson Caballero Jiménez
Representante de Fontilles en Centroamérica

FORMACIÓN AL PERSONAL SANITARIO DE LA AISE 2020

Como en los últimos años, hemos colaborado nuevamente con la AISE (Asociación Internacional de Sanitarios Españoles) y para ello nos hemos desplazado a su sede en Santa Coloma de Gramanet (Barcelona) para realizar trabajo de formación en Dermatología Tropical.



En el Curso han participado 66 profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, técnicos de laboratorio, fisioterapeutas, farmacéuticos, etc.) procedentes de diferentes lugares del estado español, que en los próximos meses se desplazarán a Ecuador a realizar labores de voluntariado. Hemos hablado de lepra, micosis superficiales y profundas, miasis, tungiasis, larva migrans, escabiosis, etc.

Agradecemos la actitud de los profesionales en el ánimo de mejorar sus conocimientos y el trato allí recibido.

Dr. José Ramón Gómez Echevarría
Director Médico Lepra Fontilles



62° curso internacional de
LEPROLOGÍA y
DERMATOLOGÍA TROPICAL
para personal sanitario
del 19 al 23 de octubre de 2020
www.fundacionfontilles.org

Curso dirigido a **personal paramédico, diplomados en enfermería, fisioterapeutas, trabajadores sociales y otros titulados interesados en lepra y patología dermatológica**

Objetivo

Este curso tiene como objetivo que los participantes conozcan las características clínico-epidemiológicas de la lepra y aprendan las técnicas de diagnóstico, prevención y control de la enfermedad. Además, se formarán sobre otras patologías dermatológicas que se dan en zonas tropicales. En el trabajo sobre el terreno son muy frecuentes las consultas dermatológicas, fundamentalmente de procesos infecciosos. Las condiciones climatológicas, el hábitat, el hacinamiento... favorecen la aparición de estos procesos. Se ha valorado que aproximadamente un 20% de las consultas, en estos contextos, son dermatológicas. En este curso hacemos un repaso de aquellas patologías que se dan con mayor frecuencia junto a otras excepcionalmente observadas.

Temario

♦Definición, historia, epidemiología distribución geográfica, etiología. Transmisión de la lepra. ♦Pruebas diagnósticas y de laboratorio. ♦Patología. ♦Espectro clínico de la lepra. Tipos clínicos. ♦Manifestaciones neurológicas. Otras manifestaciones clínicas. ♦Leprorreacciones. ♦Diagnóstico diferencial. ♦Lepra y embarazo. ♦Tratamiento de las diferentes formas. ♦Manejo del enfermo de lepra. ♦Rehabilitación física. ♦Aspectos psicológicos de la lepra. ♦Patología dermatológica tropical frecuentemente observada en el trabajo sobre el terreno.

Dirección

Dr. José Ramón Gómez Echevarría · Director Médico de Lepra de Fontilles.

Profesorado

♦Lucrecia Acosta. Responsable del diagnóstico molecular e investigación del laboratorio de Fontilles. ♦Violeta Bagase. Médico de familia del Hospital de Ibiza. ♦Vicente Buigues. Oftalmólogo Sanatorio Fontilles ♦Cristina Ferrer. Técnica especialista del laboratorio del Sanatorio Fontilles. ♦ José Ramón Gómez . Director médico de lepra del Sanatorio Fontilles. ♦Fátima Moll. Fisioterapeuta y Due. Hospital Comarcal La Pedrera – Denia. ♦Pedro Torres. Jefe de laboratorio e investigación de Fontilles.

Fecha y lugar de celebración

Del 19 al 23 de octubre de 2020
Sanatorio de Fontilles · La Vall de Laguar (Alicante)

Coste

150€*

*Incluye alojamiento a pensión completa en el Sanatorio.
Pago una vez se comunique haber sido aceptado en el curso

Preinscripción y matrícula. Plazas limitadas

E-mail: rosana@fontilles.org · Tel: 00 34 965 583 350

Enviar email con datos personales: nombre, apellidos, dirección completa, DNI, titulación académica, email y teléfono. Adjuntar currículum vitae.



57° *curso internacional de*
LEPROLOGÍA
para **médicos**
del 23 al 27 de *noviembre de 2020*
www.fundacionfontilles.org

Curso dirigido a médicos dermatólogos que deseen especializarse en leprología y a médicos interesados en los problemas actuales de la lucha contra la lepra y en patología dermatológica tropical

Objetivo

Este curso tiene como principal objetivo que los participantes conozcan las características clínico-epidemiológicas, diagnósticas, preventivas y de control de la lepra, así como su reconocimiento y diferenciación de otras patologías dermatológicas.

Temario

♦Definición, historia, epidemiología distribución geográfica, etiología. Transmisión de la lepra. ♦Inmunidad. ♦Pruebas diagnósticas y de laboratorio.♦Patología. ♦Espectro clínico de la lepra. Tipos clínicos. ♦Características histológicas. ♦Manifestaciones neurológicas. Otras manifestaciones clínicas. ♦Lepra-reacciones. ♦Diagnóstico y actitud en el campo. ♦Diagnóstico diferencial cutáneo. ♦Lepra y embarazo. ♦Tratamiento de las diferentes formas. ♦Manejo del enfermo de lepra. ♦Rehabilitación física. ♦Aspectos psicológicos de la lepra. ♦Reconocimiento de las diferentes patologías cutáneas más frecuentes en la piel de color. ♦Patología dermatológica tropical frecuentemente observada en el trabajo sobre el terreno.

Dirección

Dr. José Ramón Gómez Echevarría · Director Médico de Lepra de Fontilles

Profesorado

♦Lucrecia Acosta. Responsable del diagnóstico molecular e investigación del laboratorio de Fontilles. ♦Violeta Bagase. Médico de familia del Hospital de Ibiza. ♦Vicente Buigues. Oftalmólogo Sanatorio Fontilles. ♦Jesús Cuevas. Servicio de Anatomía Patológica del H. General Universitario de Guadalajara. ♦Fernando Fariñas. Director del Instituto de Inmunología y Enfermedades Infecciosas de Málaga. ♦Cristina Ferrer. Técnica especialista del laboratorio del Sanatorio Fontilles. ♦ José Ramón Gómez . Director médico de lepra del Sanatorio Fontilles. ♦Rafael Guayta-Escolies. Asesor de proyectos científicos del Colegio de Farmacéuticos de Barcelona y profesor asociado de la Universidad Internac. de Cataluña. ♦Francisco José Lorente. Médico especialista en traumatología y cirugía ortopédica en el H. La Fe de Valencia. ♦Fátima Moll. Fisioterapeuta y Due. Hospital Comarcal La Pedrera – Denia. ♦Laura Moya . Técnica en la Unidad de Apoyo de la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. ♦Juan Manuel Núñez. Odontólogo Sanatorio Fontilles. ♦Rafael Sira. Profesor titular Departamento Biotecnología Universidad Politécnica de Valencia ♦Luiz Claudio Dias. Especialista del Hospital Dermatológico Alfredo da Matta-Manaus (Brasil) ♦Inés Suárez. Servicio de medicina Interna del H. Infanta Sofía de Madrid. ♦Pedro Torres. Jefe de laboratorio e investigación de Fontilles.

Fecha y lugar de celebración

Del 23 al 27 de noviembre de 2020
Sanatorio de Fontilles · La Vall de Laguar, Alicante

Coste

200 €*

*Incluye alojamiento a pensión completa en el Sanatorio.
Pago una vez se comunique haber sido aceptado en el curso

Preinscripción y matrícula. Plazas limitadas

E-mail: rosana@fontilles.org · Tel: 00 34 965 583 350

Enviar email con datos personales: nombre, apellidos, dirección completa, DNI, titulación académica, email y teléfono. Adjuntar currículum vitae.

Clínica, Inmunopatología y Diagnóstico

Rodrigues Daxbacher EL, Cabrera Pereira JP, Ramos de Oliveira S, Duarte Tortelly V, Carneiro S, Jeunon T. La importancia de la técnica de la toma de biopsias para el diagnóstico de la lepra histoide. [*The importance of the biopsy technique in the diagnosis of histoid leprosy*]. Am J Dermatopathol. [en línea] 2020; 42(2): 125-128. [Citado el 20 de febrero de 2020]. Disponible en Internet: <https://journals.lww.com/amjdermatopathology/Abstract/2020/02000/The_Importance_of_the_Biopsy_Technique_in_the.8.aspx>; DOI: 10.1097/DAD.0000000000001476

Resumen:

La lepra histoide (HL, en inglés) fue descrita por Wade en 1963 y es considerada una variante poco frecuente de la lepra lepromatosa (LL). Estas lesiones clínicas características son nódulos firmes y profundamente adheridos con características reminiscentes de dermatofibromas o queloides sobre un fondo de piel aparentemente sano. Las principales características histopatológicas descritas son la presencia de histiocitos en forma de huso con fondo de colágeno que normalmente forma un modelo nodular de infiltración con delimitación muy marcada y tinción positiva para bacilos ácido-alcohol resistentes. La forma clínica de HL no debe presentar histiocitos espumosos y globis. Sin embargo, algunos autores y también nosotros hemos detectado que, en la mayoría de casos, a pesar de determinadas características clínicas, la histopatología es una mezcla de patrones HL y LL. Se presenta pues un caso con características clínicas similares a HL y en que la escisión mediante bisturí de un nódulo presenta características clínicas de LL en el centro de la lesión y de HL en la periferia, demostrando que la biopsia puede aumentar la capacidad del dermatopatólogo para diagnosticar histopatológicamente un caso de HL. Así pues, en los casos en que se sospeche lepra HL sugerimos sustituir la biopsia punch 4mm. por una biopsia mayor tipo elíptica de toda la lesión si es posible, para conseguir una muestra adecuada del proceso patológico.

Santos de Macedo C, Alves Lara F, Olmo Pinheiro R, Schmitz V, de Berrêdo Pinho M, Moura Pereira G, Vidal Pessolani MC. Nuevas ideas sobre la patogénesis de la lepra: contribución de la subversión del metabolismo celular del huésped hacia la persistencia bacteriana, la progresión de la enfermedad y la transmisión. [*New insights into the pathogenesis of leprosy: contribution of subversión of host cell metabolism to bacterial persistence, disease progression, and transmission*]. F1000Res [en línea] 2020; 9 (F1000 Faculty Rev):70. [Citado el 21 de febrero de 2020]. Disponible en Internet: <<https://f1000research.com/articles/9-70/v1>>. DOI: <https://doi.org/10.12688/f1000research.21383.1>

Resumen:

La infección crónica por el patógeno intracelular obligado *Mycobacterium leprae* puede conllevar al desarrollo de la lepra. En el tipo de lepra lepromatosa, el fallo del sistema inmunológico en contener la infección permite al patógeno reproducirse en gran número con mínima sintomatología clínica que favorece la transmisión. El bacilo puede modular el metabolismo celular para apoyar su supervivencia, y estos cambios influyen directamente sobre las respuestas inmunológicas conllevando una tolerancia al huésped con resultado de enfermedad crónica y diseminación. Entre los cambios metabólicos resultan importantes el aumento del colesterol, los fosfolípidos y la biosíntesis de ácidos grasos, ya que acumula lípidos en las células del huésped (macrófagos y células Schwann) en forma de gotículas lipídicas que son puntos de biosíntesis de ácidos grasos polinsaturados derivados de un mediador lipídico que modulan la respuesta inflamatoria e inmunológica. En las células de Schwann, el metabolismo energético también apoya un medioambiente lipogénico. Además, los efectos sobre el triptófano y el metabolismo del hierro favorecen la supervivencia del patógeno con poca afectación tisular. Se revisan las implicaciones de los cambios metabólicos sobre el curso de la infección por *M. leprae* y la respuesta inmunológica del huésped enfatiza la inducción de las células T reguladoras que desempeñan un papel fundamental en la modulación inmunológica de la lepra.

Ya SNC, Muhamad R, Zakaria R, Ishak A, Abdullah WNHW. Fenómeno de Lucio: secuela de lepra desatendida. [*Lucio phenomenon: sequelae of neglected leprosy*]. Korean J Fam Med [en línea] 2020. [Publicación en línea previa a la publicación impresa]. [Citado el 4 de febrero de 2020]. Disponible en Internet: <<https://www.kjfm.or.kr/journal/view.php?number=4464>>. DOI: <https://doi.org/10.4082/kjfm.19.0068>

Resumen:

El fenómeno de Lucio es una leproreacción potencialmente fatal detectada en el tipo de la lepra lepromatosa difusa. Está restringido a México y Costa Rica; sin embargo, se han detectado casos esporádicos en todo el mundo. Se informa de un caso en un nativo de Indonesia de 50 años con residencia en Malasia los últimos 33 años, que se presentó con úlceras diseminadas en las cuatro extremidades de 3 semanas de evolución, así como un historial clínico de alopecia y cambios cutáneos durante 16 años. El diagnóstico fue de lepra lepromatosa con fenómeno de Lucio. El retraso en su diagnóstico conlleva discapacidad y transmisión de la enfermedad en la comunidad. Por tanto, el personal sanitario de atención primaria debe ser consciente de esta forma atípica de lepra para prevenir complicaciones, ya que se trata de una enfermedad curable.

Epidemiología y Prevención

Palit A, Kar HK. Prevención de la transmisión de la lepra: escenario actual. [*Prevention of transmission of leprosy: The current scenario*]. Indian J Dermatol Venereol Leprol [en línea] 2020. [Publicación en línea previa a la publicación impresa]. [Citado el 6 de febrero de 2020]. Disponible en Internet: <<http://www.ijdv.com/preprintarticle.asp?id=276391;type=0>>. DOI: 10.4103/ijdv.IJDVL_326_19

Resumen:

Con la implementación global de la multiterapia por la OMS en los años 1980, la carga global de la lepra ha disminuido. Sin embargo, el índice anual de detección mundial de nuevos casos ha permanecido casi estático durante la década pasada, con India, Brasil e Indonesia presentando el mayor número de nuevos casos. Este hecho se atribuye a la transmisión efectiva del *Mycobacterium leprae* procedente de nuevos casos todavía no tratados y también de los nuevos programas intensivos de detección operativos en áreas endémicas. La OMS ha realizado un llamamiento a una "interrupción global de la transmisión de la lepra para el 2020". La quimioprofilaxis de contactos puede ayudar a reducir el número de nuevos casos. La dosis única de rifampicina administrada actualmente para profilaxis post-exposición (PEP) presenta limitaciones de manera que se ensayan nuevos medicamentos para la lepra para su uso como quimioprofilaxis. La revacunación con BCG en combinación con quimioprofilaxis no parece muy prometedora para interrumpir la transmisión. El análisis mediante la detección del glicolípidido fenólico 1 (PGL-1) para detectar casos subclínicos y administrar quimioprofilaxis presenta una baja sensibilidad y la dificultad de usar en el campo la técnica. Hay una necesidad urgente de nuevos regímenes quimioprofilácticos con medicamentos de segunda línea para la lepra. La ONG The Netherlands Leprosy Relief ha propuesto un régimen PEP++. También habría que desarrollar un método serológico simple, pero sensible y específico, para detectar los casos subclínicos en el campo. Aunque todavía quedan muchos desafíos para implementar a gran escala las estrategias para eliminar la transmisión de la lepra, es importante lograr superarlos e intentar conseguir un "mundo libre de lepra".

Peranovich A, Celton D. Mortalidad por lepra y política sanitaria. Argentina, 1980 a 2014. Población y Salud en Mesoamérica [en línea] 2020; 17(2). [Citado el 13 de febrero de 2020]. DOI: <https://doi.org/10.15517/psm.v17i2.40063>

Resumen:

Introducción: La lepra es una enfermedad milenaria y socialmente estigmatizadora, cuyo perfil de mortalidad en la región de las Américas cambió recién a partir de 1981 con la introducción de la poli-quimioterapia. Como parte de la región, Argentina también ha sido parte de ese proceso, con sus particularidades económico-sociales y políticas. Este trabajo analiza la mortalidad producida por la lepra en Argentina en los últimos 35 años y su relación con el contexto

sanitario de este país. Metodología: se trata de un trabajo de tipo cuantitativo, transversal y descriptivo, con perspectiva sociodemográfica. Se calculan tasas de mortalidad específicas por sexo, edad y lugar de residencia para Argentina entre 1980 y 2014, a partir de datos oficiales obtenidos de organismos nacionales y de la Organización Panamericana de la Salud.

Resultados: Se observa una disminución de la mortalidad por lepra en el país, de aproximadamente un 79 % en el período estudiado, con variaciones de su intensidad que concuerdan con acciones de salud pública aplicadas. Esta mortalidad es mayor en hombres, aumenta a partir de los 45 años de edad y las provincias más afectadas son las del norte del país.

Conclusiones: Las políticas públicas en materia de salud destinadas a la disminución de la mortalidad por lepra han sido eficaces a corto plazo, pero la falta de mantenimiento de las mismas está produciendo un resurgimiento de esta causa de muerte.

General e Historia

Winterburn M, Houghton F, Lama S, Cosgrove B. Lepra (Enfermedad de Hansen): La OMS, el valor, y el mito de la “eliminación”. [*Leprosy (Hansen’s Disease): the WHO, courage, and the myth of “elimination”*]. Mir [en línea] 2019; 28(113): 212-218. [Citado el 20 de febrero de 2020]. Disponible en Internet: <<https://interrev.com/mir/index.php/mir/article/view/161>>.

Resumen:

A pesar de la disminución significativa de la lepra desde la introducción de la multiterapia (MDT) en los años de la década de 1980 del siglo pasado, sigue siendo un azote para la humanidad. Desafortunadamente, la Organización Mundial de la Salud ha declarado la lepra eliminada, lo cual es un término equivocado. La lepra todavía es una enfermedad importante en algunos países y se siguen diagnosticando nuevos casos. La evidencia parece indicar que a nivel global ha habido una subestimación significativa del problema. La designación de la enfermedad por parte de la OMS como “eliminada” ha causado muchos problemas para priorizar la enfermedad en cuanto a conseguir fondos, incrementar su percepción y formación. Es necesario que Salud Pública se oponga al concepto eliminación y trate adecuadamente el tema. Los intereses creados sin duda se opondrán a un planteamiento más realista de la enfermedad, como “controlada”. Resulta desafortunado que la formación en Salud Pública se centre en este concepto. Aunque la ética es un elemento fundamental en la formación médica y sanitaria pública, el concepto de valor normalmente no es mencionado. El valor sí que forma parte de la formación ética histórica, así como en la mayoría de las religiones del mundo.

Tratamientos

Butlin CR, Aung KJM, Withington S, Nicholls P, Alam K. Niveles de discapacidad y recidiva en casos de lepra MB en Bangladesh, 10 años después del tratamiento con 6m MB-MDT. [*Levels of disability and relapse in Bangladeshi MB leprosy, 10 years after treatment with 6m MB-MDT*]. *Lepr Rev* 2019; 90(4): 388-398.

Resumen:

Introducción: Desde 1998 la duración recomendada de tratamiento para la lepra multibacilar (MB) es de 12 meses. Se ha propuesto acortar más el tiempo de este tratamiento MDT para casos MB, pero se necesita más evidencia a largo plazo. Los resultados deben prevenir discapacidades que son importantes para el individuo afectado.

Métodos: Se reclutaron nuevos casos diagnosticados de lepra MB de 2 proyectos de ONGs en Bangladesh para el tratamiento con 6 meses de MB-MDT y controlados durante 10 años desde el diagnóstico. Se compararon sus resultados con otro grupo similar de casos MB del mismo proyecto que fueron diagnosticados el año anterior, tratados con 12m MB-MDT y controlados de la misma manera.

Resultados: Durante un período de seguimiento de 10 años no hubo diferencias en los resultados entre el grupo 6m MB-MDT y el grupo control que recibieron 12m MB-MDT en cuanto al grado de discapacidades OMS sobre la afectación de la función neural (NFI). El porcentaje de individuos que requieren esteroides por reacción/neuritis no presentó diferencias significativas entre los grupos. La duración media del tratamiento con esteroides fue mayor en el grupo de 12 meses. Sólo se diagnosticó una recidiva en 10 años de seguimiento. Se presentó a los 9 años de vigilancia en un paciente del grupo 6m.

Conclusión: En 2 grupos de individuos afectados por lepra seguidos activamente durante 10 años el nivel de discapacidad y el índice de recidivas a los 10 años del diagnóstico no fue significativamente distinto entre los que recibieron 6m o 12m MB-MDT.

Lavania M, Darlong J, Reddy A, Ahuja M, Singh I, Turankar RP, Sengupta U. Tratamiento de un caso de lepra rifampicina resistente con el tratamiento alternativo recomendado por la OMS de ofloxacino y minociclina. [*Successful treatment of rifampicin resistant case of leprosy by WHO recommended ofloxacin and minocycline regimen*]. *Lepr Rev* 2019; 90(4): 456-459.

Resumen:

Un varón de 25 años tratado de lepra a los 15 con multiterapia (MDT) acudió al hospital TLM Purulia en julio de 2017. Provisionalmente se diagnosticó como lepromatoso con recaída y leporreacción ENL. Se tomó una biopsia para comprobar posibles resistencias a la multiterapia y se detectó resistencia a rifampicina. Se inició un tratamiento recomendado por la OMS con principios activos de segunda línea recomendado por la OMS. A los 6 meses de iniciar

este tratamiento los síntomas y signos del cuadro clínico mejoraron rápidamente y el IB bajó a 1-66 antes de los 6 meses. Este caso revela la necesidad de investigar los casos de recidivas y la eficacia de la multiterapia de segunda línea recomendada por la OMS en los casos de lepra rifampicina resistente.

Otras Enfermedades

Bravo FG. Infecciones emergentes: imitadores de patrones comunes observados en dermatopatología. [*Emerging infections: mimickers of common patterns seen in dermatopathology*]. Mod Pathol. [en línea] 2020; 33(Supl 1): 118-127. [Citado el 13 de febrero de 2020]. Disponible en Internet: <<https://www.nature.com/articles/s41379-019-0399-1>>. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41379-019-0399-1>

Resumen:

Se describen tres infecciones emergentes que cualquier dermatopatólogo que trabaja en el hemisferio norte puede encontrar. El primero es la gnatostomiasis. Es una afección parasitaria producida por la tercera fase larvaria del parásito que en la mayoría de pacientes se asocia con ingerir pescado crudo. Epidemiológicamente, es más frecuente en el Sudeste Asiático, Japón, China y el continente americano, especialmente México, Ecuador y Perú. Actualmente, se detecta en viajeros de países desarrollados que regresan de visitar países endémicos. La enfermedad es causa de paniculitis o dermatitis con infiltración de eosinófilos en tejidos. Se describen los procedimientos para el diagnóstico, incluyendo formas clínicas, hallazgos histológicos comunes de la biopsia cutánea, así como otras técnicas auxiliares. La úlcera de Buruli (UB), una infección micobacteriana de África, se describe desde el punto de vista clínico e histopatológico. Se ha descrito también en América Central y América del Sur, así como en países desarrollados como Japón y Australia; y también en viajeros de países endémicos. Clínicamente, se trata de una úlcera grande, indolora, con bordes erosionados. Normalmente son síntomas sistémicos. Histológicamente no hay necrobiosis lipóidica y si presencia de bacilos ácido alcohol resistentes en tejidos. Estos hallazgos deben alertar de la posibilidad de ser UB e intervenir terapéuticamente lo antes posible. Finalmente, se revisa la infección por la ameba *Balamuthia mandrillaris*, emergente en Estados Unidos y Perú. Se da especial relevancia a las características clínicas e histológicas, así como las claves para un diagnóstico precoz y las técnicas disponibles para su confirmación.

Engels D, Zhou XN. Enfermedades tropicales desatendidas: respuesta global efectiva a las prioridades locales relacionadas con la pobreza. [*Neglected tropical diseases: an effective global*

response to local poverty-related diseases priorities]. Infect Dis Poverty [en línea] 2020; 9(1): 10. [Citado el 13 de febrero de 2020]. Disponible en Internet: <<https://idpjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40249-020-0630-9>>. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40249-020-0630-9>

Resumen:

Antecedentes: Las enfermedades tropicales desatendidas (NTDs) han estado abandonadas en la agenda sanitaria global. Están íntimamente relacionadas con la pobreza, causan cargas locales muy importantes, pero individualmente no representan prioridades globales. Sin embargo, se estima que las NTDs afectan a dos billones de personas al cumplirse el milenio, con una carga equivalente al VIH/SIDA, la tuberculosis o la malaria. Por tanto, es necesaria una respuesta de tipo global.

Discusión: La Organización Mundial de la Salud (OMS) planificó una estrategia innovadora en los años 2000 para combatir las NTDs, como conjunto de enfermedades, basada en 5 intervenciones sanitarias públicas. El acceso a la medicación NTD esencial ha mejorado con los acuerdos público-privados del sector farmacéutico. La combinación del mapa de ruta NTD OMS con objetivos muy claros para cumplir en el año 2020 y los compromisos adquiridos por los diversos partes interesados enfatizados en la Declaración de Londres sobre Enfermedades Tropicales Desatendidas, ha conseguido un progreso sin precedentes en la implementación del tratamiento a gran escala, el control de casos y el cuidado de las NTDs. En la próxima década debe producirse la incorporación de estas intervenciones NTD dentro de la Cobertura Sanitaria Universal y la coordinación con otros sectores para llegar hasta las raíces de la pobreza y alcanzar intervenciones que interrumpan la transmisión. La experiencia china con la eliminación de múltiples NTDs, además de la reducción de la pobreza y la acción integradora pilotada por los municipios y gobiernos locales pueden servir de modelo de esta última. La comunidad internacional tendrá que mantener una atención específica sobre las NTDs para dirigir en el futuro la respuesta global, manejar e incrementar el mantenimiento global de las intervenciones NTD y desarrollar productos nuevos e implementar estrategias para NTDs que todavía hacen falta.

Conclusiones: El año 2020 será crucial para el futuro de la respuesta global a las NTDs. Se evaluará el progreso de los objetivos señalados en la hoja de ruta y se iniciará una nueva hoja de ruta para el 2021-2030 y se revisarán los compromisos de la Declaración de Londres. Se espera que durante la siguiente década la respuesta global cimentará todavía más los éxitos actuales, alineándose con la nueva sanidad global, pero sin perder la atención sobre las NTDs y movilizando suficientes recursos para conseguir que se hagan efectivos estos esfuerzos hacia el 2030.

Hotez PJ, Aksoy S, Brindley PJ, Kamhawi S. ¿Qué constituye una enfermedad tropical desatendida? [*What constitutes a neglected tropical disease?*]. PLoS Negl Trop Dis. [en línea] 2020; 14(1): e0008001. [Citado el 12 de febrero de 2020]. Disponible en Internet: <<https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0008001>>. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008001>

Resumen:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) actualmente clasifica 20 enfermedades y condiciones como tropicales desatendidas (NTDs). Sin embargo, desde su concepción en 2007, *PLOS Neglected Tropical Diseases* ha considerado extender la lista para que incluya otras enfermedades con las características crónicas y/o debilitantes y relacionadas con la pobreza propias de las NTDs. Se describe una revisión y puesta al día que intenta abarcar todas las NTDs y debatir el estatus de algunas de ellas en cuanto si son o no una NTD.

Hotez PJ. Auge y caída de las enfermedades tropicales desatendidas en Asia Oriental y el Pacífico. [*The rise and fall of neglected tropical diseases in East Asia Pacific*]. *Acta Trop.* [en línea] 2020; 202: 105182. [Citado el 13 de febrero de 2020]. Disponible en Internet: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001706X19300944?via%3Dihub>>. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.actatropica.2019.105182>

Resumen:

Mientras que la zona de Asia Oriental y el Pacífico (EAP, en inglés) ha experimentado un gran desarrollo y crecimiento económico, los beneficios obtenidos de la disminución de enfermedades tropicales desatendidas (NTDs) han sido menores de lo esperado debido a factores como la urbanización, la inestabilidad política, la inseguridad alimentaria y el cambio climático, junto con comorbilidades con enfermedades no transmisibles, incluyendo diabetes e hipertensión. Sí que ha habido progresos hacia la eliminación de la filariasis linfática y el tracoma a través de la administración de medicación en masa (MDA en inglés) y hay oportunidad de extender MDA al pian y la escabiosis, pero las otras NTDs requerirán otros procedimientos. De momento, los mayores proveedores de tecnología de EAP en China, Japón, Malasia, Singapur, Corea del Sur y Taiwán no han prestado mucha atención hacia la búsqueda de innovaciones para las NTDs, incluyendo nuevos medicamentos, métodos diagnósticos, vacunas y control vectorial. Si no cambia esta situación, la EAP puede estar afrontando una triste realidad de la formación de megaciudades con deficientes condiciones sanitarias debido a infecciones con arbovirus, resistencia bacteriana e infecciones helmínticas.

McGhee S, Angus N, Finnegan A, Lewis-Pierre L, Ortega J. Evaluación y tratamiento de la leishmaniasis cutánea en el departamento de urgencias. [*Assessment and treatment of cutaneous leishmaniasis in the emergency department*]. *Emerg Nurse.* [en línea] 2020. [Publicación en línea previa a la publicación impresa]. [Citado el 14 de febrero de 2020]. Disponible en Internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32017482>>. DOI: 10.7748/en.2020.e1993.

Resumen:

La leishmaniasis cutánea (LC) es endémica en más de 70 países del mundo. Es una enferme-

dad no mortal causada por el parásito *Leishmania* y transmitida a los humanos vía picadura de mosquitos hembras infectados. La LC origina lesiones en áreas de la piel expuestas, como la cara y extremidades, que frecuentemente origina cicatrices y atrofia. Si no se trata puede evolucionar a leishmaniasis mucocutánea, potencialmente fatal. Además, los pacientes con LC padecen trastornos psicosociales como ansiedad, estrés, estigma y rechazo. La LC se está diseminando fuera de sus áreas endémicas tradicionales debido a cambios medioambientales como la urbanización y el cambio climático. En Reino Unido, los profesionales sanitarios pueden encontrar la enfermedad en emigrantes de zonas endémicas, miembros de las fuerzas armadas, turistas y expatriados. Por tanto, los enfermeros de urgencias deben asesorar y apoyar a los pacientes que presenten síntomas sugestivos de LC. Se revisan la epidemiología, etiología, patología fisiológica, presentación clínica, diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad.

Norman FF, Comeche B, Chamorro S, Pérez Molina JA, López Vélez R. Actualización sobre las principales infecciones por protozoos en viajeros e inmigrantes. [*Update on the major imported protozoan infections in travelers and migrants*]. *Future Microbiol.* [en línea] 2020. [Publicación en línea previa a la publicación impresa]. [Citado el 20 de febrero de 2020]. Disponible en Internet: <<https://www.futuremedicine.com/doi/10.2217/fmb-2019-0212>>. DOI: <https://doi.org/10.2217/fmb-2019-0212>

Resumen:

La globalización ha contribuido a la aparición de enfermedades parasitarias específicas en nuevas áreas geográficas, y en estas regiones, estas infecciones en viajeros e inmigrantes pueden ser motivo de una considerable morbilidad. Resulta esencial el diagnóstico precoz y el tratamiento de las infecciones con protozoos para disminuir la mortalidad y prevenir las complicaciones asociadas. La disponibilidad de técnicas de detección DNA específicas ha mejorado el diagnóstico de muchas infecciones parasitarias importantes. Los viajeros y emigrantes asociados con comorbilidades o inmunosupresión son un desafío para el control. Se revisan las principales infecciones parasitarias (malaria, enfermedad de Chagas, leishmaniasis, infecciones gastrointestinales), junto con la epidemiología cambiante de estas enfermedades, los avances recientes sobre su diagnóstico y control y la posibilidad de transmisión local de las infecciones importadas.

Okafor CN, Momodu II. Bacilo Calmette Guerin (BCG). [*Bacillus Calmette Guerin (BCG)*]. [Actualizado 10/11/2019]. En: *StatPearls* [en línea]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero 2020. [Citado el 21 de febrero de 2020]. Disponible en Internet: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538185/>>

Resumen:

El Bacilo Calmette Guerin (BCG) es la vacuna viva atenuada de *Mycobacterium bovis* que se administra para prevenir la tuberculosis y otras enfermedades micobacterianas. La vacuna fue desarrollada por Calmette Guerin y se administró por primera vez a humanos en 1921. La BCG es la única vacuna disponible para la tuberculosis. Es la vacuna más empleada y forma parte del calendario de vacunación de los recién nacidos en muchos países. La vacuna BCG también protege frente a la infección por micobacterias no tuberculosas como la lepra y la úlcera de Buruli. También se emplea en el tratamiento del carcinoma superficial de la vejiga.

La BCG es segura y no se asocia a complicaciones graves. Antes de la infección micobacteriana, la protección inmunológica adquirida de manera natural o inducida por la vacuna puede proteger frente a la consiguiente infección micobacteriana incluyendo la tuberculosis. La infección previa con micobacterias no tuberculosas y *Mycobacterium tuberculosis* puede conferir protección natural frente a la infección tuberculosa, esta protección frente a la tuberculosis se debe a la respuesta inmune del huésped frente a antígenos micobacterianos. La infección latente con *Mycobacterium tuberculosis* puede proporcionar hasta el 80% de protección frente a la enfermedad al presentar exponerse a una exposición posterior. En pacientes con tuberculosis activa previa hay mayor riesgo de recidivas tanto en individuos VIH positivos como negativos. La BCG se asocia a una reducción de la mortalidad infantil que puede atribuirse a la reprogramación epigenética del receptor NOD2.

Se puede administrar de forma intracutánea o intradérmica. Actualmente se investiga su administración por vía respiratoria, ya que la infección natural y la sensibilización al *Mycobacterium tuberculosis* tiende a presentarse por vía respiratoria.

Omansen TF, Erborow-Becksen A, Yotsu R, van der Werf TS, Tiendrebeogo A, Grout L, Asiedu K. Epidemiología global de la úlcera de Buruli, 2010-2017, y análisis de las dianas del programa OMS 2014. [*Global epidemiology of Buruli ulcer, 2010-2017, and analysis of 2014 WHO programmatic targets*]. Emerg Infect Dis. [en línea] 2019; 25(12): 2183-2190. [Citado el 11 de febrero de 2020]. Disponible en Internet: <https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/25/12/19-0427_article>. DOI: 10.3201/eid2512.190427

Resumen:

La úlcera de Buruli es una enfermedad tropical desatendida causada por *Mycobacterium ulcerans*; se manifiesta como una lesión cutánea de tipo nódulo o úlcera que se disemina y resulta discapacitante. Se analizaron los datos epidemiológicos reportados por los países a la Organización Mundial de la Salud desde 2010-2017 para valorar la carga global y la progresión de la enfermedad. Durante este período se reportaron 23,206 casos de Buruli. Globalmente, los casos disminuyeron hasta 2,217 en 2017, pero como epidemia local parece incrementarse, en Australia y Liberia. En 2013, la OMS presentó 4 objetivos a controlar para evaluar la úlcera de Buruli que son análisis PCR, número de lesiones categoría III (extensas) y lesiones ulcerativas, y limitación del movimiento causada por la enfermedad. En 2014, sólo se consiguió la meta de

la limitación del movimiento y en 2019 no se cumplió ninguna meta. Estos resultados apoyan la discusión sobre el planteamiento futuro de la úlcera de Buruli y los objetivos programados post-2020.

Prochazka M, Timothy J, Pullan R, Kollie K, Rogers E, Wright A, Palmer J. La úlcera de Buruli y la lepra están entrelazadas: Experiencias de pacientes sobre control integrado de casos de enfermedades cutáneas desatendidas tropicales en Liberia. [*Buruli ulcer and leprosy, they are intertwined*]. PLoS Negl Trop Dis. [en línea] 2020; 14(2):e0008030. [citado el 11 de febrero de 2020]. Disponible en Internet: <<https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0008030>>. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008030>

Resumen:

Antecedentes: Las enfermedades tropicales cutáneas desatendidas (NTDs, en inglés) como la úlcera de Buruli (UB) y la lepra causan estigma y discapacidad significativos. Las presentaciones cutáneas clínicas comprometidas son oportunidades para el control integrado de casos en áreas co-endémicas. A medida que las políticas globales se trasladan en servicios integrados locales, sigue habiendo necesidad de controlar las nuevas configuraciones para los cuidados emergentes y cómo los individuos los experimentan.

Métodos: Explorar las experiencias de los pacientes sobre control integrado por NTDs cutáneas en 2018 realizadas en series de casos de forma cualitativa en el campo en un centro de rehabilitación de lepra en Ganta, Liberia, donde hace muy poco tiempo se habían iniciado servicios para UB. Veinte pacientes con UB (n = 10) y lepra (n = 10) participaron en las entrevistas con incorporación fotográfica. Se concretaron los resultados con las observaciones de campo y entrevistas no estructuradas con personal sanitario.

Hallazgos: La integración de los cuidados para UB y lepra originaron los nuevos conceptos sobre estas enfermedades y experiencias de estigma de NTD. Algunos pacientes sintieron ansiedad por utilizar estos servicios, ya que temían ser infectados con la otra enfermedad. Otros pacientes opinaban que las dos enfermedades estaban “entrelazadas”: manifestaciones relacionadas con la misma afectación. El estigma inter-enfermedad debido al miedo sobre su transmisión se enfocó mediante sesiones conjuntas de educación sanitaria que proporcionaban apoyo social entre los pacientes del centro. Para ambas enfermedades, la medicación y el cuidado de las heridas se percibieron como lo más fundamental de los cuidados y se apreciaron como intervenciones que conducen a la rehabilitación del grupo de pacientes a través de las experiencias compartidas sobre curación, evitación de discapacidades físicas y reducción del estigma. Los pacientes se quejaron del dolor intenso durante el cuidado de las heridas por UB y la incapacidad del personal de controlar las complicaciones severas, de estar expuestos a la falta de cuidados médicos por los servicios nuevos integrados, así como las preocupaciones de los enfermos sobre la discapacidad debido a la falta de servicios de fisioterapia.

Significado: Bajo el prisma de cuidados integrados, la posibilidad de nuevos enfoques sobre identificadores cutáneos NTD junto con las nuevas configuraciones sobre el estigma pueden

suponer consecuencias no anticipadas para las experiencias de los pacientes en cuanto al control de los casos. La experiencia social de medicación integrada y cuidado de las heridas tiene el potencial de unir a los pacientes con los cuidados de apoyo comunitario. Los programas de control con problemas de recursos deben anticipar posibles desafíos de integración de cuidados, incluyendo la necesidad de atender discapacidades de larga duración y proporcionar el manejo clínico adecuado de los casos UB severos.

Santos SS, de Araújo RV, Giarolla J, Seoud OE, Ferreira EI. Las búsquedas de medicamentos para Chagas, leishmaniasis y esquistosomiasis: breve revisión. [*Searching drugs for Chagas disease, leishmaniasis and schistosomiasis: a brief review.*]. *Int J Antimicrob Agents* [en línea] 2020. [Publicación en línea previa a la publicación impresa]. [Citado el 7 de febrero de 2020]. Disponible en Internet: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0924857920300455>>. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105906>

Resumen:

La enfermedad de Chagas, la leishmaniasis y la esquistosomiasis son enfermedades desatendidas, también conocidas como de población pobre desatendida y constituyen un gran desafío para muchos países del mundo. A pesar del gran número de infectados, no interesan mucho a las compañías farmacéuticas porque los beneficios no son grandes. La mayoría de las investigaciones sobre estas enfermedades provienen de instituciones académicas. El arsenal terapéutico para hacer frente a estas enfermedades es escaso, no muy efectivo y se necesita incorporar medicamentos más seguros. Mediante la química y planteamientos informáticos, los investigadores han hallado compuestos muy prometedores, la mayoría sintéticos, pero también de fuentes naturales o incluso semi-sintéticos, que podrían ser candidatos. En esta revisión se explican los detalles del descubrimiento/diseño y actividad de algunos de estos compuestos y se dan ejemplos de ellos.

Suprien C, Rocha PN, Teixeira M, Carvalho LP, Guimarães LH, Bonvoisin T, Machado PRL, Carvalho EM. Presentación clínica y respuesta a la terapia en niños con leishmaniasis cutánea. [*Clinical presentation and response to therapy in children with cutaneous leishmaniasis*]. *Am J Trop Med Hyg.* [en línea] 2020. [Publicación en línea previa a la publicación impresa]. [Citado el 17 de febrero de 2020]. Disponible en Internet: <<https://www.ajtmh.org/content/journals/10.4269/ajtmh.19-0531>>. DOI: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.19-0531>

Resumen:

La leishmaniasis cutánea (LC) causada por *Leishmania braziliensis* se presenta predominantemente en varones adultos. Se compara la presentación clínica y la respuesta al tratamiento con antimoniales de la LC en niños frente a adultos. Los participantes incluyeron 571 pacientes con LC y de estos, 129 eran niños (edad ≤ 12 años). La curación se define como la completa cura-

ción de la úlcera en ausencia de bordes elevados en el día 90 después de iniciar el tratamiento. Fracaso se define como la presencia de una úlcera activa o cicatriz con bordes elevados en el día 90. En comparación con los adultos, los niños presentaban menor tiempo de afectación, más lesiones en la cabeza y úlceras más pequeñas. Los factores de riesgo por un fallo terapéutico fueron una menor edad, menor duración de la enfermedad, mayor número de lesiones y el tamaño de la mayor úlcera. Cuando la edad se clasificó en ≤ 12 años (niños frente a adultos), se predijo con significación estadística el fallo terapéutico en el día 60, pero no en el 90. En conclusión, los datos indican que hay diferencias significativas entre la presentación clínica de la LC en niños y en adultos. El personal sanitario encargado de niños con LC debe ser consciente de que las lesiones pueden tardar más tiempo en curar y estar atentos al posible fallo terapéutico.

Respuesta comercial
Autorización núm. 13654
B.O. de correos
(fecha: 04-11-94)

No
necesita
sello

fontilles
salud  desarrollo

Apartado 112FD/4600010
46080 Valencia



MUJERES Y NIÑAS CON LEPRO
**LLEGAR A ELLAS,
LLEGAR A TIEMPO**

fontilles
salud  desarrollo



Biblioteca Médica del Sanatorio San Fco. de Borja
03791 Fontilles (Alicante)
España

Tel. 965 58 33 50
Fax. 965 58 33 76
biblioteca@fontilles.org

Nombre/ Name

Apellidos/ Surname

Dirección/ Address

Población/ City C.P/ P.O.Box

País/ Country

e.mail: Teléfono/ Phone

N.I.F/ Passport number

- Suscripción anual a la Revista Leprología*
- España 30 €/año Extranjero vía ordinaria 42 €/año
- vía aérea 60 €/año
- Solicitud del n.º atrasado*
- España 8 € Extranjero 16 €

Forma de Pago

- Contrareembolso
- Cheque bancario a nombre de Fontilles
- Transferencia bancaria

Banco Santander:
IBAN/BIC: ES42 0049 3564 65 2014015186

fecha y firma