

ARTICULO ORIGINAL

REVISTA ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA

Propiedad de la Asociación Argentina de Dermatología

ISSN 1851-300X | Número de Propiedad Intelectual 20459734

Lepra en la infancia. Desafío diagnóstico

LEPROSY IN CHILDHOOD. DIAGNOSTIC CHALLENGE



Oct - Dic 2011 | Vol. 92 N°4

Artículo Original
 Rev. argent. dermatol. 2011; 92 (4): 3 - 9.
 Publicado en línea 2011, Diciembre / Published online 2011 December
 Lepra en la infancia. Desafío diagnóstico

Autores | Contacto

AE Táquez¹, CA Cerón¹, MA Chaparro², AM Sales³, JA Nery⁴,
 A Miranda⁵ y O Lupi⁶

⁽¹⁾ R2 dermatología Instituto de posgraduación médica Carlos Chagas / Policlínica Geral Río de Janeiro – Brasil.

⁽²⁾ R1 dermatología Instituto de posgraduación médica Carlos Chagas / Policlínica Geral Río de Janeiro – Río de Janeiro – Brasil.

⁽³⁾ Hansenóloga Fundación Oswaldo Cruz FIOCRUZ – Río de Janeiro – Brasil.

⁽⁴⁾ Hansenólogo Jefe del servicio de Hanseníase de la Fundación Oswaldo Cruz FIOCRUZ Río de Janeiro – Brasil.

⁽⁵⁾ Médica patóloga del Laboratorio de Hanseníase FIOCRUZ- Río de Janeiro – Brasil.

⁽⁶⁾ Jefe del servicio de Dermatología de la Policlínica General de Río de Janeiro.

Fundación Oswaldo Cruz FIOCRUZ Ambulatorio Hanseníase Souza Araujo. Río de Janeiro – Brasil.

Email contacto:

neryjac@ioc.fiocruz.br / adrianataquez@yahoo.com

Los autores declaramos no poseer ningún tipo de conflicto de interés.

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 destreza al realizar el examen clínico, ya que muchas lesiones cutáneas suelen ser asintomáticas y con frecuencia simulan otros cuadros dermatológicos. Presentamos tres casos de pacientes erróneamente diagnosticados, tratados por otras dermatosis y quienes finalmente estaban afectados de lepra.

SUMMARY

Leprosy in childhood course with a diversity of clinical and histopathological signs that make necessary a detailed cutaneous inspection in every child that presents suggestive dermatological lesions, have had a suspected infectious contact. For an appropriate diagnosis, is very important to keep in mind the disease, as well as medical clinical skill because many skin and nerve lesions can be asymptomatic and frequently look like other dermatological pathology. The authors report three cases of children misdiagnosed and treated for other dermatosis and whom finally were found leprosy's patients.

PALABRAS CLAVES

Lepra; Infancia; Dermatitis; Diagnóstico.

KEY WORDS

Leprosy; Childhood; Dermatitis; Diagnosis.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Hansen (lepra) es una enfermedad infecto-contagiosa de curso crónico, producida por el *Mycobacterium leprae* que posee tropismo por la piel, mucosas y nervios periféricos; otros órganos también pueden verse comprometidos. Debido a las secuelas, grados de incapacidad y deformidades que pueden presentarse, se hacen indispensables un diagnóstico y tratamiento oportunos, que de igual manera permita un control endémico de la enfermedad. En el campo de la dermatopediatría la lepra sigue siendo una patología poco descrita y subvalorada en la consulta diaria, por ello se convierte en un desafío diagnóstico, debido a la diversidad de manifestaciones clínicas que se pueden presentar, haciéndose necesario un minucioso examen cutáneo-neural en todo niño, que presente lesiones cutáneas sugestivas y fuente infecciosa sospechosa.

Presentamos tres casos de pacientes atendidos en la Fundación FIOCRUZ centro de referencia para enfermedad de Hansen en Brasil, quienes habían consultado a otros centros de salud, habían sido manejados con esteroides y antimicóticos tópicos, sin mejoría en sus lesiones y que finalmente fueron diagnosticados como enfermos de lepra.

C A S O S	1. Masculino – 8 años	2. Femenino - 6 años	3. Masculino - 4 años
Tiempo de evolución	36 meses	13 meses	12 meses
Fuente de contagio	Prima multibacilar	Madre multibacilar	Desconocida
Cicatriz BCG	Ausente	Presente	Ausente

Manifestaciones cutáneas	Mácula hipocrómica con centro eritematoso, bien delimitada en región malar derecha	Mácula hipocrómica bien delimitada centrofacial. Múltiples máculas hipocrómicas en miembros	Lesión única eritemato-infiltrada, bordes bien definidos, en región mandibular izquierda
Test de Mitsuda	9 mm	2 mm	3 mm
Examen neurológico	Sensibilidad táctil alterada en la lesión	Alteración en miembro inferior izquierdo (sensibilidad térmica 0, dolor 2, táctil 5)	Sin alteraciones
Biopsia cutánea	Lepra variedad tuberculoide polar (TTP)	Lepra, variedad borderline tuberculoide (BT)	Lepra tuberculoide (variedad nodular infantil)

CASOS CLÍNICOS

Caso Nº 1:

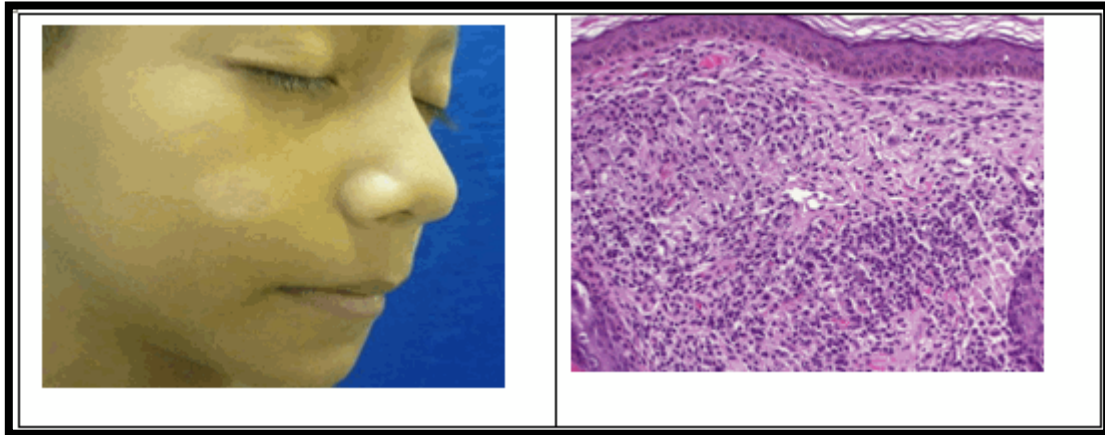


Fig 1: lepra en la infancia forma tuberculoide.

Fig 2: biopsia de piel 100x HE. Proceso inflamatorio crónico perianexial y perivascular, con células epitelioides y multinucleadas tipo Langhans; con las coloraciones de PAS y Wade, BAAR (-) y ausencia de hongos. Compatible con lepra forma tuberculoide.

Caso Nº 2:

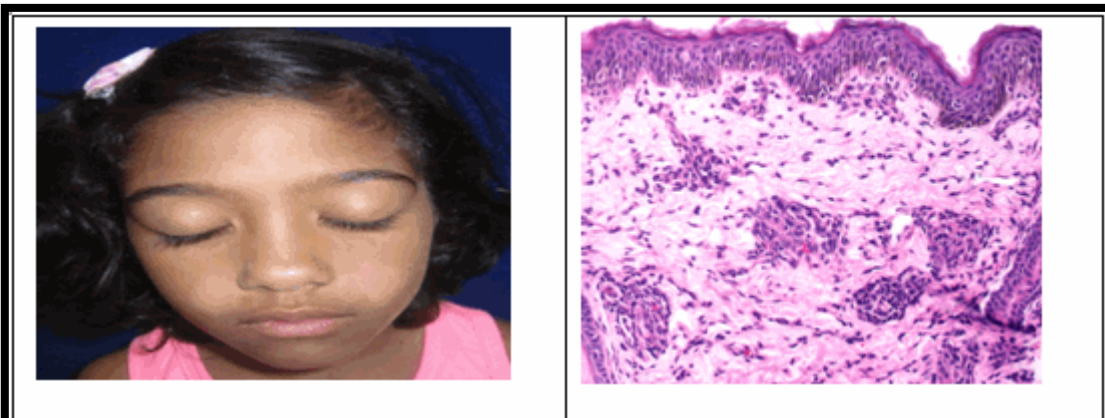


Fig 3: lepra en la Infancia, forma borderline tuberculoide.

Fig 4: biopsia de piel 100x HE. Infiltrado granulomatoso epitelioides maduro perivascular, perianexial y perineural, predominantemente en dermis profunda. Con coloración de Wade: BAAR (-) Compatible con lepra variedad borderline tuberculoide.

Caso Nº 3:



Todos los pacientes recibieron poliquimioterapia paucibacilar infantil OMS. Dosis mensual supervisada: rifampicina 450 mg – dapsona 50 mg. Dosis diaria autoadministrada: dapsona 50 mg.

COMENTARIO

La lepra es una enfermedad infectocontagiosa de gran importancia epidemiológica, causada por el *Mycobacterium leprae*, que es transmitida por el contacto prolongado con pacientes multibacilares no tratados, se estima que solo del 3 a 5% de las personas expuestas al bacilo desarrollan la enfermedad, produciendo manifestaciones clínicas pleomórficas dependiendo del estado inmunológico del paciente¹.

- Mundialmente la lepra es endémica en la India y China, entre otros países. Brasil es responsable del 85% de los casos en el continente americano, diagnosticándose 37.610 casos nuevos por año hasta el 2009, de los que el 2.699 (7%) corresponden a la población infantil^{1,2}.
- Actualmente Argentina ha alcanzado la meta de eliminación de la lepra, con una prevalencia desde 1996 por debajo de 1 por 10.000 habitantes, existiendo 635 pacientes en tratamiento; 350 fueron diagnosticados durante el año 2010³.
- La mayoría de los pacientes adultos nuevos, aunque con bajo grado o sin discapacidad física, presenta formas multibacilares (80%), aumentando así la probabilidad de diseminar el bacilo en la comunidad; el porcentaje de lepra infantil se calcula en un 2%. Sin embargo, en algunas provincias como Chaco y Formosa persisten áreas hiperendémicas con tasas de prevalencia mayores^{3,4}.

El rango de edad en el cual la población infantil se encuentra más afectada está dentro de los 10 y 15 años^{5,10}.

En la infancia la lepra refleja características clínicas del adulto, guardando ciertas particularidades:⁶

- En la mayoría de los casos las lesiones cutáneas están en áreas expuestas⁵.
- 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 sensibilidad².
- 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 enfermedad¹.

Las formas paucibacilares son más comunes entre los 2 y 9 años y las formas multibacilares entre los 10 a 14 años⁶.

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 (virchowiana y dimorfa) son menos frecuentes, debido al mayor período de incubación necesario para manifestarse⁷.

Respecto de la ocurrencia de episodios reaccionales en esta edad, algunos estudios refieren que no son infrecuentes, siendo a partir de los 5 años la reacción más frecuente la tipo I y luego de los 10 años la tipo II, así como algunos casos de neuritis pura aislada⁷.

Dado que las manifestaciones iniciales de la enfermedad en la infancia se observan predominantemente en la piel, el diagnóstico exige buena habilidad clínica, pues muchas lesiones cutáneas pueden ser asintomáticas y con frecuencia simular otras dermatosis, comunes o raras que puedan ser confundidas o coexistir con hanseniasis. Entre estas se plantean: la pitiriasis alba o eczematide acromiante, pitiriasis versicolor, nevus acrómico, hipocromías post inflamatorias, eczemas, micosis superficiales y vitiligo, entre otras^{8,9}.

La detección precoz a través de contactos permite diagnosticar a los niños, antes que presenten algún grado de incapacidad física ya instalada^{6,7}.

El control epidemiológico se basa en:

- El diagnóstico precoz.
- Tratamiento rápido y eficaz.
- Búsqueda activa de contactos.
- Aplicación de BCG en los contactos íntimos⁵.

«Sólo pensando en la existencia y vigencia de esta enfermedad, se hará más probable su diagnóstico».

REFERENCIAS

1. Obadia D, Veraldino G y col. Hanseníase. Revista Hospital Universitario Pedro Ernesto 2011; 20: 55.
2. Guia para El Controle da Hanseníase. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas da saúde. Departamento de atención básica. Brasil. Brasilia 2009.
3. Lepra. Sociedad Argentina de Dermatología. Reseña sobre la Lepra. Información general: ca.piel@sad.org.ar. www.sad.org.ar/lepra/resenia.htm.
4. Pallavidino C, Antinori M, Baleirón M y Rivolta B. Brotes reaccionales de La enfermedad de Hansen en el dispensario dermatológico Hersilia Cáceres de Blaquier. Ciudad de Corrientes. Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina 2010; 200.
5. Barbieri A, De Souza C y Marques H. La lepra en niños y adolescentes, situación actual en Brasil. Pediatría Sao Paulo 2009; 31 (14): 281-290.
6. Suzuki SF, Düppre NC, Neves AAPF, Pereira RMO, Sales AM y Nery JAC. Hanseníase na infancia: Parâmetros Clínicos e Epidemiológicos. Instituição: Laboratório de Hanseníase (FIOCRUZ).
7. Orietta A, Jiménez M, Aguilar Aguilar NE, Miranda A, Freitas de Souza MC, Azulay RD y Da Costa Nery JA. Lepra en la infancia: caracterización de parámetros clínicos en los estados reaccionales. Marzo de 1992 y Diciembre de 2003. Med Cutan Iber Lat Am 2006; 34 (6): 263-269.
8. Rodríguez G, González D, González, Granados y col. Búsqueda Activa de Lepra y de Otras Enfermedades de la Piel en Escolares de Agua de Dios. Colombia. Rev Salud Pública 2007; 9: 430-438.
9. Rumbaut MF, Moredo Romo E, Pastrana Fundora F y Licor Hernández G. Lepra indeterminada vs. Pitiriasis alba. Ciudad de la Habana. Cuba. http://bvs.sld.cu/revistas/fdc/vol3_1_09/fdc01109.htm
10. Ministerio de protección social de Colombia. En: Plan estratégico de Colombia para aliviar la carga de la enfermedad y sostener las actividades de control de la lepra 2010-2015.