



LEPRA

LEPRA

Elefantiasis de los griegos, Agoteria, mal de San Lázaro, enfermedad de Hansen.

- ❑ La Lepra es una enfermedad infectocontagiosa que evoluciona de manera crónica progresiva causada por el *Mycobacterium Leprae*, que afecta a los nervios periféricos, piel, anexos y órganos internos y que requiere de tratamiento para su curación.
- ❑ **Historia:** la Lepra es tan antigua como la misma humanidad.
- ❑ Los papiros de Ebers, la Biblia, el Rig-Veda la mencionan.
- ❑ En 1521, Hernán Cortés estableció la primera leprosería en México.
- ❑ En 1572, el Dr. Pedro López fundo el hospital de San Lázaro.
- ❑ En 1937, es inaugurado el centro Dermatológico Ladislao de la Pascua, bajo la dirección de el Dr. Fernando Latapí.

-
- **Epidemiología:** hay aproximadamente 12 millones de enfermos en el mundo, distribuidos en África, Corea, China, España, Portugal, Estados Unidos y en América Latina.
 - Los focos principales en México son 3:
 1. El Noroccidental (Sonora, Sinaloa, Nayarit, Colima, Jalisco).
 2. El Central (Guanajuato, Querétaro, Distrito Federal).
 3. El Foco Peninsular (Campeche y Yucatán).
 - Mas frecuente en el sexo masculino 3:1, predomina en jóvenes y adultos, afecta a cualquier raza, la fuente de infección es de persona a persona.

-
- ❑ Es producida por el *Mycobacterium Leprae*, descubierto por Armauer Hansen, médico noruego en 1873-74.
 - ❑ Ubicado en la clase *Schizomycetos*, orden de las *Actinomycetales*, familia *Micobacteriáceas* y género *Mycobacterium*.
 - ❑ Intracelular con carácter tintorial ácido-alcoholo-resistente, tiñéndose de rojo intenso por el método de Ziehl-Neelsen, Grám positivo, es un bastón recto o ligeramente curvo de forma regular de 1-8 micras de longitud y de 0.2-0.5 micras de ancho, forma globias que simulan paquetes de cigarros de 100-200 micras de tamaño.
 - ❑ No se ha conseguido que se cultive en medios artificiales.

-
- ❑ En 1960, Shepard en E. U. logro que el bacilo sobreviviera en la almohadilla de la pata del ratón.
 - ❑ En 1971, Kircheimer y Storrs inocularón con éxito al armadillo de 9 bandas.
 - ❑ **Clasificación:** Antes de 1943, se clasificaban como tuberosos, maculosos, nerviosos, máculo-anestésicos, mixtos.
 - ❑ A partir de 1948, se utiliza la clasificación que se tiene hasta la fecha.
 - ❑ 2 tipos polares: LEPROMATOSO y TUBERCULOIDE.
 - ❑ 2 grupos de casos inestables: INDETERMINADOS Y DIMORFOS, (INTERPOLARES o BORDERLINE).



□ Los parámetros para clasificar un caso de lepra son:

1. CLÍNICO.
2. BACIOSCÓPICO.
3. INMUNOLÓGICO.
4. HISTOPATOLÓGICO.

LEPRA INDETERMINADA

- ❑ Es un grupo de casos que están en espera de su definición, su diagnóstico es de gran importancia ya que son el principio de la lepra.
- ❑ Son los mas difíciles de diagnosticar por las escasas manifestaciones clínicas y datos de laboratorio que aportan.
- ❑ CLINICA: En la piel se observan manchas hipocromicas, anestésicas, de diferentes tamaños, alopecicas, atróficas, anidroticas y escamosas.
- ❑ Topografía: Principalmente en región submaxilar (babero de Latapí), tronco, región glútea o cualquier otra parte del cuerpo.

-
- ❑ CRITERIO BACILOSCOPICO: Negativo.
 - ❑ CRITERIO INMUNOLOGICO: Positivo o negativo.
 - ❑ CRITERIO HISTOPATOLOGICO: Infiltrado inespecífico.
 - ❑ DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES: Solar hipocromiante, impétigo seco, pitiriasis versicolor, vitíligo incipiente.

LEPRA DIMORFA

- Presenta características ambiguas, por lo que no pueden ser clasificados en los polos y se les a llamado: dimorfos, borderline, interpolares, fronterizos.
- Son inestables y cambiantes se mezclan características clínicas, bacteriológicas, inmunológicas e histopatológicas (BL-BB-BT).

-
- **CRITERIO CLINICO**: En la piel se observan placas infiltradas eritematoescamosas, numerosas y simétricas, lesiones en “pastilla”, circulares, anulares cuyo borde externo no es activo y su borde interno esta neto con piel sana en su centro, edema importante sobre todo en cara y manos, conjuntivitis y congestión nasal, presentan ataque sistémico muy importante, neuritis, involucionando lentamente dejando zonas atroficas y parálisis.
 - **CRITERIO BACILOSCOPICO**: Positivo o negativo.
 - **CRITERIO INMUNOLOGICO**: Positivo o negativo.

-
- ❑ CRITERIO HISTOPATOLOGICO: Granuloma histiocitico mas granuloma tuberculoide.
 - ❑ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: psoriasis, linfomas, dermatosis reaccionaes.

LEPRA LEPROMATOSA

- Es la forma infectante, sistémica, progresiva, que afecta piel, anexos, nervios periféricos y órganos internos.
- Se divide en dos formas clínicas la **NODULAR** y la **DIFUSA**.
- **LEPRA LEPROMATOSA NODULAR**
- **Criterio clínico**: la lesión elemental son los nódulos, precedida o acompañada de otras manifestaciones cutáneas, como son: manchas eritematosas, hipocromicas, lesiones foliculares, placas infiltradas, atrofia, alopecia, anhidrosis, piel seca, anestesia, que pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo (cara, miembros y tronco), perforación del tabique nasal por rinitis crónica, ceguera por lesiones oculares.

-
- CRITERIO BACILOSCOPICO: positivo.
 - CRITERIO INMUNOLOGICO: negativo.
 - CRITERIO HISTOPATOLOGICO: infiltrado de células de Virchow o Espumosas en la que se encuentran bacilos.

 - **LEPRA LEPROMATOSA DIFUSA**: descrita por Rafael Lucio e Ignacio Alvarado en 1852, redescubierta por Latapí en 1937.

-
- ❑ CRITERIO CLÍNICO: esta caracterizada por una infiltración difusa más o menos generalizada que en la cara da un aspecto de Mixedema o de “buena salud”; en las extremidades la piel esta seca, anhidrotica e hipoestesica, hay rinitis destructiva, con caída lenta y completa de cejas y pestañas, sin presencia de nodulos, “Lepromatosis Planchada”.
 - ❑ Los demás criterios son semejantes al nodular.

EPISODIOS REACCIONALES.

- Se cree que son manifestaciones clínicas de reacciones alérgicas o de hipersensibilidad a los antígenos que se liberan del *M. Leprae* no viable.
- Dos tipos de reacciones en lepra:
 1. El tipo I, que se presenta en el dimorfo (de reversa y degradación).
 2. El tipo II, que se presenta en el lepromatoso (reacción leprosa).

REACCIÓN LEPROSA.

- ❑ Se presenta en episodios agudos o subagudos con ataque al estado general, cutáneos, neurales y viscerales.
- ❑ Hipertermia, cefalea, náusea, vomito, artralgias, mialgias, hepato y esplenomegalia, crecimiento ganglionar, orquiepididimitis, etc.

- ❑ Manifestaciones cutáneas de la R.L.L.
- ❑ ERITEMA NUDOSO.
- ❑ ERITEMA POLIMORFO.
- ❑ ERITEMA NECROSANTE O FENOMENO DE LUCIO.

LEPRA TUBERCULOIDE.

- Regresiva, no sistémica, afectando piel y nervios, no transmisible y espontáneamente curable.
- **CRITERIO CLÍNICO**: Placas infiltradas anulares en forma de “jiotes” o “empeines”, de evolución crónica anhidroticas, alopécicas y con trastornos de la sensibilidad, centro atrófico, principalmente en cara, tronco, dorso de manos y pies.
- Hay una forma infantil, fija del adulto y el complejo cutáneo nervioso.
- **CRITERIO BACILOSCOPICO**: negativo.
- **CRITERIO INMUNOLOGICO**: positivo.

-
- CRITERIO HISTOPATOLOGICO: estructura tuberculoide típica.
 -
 - Constituida por células epiteliodes, rodeadas por linfocitos, células gigantes tipo Langhans.

-
- Manifestaciones neurológicas: los nervios son particularmente sensibles al bacilo de Hansen, multiplicándose en el interior de la célula de Schwann, por lo cual la neuritis es siempre intersticial y paraneural.
 - En el tuberculoide hay granulomas alrededor y en el interior de los fascículos nerviosos con caseificación.

-
- En el lepromatoso la destrucción de las fibras nerviosas se debe a la presencia de lesiones intersticiales con vascularitis.
 - Los más dañados son: cubital, ciático poplíteo externo, mediano, radial, ciático poplíteo interno y los ramos cutáneos del cuello y las dos ramas del plexo cervical superficial.

TRATAMIENTO DE LA LEPRA.

- Lo dividimos en: Curativos, Sintomáticos, de rehabilitación y preventivos.
- ERA PRE-SULFONICA: todos los remedios o medicamentos usados no servían para nada.
- Aceite de Chalmoogra, colorantes, toxoides, vacunas, Margarita de Jalisco, Plualvarina, Guamuchilina y otros más.

-
- **ERA SULFONICA:** en 1941, Faget, en Carville, EUA, ensayó por primera vez el Promín, un derivado de la Diamino-Difenil-Sulfona, (DDS), conocida desde 1908.
 - Latapí, en México, la uso por primera vez en 1946, en el Centro Dermatológico Pascua.
 - **ERA POST-SULFONICA:** Rifampicina, Clofazimina, claritromicina, la minociclina y la oxo y la perfloxacina, medicamentos mas caros y difíciles de usar en la practica diaria.
 - **TRATAMIENTOS SINTOMÁTICOS:** Talidomida, Pentoxifilina, Clofazimina, Corticoesteroides.

TRATAMIENTOS SINTOMATICOS

- ❑ Analgesicos, antiinflamatorios no esteroideos como la aspirina, fenilbutazona, indometacina.
- ❑ Trasfusiones de plasma fresco, de gammaglobulinas, los antimoniales, las cloroquinas.
- ❑ No hay ningún problema en realizar intervenciones quirúrgicas.

Cuadro 5.11
TRATAMIENTO DE LA LEPROA

<u>Casos multibacteriales</u>	DDS	100 mg/día	} 2 años mínimo
Casos L y dimorfos	Clofazimina	50 mg/día	
	Rifampicina	600 mg/mes	
<u>Casos paucibacilares</u>	DDS	100 mg/día	} 6 meses mínimo
Casos T e I	Rifampicina	600 mg/mes	
	Prednisona	25 mg/día si hay neuritis	
<u>Reacción de reversa tipo 1</u>	Corticoesteroides	25-50 mg/día	
<u>Reacción leprosa tipo 2</u>	Talidomida	100-200 mg/día	
	Pentoxifilina	800 mg/día	
	Clofazimina	200 mg/día	
Corticoesteroides limitados a casos con neuritis o mano reaccional.			



Ladislao de la Pascua, publica en 1844, el primer trabajo sobre lepra en México.



Rafael Lucio describe en 1852, la lepra “manchada” o “lazaina”.



Fernando Latapí (1902-1989), reinicia el estudio de la lepra difusa en 1936.

















































