

**SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEON
HOSPITAL METROPOLITANO
“ DR. BERNARDO SEPULVEDA”**

DERMATOLOGIA

LEPRA: TRATAMIENTO

**DR. GENARO NAJERA MONTERO – MEDICO
DERMATOLOGO**

Tratamiento

- ❑ LEPROA, enfermedad infecciosa crónica granulomatosa.
- ❑ Causada por un patógeno intracelular obligado (*M. leprae*).
- ❑ Enfermedad milenaria (más de 2000 años).

Tratamiento

- ❑ Sinónimo de impureza (Biblia).
- ❑ AUN EXISTE, en el Mundo, México, Nuevo León.
- ❑ No hay vacuna disponible.
- ❑ ESTRATEGIA BASICA PARA CONTROL DE LA LEPRO: Diagnóstico y Tratamiento temprano.

Tratamiento

- ❑ ERA PRESULFONICA:
- ❑ Aceite de Chaulmoogra (1854).
- ❑ Usado en todo el mundo.
- ❑ Sólo curaba los casos tuberculoideos.
- ❑ Dr. Latapí: mayor fraude de los siglos.

Tratamiento

- ❑ ERA SULFONICA.
- ❑ 1941 descubrimiento de las Sulfas.
- ❑ 1943 PROMIN, reportes exitosos.
- ❑ Leprosario, Carville, Lousiana, U.S.A.
- ❑ 1948 Inicia tx con Dapsona, (más efectiva).
- ❑ Base de tratamiento antileproso (PQT, OMS).

Terapia Múltiple Medicamentosa.

1982, OMS.

MULTIBACILARES:	Rifampicina 600mg/mes
	Clofazimina 300mg/mes
	Dapsona 100mg/día/24m.
	Clofazimina 50mg/ día/24m.

PAUCIBACILARES:	Dapsona 100mg/día/ 6 m.
	Rifampicina 600mg/mes

Tratamiento

- ❑ DAPSONA:
- ❑ Es la droga patrón de las sulfas.
- ❑ Análogo del PABA.
- ❑ Bacteriostático contra *M. leprae*.
- ❑ RESISTENCIA favorecida por dosis insuficientes, tx discontinuos, uso como monoterapia.

Tratamiento

- ❑ FARMACOCINETICA
- ❑ Se absorbe rápida y completamente por V.O.
- ❑ 70% se une a proteínas.
- ❑ Presente en casi todos los tejidos.
- ❑ Eliminación por Bilis (circuito entero hepático)
- ❑ Se acetila en el hígado y se elimina 80% por orina.
- ❑ Vida media de 20 a 30hrs.

Tratamiento





- ❑ REACCIONES ADVERSAS:
- ❑ Hematológicas: Anemia hemolítica, anemia aplásica metahemoglobinemia.
- ❑ Gastrointestinales: Anorexia, náuseas, vómitos.
- ❑ Renales: Necrosis tubular aguda, albuminuria.

Tratamiento

- ❑ Hepatotoxicidad: Ictericia con Necrosis hepática.
- ❑ Dermatológicas: Prurito, erupciones cutáneas, foto-sensibilidad, dermat. exfoliativa, eritema multiforme y S.S.J.
- ❑ Otros: cefalea, nerviosismo, insomnio, psicosis, visión borrosa, fiebre, pancreatitis, hematuria.
- ❑ Exacerbación de lepra lepromatosa (5-6 sems.)

Tratamiento

❑ INTERACCIONES:

- ❑ Antiácidos y Didanosina:  absorción de dapsona.
- ❑ Antineoplásicos, interferon, zidovudina: potencias efecto supresor de médula ósea.
- ❑ Probenecid:  excreción renal de dapsona y  su toxicidad.
- ❑ Rifampicina:  metabolismo de dapsona, disminuye su eficacia.

Tratamiento

- ❑ ADEVERTENCIA:
- ❑ Determinar: TGO,TGP, Creatinina, BH completa, G6PD.

Tratamiento: RIFAMPICINA

- ❑ Antibiótico de amplio espectro.
- ❑ Efecto bactericida.
- ❑ Inhibe síntesis de RNA bacteriano.
- ❑ Introducido en 1970 para tx de lepra.

Tratamiento

- ❑ FARMACOCINETICA.
- ❑ Absorción a través del tracto GI.
- ❑ Distribución: a la mayoría de líquidos y tejidos corporales.
- ❑ Antibiótico liposuble.
- ❑ 89% unión a proteínas.

Tratamiento

- ❑ Metabolismo hepático.
- ❑ Vida media 6hrs.
- ❑ Eliminación: Biliar/intestinal, recirculación entero hepática.

Tratamiento

- ❑ No se acumula en pacientes con disfunción renal.
- ❑ Contraindicaciones: hipersensibilidad conocida, ictericia, daño hepático severo.
- ❑ Precauciones: atraviesa placenta y se excreta en leche humana.
- ❑ Advertencias: Administrar 1 hr. Antes o 2 hrs. después de las comidas, evitar alcohol.
- ❑ Interacciones: potente inductor Citocromo p-450.

Tratamiento

- ❑ Reacciones adversas: diarrea, coloración rojiza de líquidos y secreciones corporales, prurito, rash cutáneo, estomatitis, fiebre, cefalea, escalofríos, dolor óseo y muscular.
- ❑ Laboratorio: PFH completas.

Tratamiento: CLOFAZIMINA

- ❑ Mecanismo de acción: se une a guanina de ADN, inhibiendo su síntesis.
- ❑ Débil efecto bactericida vs. *M. leprae*.
- ❑ Efecto antiinflamatorio (Tx reacción leprosa: ENL).
- ❑ Administración vía oral con biodisponibilidad 45-70%.
- ❑ Se acumula en tejidos.
- ❑ Se elimina por medio de metabolismo hepático.

Tratamiento

- ❑ Vida media: 8hrs.
- ❑ Reacciones adversas: Pigmentación de la piel., enteritis eosinofílica.
- ❑ Resistencia, casos aislados.

Tratamiento: MINOCICLINA

- ❑ Absorción gastrointestinal (V.O).
- ❑ Concentraciones séricas máximas: 1-4 hrs.
- ❑ Vida media sérica: 15hrs.
- ❑ Es la única tetraciclina activa vs. *M. leprae*.
- ❑ Su eficacia confirmada en 1987.
- ❑ Bactericida, efecto aditivo con otras drogas (PQT).

Tratamiento

- ❑ Inhibe la síntesis de proteínas (subunidad 30S ribosomal).
- ❑ No resistencia conocida.
- ❑ Contraindicaciones: hipersensibilidad conocida.
- ❑ Advertencias: puede causar pseudotumor cerebral, cefalea, visión borrosa, foto-sensibilidad, quemadura solar, riesgo de hepatotoxicidad, aumento sérico de BUN, hiperfosfatemia y acidosis.

Tratamiento

- ❑ Reacciones gastrointestinales: anorexia, náuseas, vómitos, diarrea, glositis, disfagia, enterocolitis, pancreatitis, candidosis, balanitis, erupciones fijas, eritema nudoso, E: multiforme, SSJ, alopecia, hiperpigmentación cutánea.
- ❑ Laboratorio: BH, QS, PFH completas.

Tratamiento: OFLOXACINO

- ❑ Quinolona fluorada de nueva generación.
- ❑ Antimicrobiano de amplio espectro.
- ❑ Efectivo vs. La mayoría de gram (-), muchos gram (+) y algunos anaerobios.
- ❑ Mecanismo de acción: inhibición de enzima ADN girasa bacterial.
- ❑ Contraindicaciones: hipersensibilidad a quinolonas, menores de 18 años.

Tratamiento

- ❑ FARMACOCINETICA y FARMACODINAMIA:
- ❑ Derivado del ácido piridón carboxílico.
- ❑ Perfil farmacocinético mayor al de otras quinolonas.
- ❑ Más rápida absorción.
- ❑ Alcanza concentraciones mayores en diferentes tejidos y fluidos.
- ❑ Concentraciones séricas máximas: 1-2hrs. después de ingestión por vía oral.

Tratamiento

- ❑ 95% biodisponibilidad absoluta.
- ❑ Vida media aprox. 6hrs.
- ❑ Eliminación principal por riñones.
- ❑ Se excreta en forma inalterada.
- ❑ 4-8% se excreta por heces.
- ❑ Puede ser ingerido con alimentos.

Tratamiento

- ❑ No requiere ajustes en ancianos con función renal normal.
- ❑ Ajustar dosis en pacs. con insuficiencia renal
- ❑ No interacción con warfarina, AINES, teofilina.

CONCLUSIONES

- ❑ La lepra puede ser curada y controlada.
- ❑ Su eliminación no es fácil.
- ❑ Pasa inadvertida ante los ojos de médicos no entrenados.
- ❑ Importante tener en mente las diferentes manifestaciones clínicas.
- ❑ Evitar dx y tx erróneos que retrasen el tx adecuado.

CONCLUSIONES

Durante la visita mensual interrogar:

- ☐ Posibles efectos secundarios, interacciones medicamentosas.
- ☐ Posibilidad de Reacción Leprosa.
- ☐ Resistencia a los antibióticos.

CONCLUSIONES

- Divulgar las características de este padecimiento y su importancia a nivel nacional ya que continua siendo un problema de salud que probablemente se erradique hasta dentro de muchos años.

A horizontal bar at the top of the slide, divided into a red section on the left and a blue section on the right.

Gracias..... !

Dr. Genaro Nájera Montero.

Médico Dermatólogo