

LEPRA LEPROMATOSA ASOCIADA A VIH/SIDA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

José Luis Rodríguez Rojas*, Yenisey Gleidis Mir García**, C. Nieves Atrio Mouriño***,
Yadira Susel Zayas Calás****, Hianel Hernández Rodríguez*****

* Especialista de primer grado en Dermatología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Asistente

** Especialista de primer grado y segundo en Dermatología. Especialista de primer y segundo grado en Medicina General Integral, Máster en Enfermedades Infecciosas. Máster en Educación Médica.

Profesor Asistente. Subdirectora docente Hospital Manuel Ascunce Domenech.

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

Máster en Enfermedades Infecciosas. Máster en Enfermedades Infecciosas.

**** Especialista de primer grado en Dermatología. Especialista de primer grado en Medicina General Integral.

***** Licenciado en Enfermería

(Recibido el 27/07/2019; Aceptado para su publicación: 05/11/2019)

RESUMEN

El síndrome de inmunodeficiencia humana conocido por las siglas SIDA, y la lepra son enfermedades estigmatizadas por la sociedad lo que se debe, fundamentalmente al impacto social producido por dichas entidades. La lepra ha afligido a la humanidad desde tiempos inmemorables. Se trata de un paciente blanco, masculino, de 24 años de edad, con antecedentes de ser VIH positivo, que marcó SIDA, desde hace aproximadamente cinco años, que acude a consulta por presentar lesiones nodulares de diferentes tamaños, localizadas en miembros superiores y en cara principalmente en la frente, pabellones auriculares y cejas, las cuales no pican ni duelen, algunas se encuentran exulceradas y tienen una evolución de aproximadamente un año. Al examen dermatológico se constata cuadro cutáneo diseminado, caracterizado por la presencia de nódulos eritematosos, con trastornos de la sensibilidad, en número y tamaños variables a nivel en miembros superiores y en cara principalmente en la frente, pabellones auriculares y cejas, algunos de los cuales presentan exulceraciones centrales y en otras costras hemáticas. Se constata además infiltración del rostro a nivel de los salientes, atrofia de la región tenar e hipotenar, nervios cubitales engrosados, no dolorosos, de forma simétrica y bilateral. Esta forma clínica suele presentarse en forma de placas, máculas, pápulas, nódulos, variables en número, de distribución simétrica y bilateral que pueden o no acompañarse de áreas con anestesia. Pueden afectarse numerosos nervios y la baciloscopia suele ser positiva. La infección por VIH/SIDA afecta la inmunidad celular mediada por linfocitos T CD4+. Los pacientes portadores de VIH/SIDA, al cual se le diagnostica lepra, pueden presentar síndrome inflamatorio de reconstitución inmunitaria tras iniciar el tratamiento.

PALABRAS CLAVE: nódulo, lepra, SIDA.

SUMMARY

The human immunodeficiency syndrome known by the acronym AIDS, and leprosy are diseases stigmatized by society, which is mainly due to the social impact produced by these entities. Leprosy has afflicted humanity since time immemorial. We report a case of a white male patient, 24 years old, with a history of being HIV positive, and diagnosed of AIDS approximately five years ago who attended the clinic for presenting nodular lesions of different sizes. They were located in upper limbs and in face mainly on the forehead, ear pavilions and eyebrows. They do not itch or hurt; some are ulcerated and have an evolution of approximately one year. The dermatological examination shows disseminated cutaneous symptoms, characterized by the presence of erythematous nodules, with variable sensitivity disorders of the upper limbs and in the face mainly on the forehead, ear pavilions and eyebrows, some of which have central ulcerations and blood scabs. He also presented infiltration on the face, atrophy of the tenar and hypothenar region, thickened symmetrically and bilaterally but not painful ulnar nerves. This clinical type usually occurs in the form of plaques, macules, papules, nodules, variable in number with symmetrical and bilateral distribution that may or may not be accompanied by areas with anesthesia. Several nerves can be affected and the skin smear is usually positive. HIV/AIDS infection affects cell immunity mediated by CD4 + T cells. Patients with HIV/AIDS, who are diagnosed with leprosy, may present immune reconstitution inflammatory syndrome after starting treatment.

KEYWORDS: nodule, leprosy, AIDS.

INTRODUCCIÓN

La lepra ha afligido a la humanidad desde tiempos inmemorables. Afectó a todos los continentes y perpetuó una imagen terrible, por la mutilación, el temor, el rechazo y la exclusión social milenaria. Nunca podrá calcularse el número de personas, que durante esos milenios sufrieron de las desfiguraciones y discapacidades incurables. Es una enfermedad infecto-contagiosa, cuyo nombre proviene de la palabra griega UKHEDU (escama) y es uno de las enfermedades conocidas más antiguas.^{1,2} La lepra es una enfermedad transmisible que en nuestros días ha ido en ascenso, sobre todo su diagnóstico tardío. Cuando se diagnostica precozmente, el tratamiento cura el 95 % de los enfermos, sin dejar secuela alguna. Cuando su diagnóstico es tardío, deja grandes mutilaciones y afección de vísceras, quedando el paciente con discapacidad.^{3,4}

La lepra es una enfermedad infecciosa producida por el *Mycobacterium leprae*, que afecta al sistema nervioso y la piel, así como determinados órganos y mucosas; esta se transmite de una persona a otra al parecer por contacto y por vía respiratoria, aunque se ha aislado el bacilo en la almohadilla plantar del armadillo de nueve bandas.⁵

La infección por VIH/SIDA afecta la inmunidad celular mediada por linfocitos T CD4+. Los pacientes portadores de VIH/SIDA, al cual se le diagnostica lepra, pueden presentar síndrome inflamatorio de reconstitución inmunitaria tras iniciar el tratamiento TARVAE (Terapia antirretroviral de alta eficacia), y la mayoría de las veces reaccionan favorablemente al tratamiento con diaminodifenilsulfona y rifampicina.⁶⁻⁹

La reducción en las tasas de prevalencia de la lepra en el mundo es evidente. El logro de la meta de eliminación de la enfermedad como problema de salud en la mayoría de los países endémicos, es un éxito incuestionable.⁶ Sin embargo, es fundamental que se sostengan las actividades educativas, dirigidas tanto a los profesionales de la salud como a la comunidad, de tal forma, que se motive la consulta temprana en caso de síntomas y que el profesional de la salud, esté preparado para hacer un diagnóstico oportuno y un manejo integral de estos pacientes.

El tratamiento multidroterapia disminuyó la incidencia, pero no la erradicó. Por el momento, no hay ningún instrumento técnico, ni en formación nueva que justifique algún cambio drástico en las estrategias de control.⁷ En muchos países la lepra ha desaparecido como problema de salud o está en vías de eliminación, mientras que en otros muy poblados se mantiene como una gran carga social. Lo más desalentador es que la lepra se incluye habitualmente dentro de las enfermedades olvidadas.⁸

La infección por VIH/SIDA afecta la inmunidad celular mediada por linfocitos T CD4+. Los pacientes portadores de VIH/SIDA, al cual se le diagnostica lepra, pueden presentar Síndrome inflamatorio de reconstitución inmunitaria (SIRI) tras iniciar el tratamiento TARVAE (Tratamiento antirretroviral de alta eficacia), y la mayoría de las veces reaccionan favorablemente al tratamiento con diaminodifenilsulfona y rifampicina.⁹⁻¹²

El SIRI generalmente afecta a individuos infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-1) en estadios avanzados de la enfermedad (recuento de linfocitos T CD4 <200 células/mm³). Los signos clínicos de la inflamación aparecen con la asociación de infecciones oportunistas sobre todo por *M. tuberculosis*, CMV e infecciones herpéticas, cuando la terapia HAART

ha logrado la reducción de la carga viral y un incremento en el número de linfocitos CD4.¹³

La asociación con lepra ha sido poco descrita en la literatura mundial. Se ha reportado a la lepra como un ejemplo de infección relacionada con el SIFI, radicando su importancia en el reconocimiento de este síndrome en las áreas endémicas de esta enfermedad.⁴ Al principio de la epidemia del VIH, se especuló que este llevaría a un aumento significativo en la prevalencia de la lepra en las regiones endémicas. Aunque la co-infección con VIH y *Mycobacterium leprae* se ha reportado en forma frecuente en regiones tropicales, la mayoría en Brasil y el África Sub-Sahariana, la epidemia del VIH parece no haber alterado substancialmente la epidemiología de la lepra en estas regiones. La infección por el VIH parece no aumentar en forma significativa el riesgo de infectarse con *M. leprae*, y la co-infección no predice un peor resultado.¹³⁻¹⁵

PRESENTACION DE CASO

Historia de la enfermedad actual

Se trata de un paciente blanco, masculino, de 24 años de edad, con antecedentes de ser VIH positivo, que marcó SIDA, desde hace aproximadamente cinco años para lo cual lleva tratamiento con TARVAE, que acude a consulta por presentar lesiones nodulares de diferentes tamaños, localizadas en miembros superiores y en cara principalmente en la frente, pabellones auriculares y cejas, las cuales no pican ni duelen, algunas se encuentran exulceradas y tienen una evolución de aproximadamente un año.

Al examen dermatológico se constata cuadro cutáneo diseminado, caracterizado por la presencia de nódulos eritematosos, con trastornos de la sensibilidad, en número y tamaños variables a nivel en miembros superiores y en cara principalmente en la frente, pabellones auriculares y cejas, algunos de los cuales presentan exulceraciones centrales y en otras costras hemáticas. Se constata además infiltración del rostro a nivel de los salientes, atrofia de la región tenar e hipotenar, nervios cubitales engrosados, no dolorosos, de forma simétrica y bilateral. (Ver fotos 1, 2, 3 y 4)

Complementarios realizados

- Hemograma con diferencial: Hto 0,38
- Eritrosedimentación: 19 mm/h
- Creatinina: 69 mmol/l
- TGP: 13 UI
- TGO: 18 UI
- Test para VIH. Positivo
- Baciloscopía: Cod 6
- Glucosa 6 Fosfato deshidrogenasa: actividad enzimática normal.
- Biopsia de piel: Enfermedad de Hansen, variedad Lepromatosa. Fite Faraco positivo. IB 6.



Foto 1



Foto 2



Foto 3



Foto 4

CONCLUSIONES

La infección por VIH/SIDA afecta la inmunidad celular mediada por linfocitos T CD4+. Los pacientes portadores de VIH/SIDA, al cual se le diagnostica lepra, pueden presentar Síndrome inflamatorio de reconstitución inmunitaria tras el inicio del tratamiento para SIDA. Aunque la co-infección con VIH y *Mycobacterium leprae* se ha reportado, la epidemia del VIH parece no haber alterado substancialmente la epidemiología de la lepra. La infección por el VIH parece no aumentar en forma significativa el riesgo de infectarse con *M. leprae*, y la co-infección no predice un peor resultado.

REFERENCIAS

1. Lee DJ, Rea TH, Modlin RL. Lepra. En: Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General. 8th ed. España: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 2253-63.
2. Carrazana Hernández GB, Ferrá Torres TM, Pila Pérez R. Estudio de las incapacidades causadas por la lepra. Fontilles Rev Leprol. 1990; 17(6): 547- 55.
3. Martínez Collado N, Valle Sánchez C, Sánchez Hernández K. Lepra lepromatosa: presentación de caso. Rev. Med. Electrón [en línea] Jul- Ago 2012; 34(4): [aprox. 6 p.]. [Citado el 16 de julio de 2019]. Disponible en Internet: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242012000400011&script=sci_arttext>
4. Atrio Mouriño N, González Díaz A, González Ochoa E. Incidencia y prevalencia de lepra. Rev AMC [en línea] Sep.-Oct 2013; 17(5): [aprox. 10 p.]. [Citado el 16 julio de 2019]. Disponible en Internet: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000500006>
5. Palú Orozco A, Orozco González MI, Batista Duharte A, Pérez Pérez IM, García Vidal A. Principales aspectos inmunológicos en familias con casos secundarios de lepra en el área de salud "Frank País García". MEDISAN [en línea] 2011; 15(1): 50-57. [Citado el 12 de julio de 2019]. Disponible en Internet: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000100007&lng=es>
6. Morano S, Morano M, Paredes SN, Iribas JL. Lepra en Santa Fe: Características clínico-epidemiológicas. Rev. argent. dermatol [en línea] Dic 2016; 97(4): [aprox. 8 p.]. [Citado el 12 de julio de 2019]. Disponible en Internet: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2016000400004&lng=es>
7. Alberts CJ, Smith CS, Meim A, Wang L, Richardus JH. Potential effect of the World Health Organization 2011-2015 global leprosy strategy on the prevalence of grade 2 disability: a trend analysis. Bull World Health [en línea] 2011; 89: [aprox. 10 p.]. [Citado el 12 de julio de 2019]. Disponible en Internet: <<https://www.who.int/bulletin/volumes/89/7/10-085662/en/>>
8. Paschoal Vânia Del Arco, Nardi Susilene Maria Tonelli, Cury Maria Rita de Cássia Oliveira, Lombardi Clovis, Virmond Marcos da Cunha Lopes, Silva Renée Matar Dourado Neta da et al. Criação de banco de dados para sustentação da pós-eliminação em

hanseníase. Ciênc saúde coletiva [en línea] 2011. [Citado el 12 de julio de 2019]; 16(Supl 1): 1201-1210. Disponible en Internet: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700052&lng=en>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700052>

9. Girão RJS, Ura S, Daolio A, Fleury RN, Opromolla DVA. Hanseníase tuberculóide em paciente com Aids Tuberculoid leprosy in AIDS patient. *An Bras Dermatol*. 2005; 80:360-3.
10. Couppié P, Abel S, Voinchet HI. Immune reconstitution inflammatory syndrome associated with HIV and leprosy. *Arch Dermatol*. 2004; 140:998-1000.
11. Lawn SD, Bekker LG, Miller RF. Immune reconstitution disease associated with mycobacterial infections in HIV-infected individuals receiving antiretrovirals. *Lancet Infec Dis*. 2005; 5(6):361-73.
12. Girão Régio JS, Ura Somei DA, Fleury RN, Opromolla Diltor VA. Hanseníase tuberculóide em paciente com Aids. *An. Bras. Dermatol* [en línea] Dic 2005; 80(Suppl3):S360-S363. [Citado el 12 de julio de 2019]. Disponible en Internet: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962005001000016&lng=en>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962005001000016>
13. Amerson EH, Maurer TA. Immune reconstitution inflammatory syndrome and tropical dermatoses. *Dermatol Clin*. 2011; 29:39-43.
14. WHO, UNICEF, UNAIDS. Global AIDS response progress reporting 2013: Construction of core indicators for monitoring the 2011 UN Political Declaration on HIV/AIDS. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponible en Internet: <https://www.who.int/hiv/pub/me/ua_indicator_guide/en/>
15. Lockwood D, Lambert S. Human Immunodeficiency Virus and Leprosy: An Update. *Dermatol Clin*. 2011; 29:125-8.