

# Lepra

---

## 1. Generalidades

En 1991, la Organización Mundial de la Salud –OMS– propuso la meta de eliminación de la lepra como problema de salud pública para el año 2000, lo que significa reducir la prevalencia a menos de un caso por cada 10 mil habitantes.

La estrategia central se ha encaminado a la implementación de la poliquimioterapia (PQT) asociada al diagnóstico precoz; como secundarias están la estratificación epidemiológica y operacional del problema y la integración de las actividades de control del sistema de servicios generales de salud. Entre las estrategias de apoyo se plantean la capacitación gerencial a escala nacional e intermedia y la investigación en sistemas de salud.

Después de tres años de puesta en marcha, el número total de casos en el continente americano disminuyó en más de 40%. América Central, el Caribe inglés, Cuba, Ecuador, México, República Dominicana y Uruguay ya han alcanzado la meta de eliminación de la lepra como problema de salud pública subregional o nacionalmente.

### 1.1 Descripción del evento

La lepra o enfermedad de Hansen es una enfermedad infectocontagiosa de curso crónico que afecta principalmente piel, sistema nervioso periférico, mucosa de vías respiratorias superiores y, en sus formas más graves, otras estructuras del cuerpo humano.

Los signos y síntomas clínicos pueden agruparse en:

- ◆ *Primarios*
  - *Neurológicos*: neuritis generalmente asimétricas que dan lugar a parestesias, disestesias y déficit sensitivo y motor.
  - *Dermatológicos*: manchas o máculas, pápulas, placas y lepromas.
  - *Sistémicos*: epiescleritis, rinitis, laringitis, adenitis, hepatitis, nefritis, orquiepididimitis y osteítis.
- ◆ *Secundarios, producidos por*:
  - Complicaciones de los síntomas primarios como anestesia corneal que puede llevar a ulceración por lesiones del nervio trigémino; lagofthalmos y/o facies inexpresiva por alteración del nervio facial; úlceras en dedos, plantas de pies y palmas de manos por pérdida de la sensibilidad protectora y perforación del tabique con hundimiento del dorso nasal.
  - *Manifestaciones reaccionales*: son aquellas que por sí mismas no indican progreso o regresión de la enfermedad, siendo producto de las alteraciones en el balance inmunológico entre el huésped y el agente etiológico. Las más frecuentes

son la neuritis irritativa muy dolorosa (reacción tipo I) y el eritema nodoso (reacción tipo II).

El sexto Congreso internacional de lepra (Madrid, 1953) recomendó establecer dos tipos polares, lepromatosa y tuberculoide, y dos grupos, indeterminada y dimorfa.

En esta clasificación se admite que la enfermedad comienza como lepra indeterminada (LI) y según la calidad de la respuesta inmune del huésped, la duración y la evolución de la fase inicial de la enfermedad será distinta. La LI es una forma inestable, de duración variable generalmente fugaz, que puede pasar inadvertida y virar a otra forma de lepra; puede tener mayor duración manteniéndose así a lo largo del tiempo o puede curar espontáneamente o por tratamiento.

En 1962, Ridley y Joplin desarrollaron una clasificación basada en criterios clínicos, histopatológicos, bacteriológicos e inmunológicos. Consideran la lepra como un espectro con las siguientes formas: TT, BT, BB, BL, LL.

En los extremos se encuentran los tipos polares de la enfermedad: tuberculoide-tuberculoide (TT) y lepromatoso-lepromatoso (LL). Entre ellos está el grupo intermedio: dimorfo-tuberculoide o borderline (BT), dimorfo-dimorfo o borderline-bordeline (BB) y dimorfo-lepromatoso o borderline-lepromatoso (BL).

En 1981, la OMS con el fin de instaurar los regímenes de terapia multidroga, introdujo una terminología basada en los hallazgos bacteriológicos: pacientes multibacilares (MB) y paucibacilares (PB).

El grupo multibacilar incluye a los lepromatosos y dimorfos de la clasificación de Madrid y a los LL, BL, y BB de la clasificación de Ridley y Joplin. El grupo paucibacilar incluye a los indeterminados (I) y tuberculoideos (T) de la clasificación de Madrid y a los TT y BT de la clasificación de Ridley y Joplin (véase el cuadro 1).

**Cuadro 1**  
**Clasificación complementaria de la lepra, según Ridley y Joplin (1966), el Congreso de Madrid (1953) y la OMS (1982).**

CLASIFICACIÓN	ESPECTRO DE LA LEPRO				
R y J	TT	BT	BB	BL	LL
Madrid	Tuberculoide		Dimorfa		Lepromatosa
OMS	Paucibacilar			Multibacilar	

Fuente: G. Rodríguez, L.C. Orozco. *Lepra*, p. 49. INS. Bogotá, D. C., 1996.

## 1.2 Caracterización epidemiológica

La mayoría de países informa una mayor incidencia y prevalencia en hombres que en mujeres. En los niños esta diferencia no existe. Tanto en la prevalencia como en la incidencia, la razón hombre-mujer para Colombia es de 2:1, con variaciones dentro de las diferentes regiones.

En Colombia, la lepra ha tenido un comportamiento epidémico, con un comienzo lento que se inició entre los siglos dieciséis y diecisiete, llegando a su punto máximo en la década de 1960, con una disminución progresiva posterior,

notándose en el último decenio un descenso drástico en la prevalencia de la enfermedad, comportamiento atribuible a la aplicación de la PQT.

En 1986 se reportaron 16.600 casos y una tasa de 5 por 100 mil habitantes, con un descenso marcado hasta 0,8 por 10 mil habitantes en 1999.

En cuanto a la distribución geográfica de la lepra, es notoria la tendencia a su agrupamiento, evidente en el ámbito mundial, continental, nacional, regional, municipal, veredal, casas y familias.

En Colombia, esta característica se aprecia en la vertiente occidental de la cordillera Oriental, en los departamentos de Norte de Santander, Santander y Boyacá, dentro de los cuales también existe agrupamiento en el ámbito municipal.

La enfermedad en los niños, principalmente en menores de diez años, sigue un curso benigno, sin secuelas, con reacciones infrecuentes y con resolución espontánea en cerca de 80% de los casos, aun cuando el paciente continúe en contacto con el paciente bacilífero.

En Bogotá, el programa de enfermedades transmisibles cuenta con información sobre lepra desde 1990. En 1999 fueron informados por el programa veintinueve casos, de los cuales veintisiete fueron atendidos por el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta y siete por otras IPS.

A partir de 1999, se ingresó el evento al sistema alerta acción –SAA– donde se notificaron treinta y dos casos, de los cuales 15% (n= 5) procedían de otras zonas del país (Santander, Tolima, Cundinamarca), 15% (n= 5) sin georeferenciar y el resto de casos tienen como lugar de residencia, Bogotá.

### 1.3 Agente

*Mycobacterium leprae* o bacilo de Hansen. Es una bacteria intracelular obligada, atóxica, pleomórfica y ácido-alcohol resistente cuando se colorea por el método de Zielh-Neelsen o Fite-Faraco. No es cultivable *in vitro* y tiene predilección por los nervios más superficiales o periféricos.

Estudios realizados en ratones y armadillos han revelado cinco propiedades del *Mycobacterium leprae* que revisten particular importancia epidemiológica: especificidad del huésped, antigenicidad, temperatura, estabilidad y proliferación lenta.

### 1.4 Modo de transmisión

No está definido, aunque la transmisión por piel y vías respiratorias (nariz y boca) de una persona no tratada a otra, son las más reconocidas. En los niños menores de un año, la transmisión se asume por vía transplacentaria.

También se ha sugerido la inoculación percutánea por artrópodos como modo de transmisión y se reconocen como fuentes de bacilos los lepromas ulcerados, leche materna, orina y heces de pacientes enfermos.

## 1.5 Reservorio

El hombre se considera el huésped y reservorio principal. Aunque la descripción de animales naturalmente infectados, como monos y armadillos, abre la posibilidad de la existencia de reservorios diferentes al hombre, su importancia epidemiológica debe ser poca, por el número tan escaso de animales encontrados, considerando también que en los armadillos sólo se detectaron después del éxito de la inoculación experimental.

## 1.6 Periodo de incubación

Debido a las dificultades para determinar la infección, establecer un periodo exacto de incubación es difícil. Aunque pocos, se conocen casos en menores de un año, así como personas que desarrollan la enfermedad en la edad adulta, habiendo tenido una exposición en su infancia.

## 1.7 Periodo de transmisibilidad

Durante el tiempo que dure la enfermedad. El caso deja de ser infectante a los tres meses de tratamiento continuo y regular con Dapsone o Clofazimina y a los tres días de tratamiento con Rifampicina.

# 2. Definiciones de caso

## 2.1 Caso sospechoso de lepra

Puede considerarse caso sospechoso a las personas que presenten algunas de las siguientes manifestaciones:

- ◆ *Sintomáticos de piel (SP)*. Persona con cualquier tipo de lesión cutánea, anestésicas o hipoestésicas, hipopigmentadas o rojizas, bien delimitadas o con brotes difusos, no congénita, diferente a cicatriz; sea o no su motivo de consulta, de larga duración y que no haya respondido a tratamientos previos.
- ◆ *Sintomático de sistema nervioso periférico (SSNP)*. Personas con áreas corporales hipo o anestésicas o con problemas motores distales, de las manos, los pies o los párpados.

Toda persona que presente una o más de las siguientes señales: manchas hipocrómicas o eritemato-hipocrómicas, con o sin disminución de la sudoración y con o sin alopecia localizada, con alteración de la sensibilidad; áreas cutáneas con anestesia, hipoestesia o parestesias; placas eritematosas de límites nítidos con alteración de la sensibilidad; lesiones eritematosas planas con centro claro o placas infiltradas, con alteración de la sensibilidad; placas eritematosas infiltradas de bordes difusos, con alteración de la sensibilidad; tubérculos y nódulos; pérdida extensa de sensibilidad en las manos o en los pies; uno o más troncos nerviosos periféricos engrosados, con pérdida de la sensibilidad y de la motricidad en su distribución correspondiente, sin lesiones cutáneas; nervios dolorosos espontáneamente o a la palpación; úlceras indoloras en las manos o en los pies.

## 2.2 Caso confirmado de lepra

Persona que presenta una o más de las condiciones clínicas y de laboratorio bacteriológico o histopatológico descritas a continuación.

### 2.2.1 Condiciones clínicas

Lesiones cutáneas eritematosas o hipocrómicas, con pérdida de la sensibilidad térmica y/ o dolorosa o táctil; engrosamiento, dolor espontáneo o a la palpación de uno o varios troncos nerviosos periféricos, asociados con signos de afección neural: pérdida sensitiva, disminución de la fuerza muscular o parálisis en el territorio y músculos por ellos inervados.

### 2.2.2 Condiciones de laboratorio

Identificación de bacilos ácido-alcohol resistentes en los frotis de moco y linfa; demostración en las biopsias de infiltrados inflamatorios que lesionan o destruyen los nervios, independiente de la presencia o no de bacilos en la muestra (véase el cuadro 2).

**Cuadro 2**  
**Características de las formas de lepra**

LEPRA INDETERMINADA	
SIGNOS CUTÁNEOS	Máculas hipocrómicas de límites difusos, hipoestésicas al calor y al frío.
SIGNOS NEUROLÓGICOS	No se afectan los troncos nerviosos.
ÓRGANOS INTERNOS, MUCOSAS	No se afectan.
EVOLUCIÓN	Vira otra forma de lepra, permanece como LI o cura espontáneamente o cura espontánea con tratamiento.
BACILOSCOPIA	Negativa en moco y linfa.
LEPROMINA (MITSUDA)	Positiva o negativa.
HISTOPATOLOGÍA	Infiltrados linfocitarios perineurales. Engrosamiento del perinervio, penetración de linfocitos y macrófagos al nervio. FF: ocasionales BAAR (42% de nuestros casos) intraneurales, en el endotelio y en los músculos erectores del pelo.
LEPRA TUBERCULOIDE	
SIGNOS CUTÁNEOS	Máculas hipocrómicas o eritemato-hipocrómicas; placas eritematosas de límites nítidos, asimétricas, anestésicas, anhidróticas y alopécicas; úlceras, heridas, quemaduras o perforante plantar.
SIGNOS NEUROLÓGICOS	Afección precoz y asimétrica de troncos nerviosos; neuritis periférica: anestesia, paresia y parálisis; lesiones óseas neurotróficas y osteolisis.
ÓRGANOS INTERNOS, MUCOSAS	Afección ocasional de ganglios, hígado y epidídimo.
EVOLUCIÓN	Tendencia a la curación espontánea, con secuelas. Con quimioterapia oportuna y prevención: curación sin discapacidades.
BACILOSCOPIA	Negativa en moco y linfa.
LEPROMINA	Positiva.

Continúa

*Continuación*

HISTOPATOLOGÍA	Granulomas subepidérmicos perianxiales, peri e intraneurales, de células epitelioides y de Langhans, con abundantes linfocitos; grado severo de destrucción neural por el granuloma. FF: negativo.
<b>LEPRA DIMORFA TUBERCULOIDE (BT)</b>	
SIGNOS CUTÁNEOS	6 a 25 placas bien definidas, asimétricas, anestésicas, alopécicas y anhidróticas: úlceras, heridas, quemaduras y perforante plantar.
SIGNOS NEUROLÓGICOS	Neuritis aguda en la reacción tipo 1; parálisis.
ÓRGANOS INTERNOS	Afección ocasional del hígado, ganglios y epidídimo.
EVOLUCIÓN	Incapacidad severa, sin tratamiento.
BACILOSCOPIA	Negativa en moco, escasos bacilos en linfa.
LEPROMINA	Positiva.
HISTOPATOLOGÍA	Granulomas de células epitelioides y linfocitos, sin mayor número de células de Langhans ni plasmocitos; los infiltrados no tocan la epidermis; nervios permeados por granulomas epitelioides.
<b>LEPRA DIMORFA DIMORFA (BB)</b>	
SIGNOS CUTÁNEOS	Más de veinticinco placas, eritematosas o eritematovinosas, bien definidas, con resolución central, asimétricas, con moderada alteración de la sensibilidad e hipohidróticas; úlceras, heridas, quemaduras y perforante plantar.
SIGNOS NEUROLÓGICOS	Afección asimétrica de troncos nerviosos; neuritis aguda en la reacción tipo 1; úlceras, heridas, quemaduras, perforante plantar y parálisis.
ÓRGANOS INTERNOS	A veces, afección del hígado, ganglios, testículo o bazo.
MUCOSAS	Puede afectar la mucosa oral y nasal.
EVOLUCIÓN	La más inestable del espectro. Vira hacia BT o BL.
BACILOSCOPIA	Positiva, sin globias.
LEPROMINA	Positiva débil.
HISTOPATOLOGÍA	Granulomas edematosos de macrófagos vacuolados; pocas células epitelioides y linfocitos, sin células de Langhans; nervios engrosados con tendencia a la laminación e invasión por los infiltrados. FF: positivo, con abundantes BAAR.
<b>LEPRA DIMORFA LEPROMATOSA (BL)</b>	
SIGNOS CUTÁNEOS	Numerosas lesiones simétricas, difusas, eritematosas y ferruginosas.
SIGNOS NEUROLÓGICOS	Afección lenta y simétrica de los troncos nerviosos. Neuritis aguda en las reacciones; úlceras, heridas, quemaduras y perforante plantar.
ÓRGANOS INTERNOS	Afección de hígado, bazo, médula ósea, testículo y ojo.
MUCOSAS	Rinitis, glositis, faringitis y laringitis.
EVOLUCIÓN	Sin tratamiento, progresa a la forma lepromatosa; reacciones 1 y 2.
BACILOSCOPIA	Positiva con globias.
LEPROMINA	Negativa.

*Continúa*

*Continuación*

HISTOPATOLOGÍA	Epidermis atrófica; banda de Unna; dermatitis difusa con macrófagos espumosos; escasas células epiteloides dispersas; abundantes linfocitos; nervios con laminación característica del perinervio. FF: positivo, con BAAR en los nervios, macrófagos, células endoteliales y anexos cutáneos.
<b>LEPRA LEPROMATOSA</b>	
SIGNOS CUTÁNEOS	Infiltración difusa de la piel; numerosas lesiones simétricas, eritematosas y ferruginosas, difusas; lepromas; infiltración de las orejas, madarosis y facies leonina.
SIGNOS NEUROLÓGICOS	Afección lenta y simétrica de troncos nerviosos; neuritis aguda en la reacción tipo 2.
MUCOSAS	Rinitis, glositis, faringitis y laringitis.
ÓRGANOS INTERNOS	Afección del hígado, bazo, ganglios linfáticos, médula ósea y polo anterior del ojo; atrofia testicular o ginecomastia.
EVOLUCIÓN	Sin tratamiento; lepromatización total, reacción tipo 2 TMD: curación bacteriológica completa amiloidosis secundaria sistémica en los casos crónicos no tratados.
BACILOSCOPIA	Positiva con globias en moco y linfa.
LEPROMINA	Negativa.
HISTOPATOLOGÍA	Epidermis atrófica, banda de Unna; dermatitis difusa con macrófagos espumosos y pocos plasmocitos; nervios con engrosamiento intra y perineural. FF: numerosos BAAR en los nervios, macrófagos, células endoteliales, anexos cutáneos.
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON	Leishmaniasis difusa anérgica, escleroma, enfermedad de lobo, eritema nodoso y neurofibromatosis.

### 3. Fuentes de información

Véase el "Subsistema de información".

Registro diario y mensual de baciloscopias para lepra.

Formularios utilizados en el programa específico de lepra (tarjeta individual de registro de caso nuevo e informe trimestral de casos y actividades).

### 4. Intervenciones

#### 4.1 Individual

##### 4.1.1 A partir de casos sospechoso

- ◆ *Diagnóstico:* todo caso sospechoso de lepra debe someterse a estudio para confirmar si se trata de lepra, siguiendo los siguientes pasos:
  - Historia clínica, con énfasis en el examen físico dermatoneurooftalmológico (remitirse a la guía de atención integral).

- Baciloscopia.
- Biopsia.
- ◆ *Baciloscopia:* Si el examen clínico es sospechoso del diagnóstico de lepra, debe procederse a la toma de la baciloscopia de moco y linfa con el fin de clasificar el caso como multibacilar, si el resultado del examen es positivo (índice bacilar > 0) o paucibacilar, si el resultado es negativo (índice bacilar= 0). Una baciloscopia negativa no descarta el diagnóstico de lepra; en este caso debe realizarse una biopsia de piel (véase el flujograma).

Deberán tomarse cinco muestras tanto para la baciloscopia de clasificación como para la baciloscopia al término del tratamiento.

Una muestra del moco nasal y de linfa de cuatro sitios diferentes. Linfa de los dos lóbulos de las orejas y de dos lesiones si estas existen. En caso de no existir lesiones se tomará la linfa de los codos, de las rodillas o de las falanges proximales del dedo del corazón. Cuando solamente existe una lesión se deben tomar muestras de sus bordes opuestos.

- Lectura

Se recomienda calificar cada frotis utilizando la escala de lectura semicuantitativa de la baciloscopia mediante la obtención del promedio de bacilos por campo microscópico.

La escala de lectura es igual a la empleada en tuberculosis y se procede a elaborar el informe con el cálculo del índice bacilar, que corresponde al promedio aritmético de las cruces encontradas en cada una de las cinco muestras tomadas y leídas.

#### Informe de resultados por escala semicuantitativa

(-)	No se encuentran BAAR en 100 campos microscópicos observados o en diez minutos de observación.
(+)	Menos de un BAAR en promedio, en 100 campos microscópicos observados.
(++)	Uno a diez BAAR en promedio, en 50 campos microscópicos observados.
(+++)	Se observan más de 10 BAAR en promedio, en 20 campos microscópicos observados.

- *Procedimiento para el cálculo del índice bacilar (IB):* para cada muestra se registrará el número de cruces, de acuerdo con la escala anterior.
- ◆ Índice bacilar (IB): es el promedio aritmético de las cruces encontradas en cada una de las muestras leídas. Totalizar el número de cruces del punto anterior y dividir por el número de muestras leídas. Ejemplo:

Moco (++)  
 Linfa del lóbulo derecho (++)  
 Linfa de lóbulo izquierdo (++)  
 Linfa de la lesión 1 (+)  
 Linfa de la lesión 2 (+)

$$IB = \frac{2+2+2+1+1}{5} = 1,6$$

El rango del índice bacilar, cuando es positivo, oscila entre 0,2 (1/5) hasta 3,0 (15/5), si se utilizan cinco muestras, pero puede tener otros rangos, dependiendo del número de muestras utilizadas.

El índice bacilar es un indicador objetivo para acompañar el seguimiento de los pacientes multibacilares y evaluar los resultados del tratamiento.

La clasificación bacteriológica será entonces:

Multibacilar (MB): IB mayor de cero; o

Paucibacilar (PB): IB igual a cero.

- *Informe de resultados:* el resultado debe informarse positivo o negativo, indicando además número de cruces por muestra y el índice bacilar.
- ◆ *Criterio histopatológico-biopsia:* la biopsia cutánea es un procedimiento esencial en el estudio del paciente con lepra porque confirma definitivamente la sospecha clínica, clasifica la enfermedad, contribuye a evaluar los resultados del tratamiento y establece los diagnósticos diferenciales.

#### 4.1.2 A partir de caso confirmado

- ◆ *Notificación:* la lepra está incluida entre las patologías de notificación obligatoria. Todo caso nuevo confirmado debe ser informado a través del sistema alerta acción que opere en cada localidad, con su posterior consolidación en el ámbito distrital.
- ◆ *Inscripción:* confirmado el diagnóstico de lepra, se inscribe el caso mediante la elaboración de la historia clínica del respectivo organismo de salud y el diligenciamiento de:
  - Ficha individual de inicio del tratamiento integral de lepra.
  - Ficha individual de seguimiento del tratamiento de la lepra (véase el anexo).
  - Registro individual de atención (RIA).
- ◆ *Tratamiento:* el nivel nacional garantiza los medicamentos para el tratamiento de cualquier tipo de lepra y la thalidomida para la reacción tipo II.

El tratamiento del paciente con lepra debe ser integral, etiológico, supervisado, ambulatorio, de rehabilitación y de las eventuales reacciones tipo I y II.

#### Pacientes multibacilares (MB)

TRATAMIENTO MB ADULTOS		TRATAMIENTO MB NIÑOS	
<i>Dosis mensual supervisada</i>		<i>Dosis mensual supervisada</i>	
Rifampicina	600 mg	Rifampicina	450 mg
Clofazimina	300 mg	Clofazimina	150 mg
Dapsona DDS	100 mg	Dapsona DDS	50 mg
<i>Dosis diaria autoadministrada</i>		<i>Dosis diaria autoadministrada</i>	
Clofazimina	50 mg	Clofazimina	50 mg, días alternos
Dapsona DDS	100 mg	Dapsona DDS	100 mg

\* Duración del tratamiento: 24 meses.

### Pacientes paucibacilares (PB)

TRATAMIENTO PB ADULTOS		TRATAMIENTO PB NIÑOS	
<i>Dosis mensual supervisada</i>		<i>Dosis mensual supervisada</i>	
Rifampicina	600 mg	Rifampicina	450 mg
Dapsona DDS	100 mg	Dapsona DDS	50 mg
<i>Dosis diaria autoadministrada</i>		<i>Dosis diaria autoadministrada</i>	
Dapsona DDS	100 mg	Dapsona DDS	100 mg

\* Duración del tratamiento: 6 meses

#### ◆ Definición y manejo de leproreacciones

##### ● Reacción tipo 1

Se denomina también reacción de reversa o de reversión. Es una respuesta de hipersensibilidad retardada, mediada por la inmunidad celular, que se presenta en los pacientes con lepra dimorfa, pudiendo ser leve o severa.

- ◆ *Reacción leve*: se caracteriza por la presencia de edema y eritema de las lesiones cutáneas, puede haber fiebre baja y un cierto grado de malestar general. No hay compromiso neural (engrosamiento, dolor o edema de troncos nerviosos).

Tratamiento: Aspirina o Paracetamol y Prednisolona 5 mg / día por 3-4 semanas.

- ◆ *Reacción severa*: se caracteriza por la presencia de daño nervioso (sensitivo o motor), edema de las manos y/o de los pies, fiebre alta y patología sistémica marcado y ulceración de las lesiones cutáneas inflamadas. En la reacción severa, la respuesta hiperactiva del sistema inmune causa la lesión.

Tratamiento: el esquema recomendado es: Prednisolona 15-20 días, 1 mg x kg x día, iniciando disminución progresiva una vez controle los signos activos, disminuyendo 5 a 10 mg cada ocho a diez días hasta llegar a 5 mg/día y dejarlo uno o dos meses después de haber cedido los síntomas, siguiendo los esquemas y precauciones habituales para la administración de corticosteroides, hasta conseguir la mejoría del cuadro reaccional.

Es importante además dejar en reposo el nervio afectado, hasta que desaparezcan los síntomas, mediante la aplicación de una férula almohadillada o de cualquier otro material apropiado que inmovilice la articulación o las articulaciones próximas al nervio afectado

##### ● Reacción tipo 2

Se denomina también reacción leprótica o eritema nodoso leproso (ENL). Se caracteriza por la presencia de nódulos subcutáneos, hipertérmicos, dolorosos a la palpación, que pueden aparecer en cualquier lugar del cuerpo y además deterioro del estado general, fiebre, mialgias y artralgias. Eventualmente adenitis, iridociclitis, nefritis, neuritis y orquiepididimitis.

El mecanismo de base consiste en una exacerbación de la respuesta de inmunidad humoral con formación de complejos inmunes antígeno-anticuerpo fijos o circulantes.

Afecta a los pacientes de lepra multibacilar, lepromatosa y dimorfa lepromatosa.

##### ◆ Tratamiento

Los casos leves pueden ser manejados con analgésicos antipiréticos tipo ácido acetil salicílico o Paracetamol.

Para los casos severos el medicamento de elección es Talidomida (CG-217).

La dosificación de la Talidomida es como sigue:

Iniciar con 400 mg diarios, repartidos en dos dosis, durante una semana, e ir reduciendo la dosis en 100 mg diarios, cada semana, según la respuesta del paciente, hasta llegar a una dosis de sostenimiento diario de 100 mg, durante el tiempo necesario.

La Thalidomida está contraindicada en mujeres en edad fértil, porque es una droga teratogénica.

El tratamiento para las mujeres en edad fértil y sin métodos radicales de anticoncepción son los corticoesteroides: Prednisolona, 1 mg x kg x día, con los mismos criterios descritos para el manejo de la reacción tipo 1.

◆ *Prevención primaria, secundaria y terciaria de discapacidades*

La lesión neural periférica en la lepra es la causa de las discapacidades y el manejo integral del paciente debe dirigirse no sólo a la eliminación del bacilo, sino, *simultáneamente*, a la prevención de las incapacidades o a detener el proceso invalidante en caso de haberse iniciado ya.

La prevención primaria hace referencia al control de los factores de riesgo que favorecen la aparición de discapacidades. Dichos factores se encuentran en el medio ambiente y durante las actividades cotidianas del paciente, causando lesiones en el territorio corporal afectado por el daño neural, principalmente en los ojos, manos y pies. La educación del paciente y de su familia debe ir dirigida a alcanzar la comprensión del mecanismo inicial de la lesión y su posterior complicación para que a partir de dicho conocimiento pueda adquirir hábitos permanentes de auto cuidado en todas sus actividades y auto examen diario de ojos, manos y pies que faciliten la detección rápida y el manejo oportuno de cualquier lesión, por medio de acciones simples.

La prevención secundaria se refiere al control de un proceso discapacitante ya instaurado o en curso, para limitarlo o impedir complicaciones mayores. Requiere de personal especializado y de recursos más costosos que la prevención primaria. La necesidad de utilizar procedimientos más complejos no excluye, en ningún momento, la aplicación de medidas de prevención primaria. Se realiza ante la presencia de neuritis aguda, úlceras plantares o perforante plantar, complicaciones oculares, dacriocistitis, lagofthalmos, úlceras corneales, catarata, glaucoma crónico, entre otros.

En el nivel terciario se trata ya de secuelas establecidas. Por tanto, lo que se pretende es restaurar capacidades perdidas, reconstruir segmentos deteriorados para propósitos funcionales, estéticos o detener el curso de un proceso invalidante.

#### 4.1.3 Control y seguimiento de los pacientes inscritos

Deben ser realizados por los responsables del programa control de lepra e implican las siguientes actividades:

◆ *Control médico*

El paciente clasificado como *paucibacilar (PB)*, debe recibir un control bimestral

desde el inicio del tratamiento y un control al final del mismo que incluye la evaluación de la discapacidad. Al final del tratamiento, el paciente se egresará y se le dará de alta por curación.

El paciente clasificado como *multibacilar (MB)*, debe recibir un control trimestral, es decir ocho controles totales luego del inicio del tratamiento y un control final al terminar el esquema de quimioterapia. Al final del tratamiento, el paciente se egresará y se le dará alta por curación.

◆ *Control por enfermería o por auxiliar*

Actividad mediante la cual se instruye y se vigila al paciente en el cumplimiento de la prescripción médica, especialmente del tratamiento supervisado; se evalúa el estado del paciente y se instruye en los procedimientos de prevención de las discapacidades.

En caso necesario debe remitirse al paciente a consulta médica.

*El paciente clasificado como paucibacilar (PB)*, debe recibir un control mensual, durante el tiempo que se encuentre recibiendo la quimioterapia (seis meses).

*El paciente clasificado como multibacilar (MB)*, debe recibir un control mensual, durante el tiempo que se encuentre recibiendo la quimioterapia (veinticuatro meses).

◆ *Entrega del tratamiento*

Mensualmente el paciente debe acudir al organismo de salud donde está siendo tratado para recibir la dosis supervisada de medicamentos, en presencia de algún funcionario de salud y llevar para ingesta autoadministrada en su domicilio el resto de medicamentos.

Al terminar la administración de la fase autoadministrada mensual el paciente debe regresar para recibir nuevamente el tratamiento supervisado y continuar así hasta cumplir el esquema correspondiente MB o PB.

◆ *Baciloscopia de control*

Tanto el paciente clasificado paucibacilar (PB) como el multibacilar (MB) deberán tener una baciloscopia de control al momento de completar el esquema de tratamiento.

◆ *Diligenciamiento del instrumento de Información*

El formulario para la inscripción del paciente o inicio del tratamiento de la lepra, deberá ser diligenciado en su totalidad, según instructivo.

Inmediatamente el paciente termine su tratamiento, se diligenciará en su totalidad el formulario para el seguimiento del tratamiento, según instructivo.

- Ficha individual e instructivo para el inicio del tratamiento de la lepra.
- Ficha individual e instructivo para el seguimiento del tratamiento de la lepra.

#### 4.1.4 Manejo de la lepra en casos especiales

◆ *Embarazo*

Los esquemas estandarizados de PQT se consideran seguros, tanto para la madre como para el niño y por ello deben continuarse sin modificaciones durante el embarazo.

◆ *Tuberculosis*

Los enfermos que sufren de tuberculosis y lepra exigen un tratamiento antituberculoso apropiado, además de la PQT estandarizada.

La Rifampicina estará incluida en ambos tratamientos y debe administrarse en las dosis requeridas para ambos.

◆ *Infección por VIH*

El tratamiento de un enfermo de lepra infectado por VIH es el mismo que el de cualquier otro paciente. Según la información disponible hasta ahora, la respuesta de ese enfermo a la PQT es análoga a la de cualquier otro enfermo de lepra y el tratamiento, incluido el de las reacciones, no requiere modificación alguna.

## 4.2 Colectiva

◆ *Visita epidemiológica de campo y búsqueda activa de casos* una vez se diagnostica un caso de lepra, la cual se realiza con funcionarios de epidemiología y del programa control de lepra, para evaluación y seguimiento de los convivientes. También se realiza búsqueda activa alrededor de los contactos extradomiciliarios cuando las condiciones epidemiológicas de la zona lo ameriten (prevalencia superior al tres por mil). Para este efecto se entiende:

- *Contacto*: es toda persona que tiene relación frecuente o permanente con un enfermo de lepra, en razón de trabajo, parentesco, estudios, etcétera, pero que no vive bajo el mismo techo. A todo contacto se le debe practicar un examen clínico anual.

- *Conviviente*: es toda persona que reside en la misma vivienda de un enfermo de lepra. Se les debe realizar examen clínico de piel, troncos nerviosos y ojos.

*La vigilancia de los convivientes* se hace mediante examen clínico de la piel, troncos nerviosos y ojos. Si lo hace el médico tiene por objeto establecer o no el diagnóstico de lepra. Si lo hace la enfermera o auxiliar, tiene por objeto establecer la sospecha de la lepra y enviarlo al médico para su definición.

A todo conviviente de enfermo multibacilar, se le practicará un examen clínico por año, durante el tiempo que el paciente permanezca en tratamiento.

A todo conviviente de enfermo paucibacilar, se practicará un examen clínico por año.

A los convivientes sólo se les realiza baciloscopia y biopsia si cumplen los criterios de caso probable.

*Aplicación de BCG a los convivientes*: si tiene cicatriz se aplica un refuerzo. Si no tiene cicatriz se colocará el BCG y un refuerzo a los seis meses, sin importar la edad.

◆ *Educación al paciente*

- *Autocuidado*: para evitar actividades de riesgo en las áreas corporales anestésicas y usar los elementos de protección durante y después de la PQT toda la vida.

- *Autoexamen diario de ojos, manos y pies* para identificar *signos de alarma* así:

- ◆ *Ojos*: enrojecimiento, dolor, fotofobia, sensación de resequeidad, ardor.

- ◆ *Manos*: área de hipoestesia o anestesia, quemaduras o heridas inadvertidas, posiciones anómalas de los dedos, pérdida de fuerza muscular.

- ♦ *Pies*: áreas de hipoestesia o anestesia, ampollas, úlceras, pérdida de fuerza, alteraciones en la marcha, desgaste inusual del zapato.
- Ante cualquiera de los anteriores signos de alarma:
  - ♦ Conocer y aplicar medidas de primeros auxilios.
  - ♦ Consultar oportunamente al organismo de salud
- ♦ *Educación a la familia y a la comunidad*
  - Lograr colaboración en la administración de la PQT y la aplicación de las medidas de prevención de discapacidades.
  - Para evitar la discriminación del paciente.
  - Para que conozca los *signos de alarma* en ojos, manos, pies y colabore con el paciente para un manejo oportuno.
  - Para que ayude al paciente en la aplicación de los procedimientos de prevención.

## 5. Indicadores

- ♦ Proporción de casos nuevos por tipo de lepra.
- ♦ Proporción de casos captados menores de 15 años.
- ♦ Proporción de casos captados mayores de 15 años.
- ♦ Proporción de contactos sintomáticos de piel o sintomáticos del sistema nervioso periférico captados en la investigación de campo.

## Bibliografía

1. OMS/OPS. Programa de acción para la eliminación de la lepra. Guía para la eliminación de la lepra como problema de salud pública. WHO/LEP/95.1. Ginebra. Primera edición. 1995.
2. Paul, E. M. Fine. Lepra. La epidemiología de un bacilo lento. PNSP/84-17.
3. OMS/OPS. Clavis Lombardi. El plan regional OPS/OMS para la eliminación de la lepra de las américas.
4. OPS. La eliminación de la lepra en las américas. Boletín Epidemiológico. Volumen 17, número 3. 1996.
5. OPS. La eliminación de la lepra en las américas. Boletín Epidemiológico. Volumen 1, número 4. 1996.
6. OMS/OPS. Programa de lucha contra la lepra. Preguntas y respuestas. WHO/CTD/LEP/91.3
7. Vélez, H.; Rojas, W.; Borrero, J.; Restrepo, J. Fundamentos de medicina. Enfermedades infecciosas. CIB. Medellín. Cuarta edición. 1991.
8. Ministerio de Salud-Programa de patologías infecciosas. Informe preliminar: guía de atención integral para la lepra. Bogotá. Julio de 1997.
9. Instituto Nacional de Salud. El laboratorio en lepra. Bacteriología y patología. Manual de procedimientos básicos. Bogotá, D. C. Diciembre de 1992.
10. Rodríguez, G.; Orozco, L. C. Lepra. Bogotá, D. C. 1996.
11. Ministerio de Salud. Guía de atención de lepra. 2000.

## FLUJOGRAMA PARA DEFINICIÓN DE CASO E INTERVENCIÓN EN LEPRA

