

Características de la lepra infantil en el Hospital Mennonita Km. 81

Characteristics of Leprosy in Children at the Mennonite Hospital at Kilometer 81

Samaniego G, Moreno LM, Wiens C.*

RESUMEN

Introducción: La Lepra infantil sigue siendo una patología poco descrita y sub valorada en la consulta diaria. El diagnóstico exige buena habilidad clínica porque las lesiones cutáneas son asintomáticas y pueden pasar desapercibidas. **Objetivo:** Presentar una casuística pediátrica y dar ponderancia a los criterios clínicos y epidemiológicos para el diagnóstico. **Material y Método:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Se evaluaron 88 historias clínicas asentadas en el archivo del Hospital Mennonita del Km. 81, ruta 2; desde enero de 2000 hasta junio de 2003, analizando edad, sexo, signo de detección, tiempo de evolución, baciloscopia, forma clínica y antecedentes de contactos. **Resultados:** El grupo de edad con mayor afectación fue el de 10 a 14 años (42%), en el sexo masculino (58%), la forma clínica predominante es la HT (Paucibacilar) 27 casos y la HB (multibacilar) 25 casos. En 73 casos se observó contacto familiar intradomiciliario. La clínica y la epidemiología fueron los pilares básicos del diagnóstico, pues la baciloscopia resultó negativa en el 78% de los casos. **Conclusión:** La lepra figura dentro de las enfermedades reemergentes en nuestro país y a nivel mundial, razón por la cual el pediatra debe pensar en ella para el diagnóstico diferencial ante un paciente con lesiones cutáneas y/o alteraciones sensitivas, y orientar el interrogatorio en la búsqueda de antecedentes familiares de la afección.

Palabras claves: Lepra, lesiones cutáneas, pediatría.

SUMMARY

Introduction: Leprosy in children remains a pathology that is little described, and is underestimated in routine examination. Diagnosis of leprosy requires superior clinical skills because the lesions of the skin are asymptomatic and can pass unnoticed. **Objective:** To present pediatric case material and offer considerations concerning clinical and epidemiological criteria for diagnosis. **Materials and Methods:** A retrospective descriptive study. We evaluated 88 patient records stored in the archives of the Mennonite Hospital loca-

ted at Kilometer 81, Route 2, Paraguay, from the time period of January 2000 until June of 2003, analyzing age, gender, clinical signs leading to diagnosis, time of progression, bacilloscopy the form of leprosy (lepromatous or tuberculoid), and history of contacts. **Results:** The most affected age group (42%) was that of ages 10- to 14-years of age, among males (58%), the most common form is tuberculoid, or paucibacillary leprosy (27 cases) and lepromatous, or multibacillary leprosy (25 cases). In 73 cases, intra-household contact was observed. Clinical examination and epidemiology were the primary tools for diagnosis, given that bacilloscopy was negative in 78% of patients. **Conclusion:** Leprosy is a disease that is re-emerging in Paraguay and around the world, for that reason pediatricians should consider it in differential diagnosis when faced with a patient with lesions of the skin or changes in sensitivity, and should ask questions to elicit any family history of the disease.

Key words: Leprosy, Differential Diagnosis, Medical History Taking, Pediatrics, Cutaneous Lesions, Paraguay

INTRODUCCIÓN

La lepra es una enfermedad crónica debida a la infección por *Mycobacterium leprae* y la reacción inmunológica del huésped. Los órganos más afectados son la piel y el sistema nervioso periférico; con frecuencia también afecta las vías aéreas superiores (1-3).

Se acepta que esta enfermedad, en su aparición no respeta edad, sexo, raza, condición social, ni clima. Basándose en ello se impone un minucioso examen de la piel en todo niño que presenta lesiones cutáneas compatibles y antecedentes familiares de lepra. Sólo pensando en la enfermedad, se hará más probable su diagnóstico.

En pediatría sigue siendo una patología poco diagnosticada y subvalorada por los mismos pediatras en la consulta diaria (4).

Puede presentarse en cualquier edad y las lesiones cu-

* Hospital Mennonita Km. 81. Itacurubi de la Cordillera, Paraguay.

táneas pueden ser únicas o múltiples. Las más frecuentemente vistas son: lesiones maculares (hipocrómicas o eritematosas), pápulas, nódulos, lesiones pápulo-nodulares, infiltración de piel, alopecia de cejas y pestañas (3,5,6).

Estas lesiones pueden o no ir acompañadas de trastornos de la sudación, alteración de la sensibilidad superficial en sus tres modalidades (táctil, dolorosa y térmica) o alteración del crecimiento del pelo. Se localizan preferentemente en la cara, región glútea, brazos, antebrazos, muslos y abdomen (3,4).

La transmisión de la enfermedad por contagio actualmente no se discute, la exposición directa y frecuente a un foco bacilífero intrafamiliar es el modo de transmisión más frecuente (3,5).

Los convivientes de un foco bacilífero sean niños o adultos muestran una respuesta variable, algunos adquieren la enfermedad en su forma benigna, otros lo hacen en su forma más grave y otros resisten la entrada y la multiplicación del bacilo. En el niño puede presentarse cualquiera de las formas clínicas de la lepra (3,4).

En cuanto al periodo de incubación de la enfermedad, no existe un patrón preciso, debido al desconocimiento exacto del inicio de la enfermedad, la sintomatología inicial es discreta y pasa habitualmente desapercibida. Se describe que varía de 9 meses a 20 años y el promedio es probablemente 3 a 5 años (4,7,8).

En esta enfermedad, la clínica y la epidemiología son los criterios básicos para el diagnóstico (4,5).

De los medios auxiliares la baciloscopia es de poca ayuda por ser negativa en un alto porcentaje de los casos. La mayoría de los estudios mencionan que la biopsia no es imprescindible para llegar al diagnóstico (9).

Basándose en criterios clínicos la OMS estableció la siguiente clasificación operativa que define el tipo y la duración de la administración de la poliquimioterapia (PQT):

- Las formas Hansen Intermedia (HI) y Hansen Tuberculoide (HT) se denominan paucibacilares (PB), cuando se detectan de 1 a 5 lesiones cutáneas e incluyen todos los casos con baciloscopia negativa.
- Las formas Hansen Lepromatosa (HL) y Hansen Bordeline (HB) se denominan multibacilares (MB), cuando se detectan más de 5 lesiones, e incluyen todos los casos con baciloscopia positiva (8).

OBJETIVO

- 1) Presentar una casuística pediátrica.
- 2) Ponderar los criterios clínicos y epidemiológicos para el diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisaron 88 historias clínicas del Hospital Menonita Km. 81. Itacurubi de la Cordillera, Paraguay, correspondientes a expedientes de "Controles de contactos", que acudían al servicio y de "Nuevas consultas" asentadas en la planilla del registro diario de atención.

El estudio es descriptivo, retrospectivo, desde enero de 2.000 hasta junio de 2.003. Se analizaron las variables:

1. Patrón epidemiológico: edad, sexo y contactos intrafamiliares.
2. Patrón clínico: Características de la lesión; tiempo de evolución de la lesión y formas clínicas de presentación.
3. Patrón laboratorial: estudio bacteriológico (baciloscopia)

RESULTADOS

El grupo etario de 10 a 14 años correspondió al de mayor frecuencia de presentación de la lepra, seguido del grupo de 15 a 18 años. Juntos representan el 76% de los casos (*Tabla 1*). Referido a presentación según sexo, el 58% correspondió al sexo femenino (*Tabla 2*).

Las lesiones cutáneas fueron variadas. En 43 pacientes (49%) correspondió a mácula con alteración de la sensibilidad, 20 pacientes (22%) presentaron pápula con alteración de la sensibilidad y 13 pacientes presentaron nódulo y alteración de la sensibilidad. En menor porcentaje presentaron infiltración de piel, alteración de la sensibilidad sin lesión cutánea y en un caso se observó parálisis poplíteica externa (*Tabla 3*).

El tiempo de evolución de las lesiones cutáneas hasta la primera consulta fue de 6 a 11 meses en 39 pacientes (44%), 0 a 5 meses en 22 pacientes (25%), 1 a 2 años en 16 pacientes (18%) y 3 a 5 años en 11 pacientes (12%) (*Tabla 4*).

En relación a las formas clínicas lo más frecuente fue la paucibacilar (31%) seguidas de las formas multibacilares (28%), indeterminadas (26%) y lepromatosas (15%) (*Figura 1*).

El contacto intrafamiliar con enfermos portadores de la enfermedad resultó negativo en el 83% de los casos. (*Figura 2*).

Dentro de la búsqueda bacteriológica tenemos que la Baciloscopia por frotis de Linfa cutánea fue negativa en 78% (69) de los casos y positiva en el 22% (19).

Tabla 1: Distribución por grupo etario.

Grupo etario /años	Nº pacientes	Porcentajes
0 - 4	4	4.5
5 - 9	17	19.5
10 - 14	37	42
15 - 18	30	34

Tabla 2: Distribución según sexo.

Sexo	Nº de pacientes
Masculino	51 (58%)
Femenino	37 (42%)

Tabla 3: Presentación clínica de lesiones cutáneas.

Signo de detección	Nº de pacientes	Porcentaje
Mácula + Alteración de sensibilidad	43	49 %
Pápula + Alteración de sensibilidad	20	22.7 %
Nódulo + Alteración de sensibilidad	13	14.7 %
Infiltración de piel + Alteración de sensibilidad	4	4.5 %
Alteración de sensibilidad	7	8 %
Parálisis poplitea externa	1	1 %

DISCUSIÓN

La lepra en la edad pediátrica no es muy frecuente en el periodo de lactantes, pero sí se describen casos que se inician en la edad preescolar y la adolescencia (1,2,10).

En este estudio el grupo etario comprendido entre los 10 y 14 años se presentó con mayor frecuencia al igual que otros estudios (1-6,8).

En esta serie se observó un ligero predominio del sexo masculino, con respecto al femenino, mientras que otros estudios señalan igual distribución para ambos sexos (1,3,6).

Tabla 4: Tiempo estimado de evolución de las lesiones hasta la primera consulta.

Tiempo de evolución	Nº de pacientes	Porcentaje
0 - 5 meses	22	25 %
6 - 11 meses	39	44.3 %
1 - 2 años	16	18.2 %
3 - 5 meses	11	12.5 %

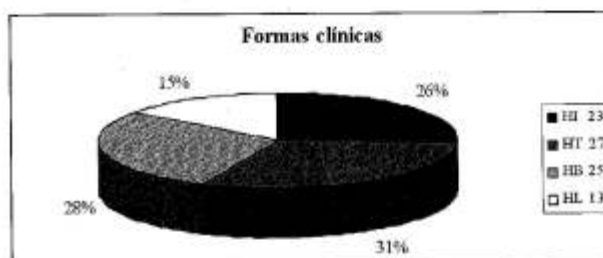


Figura 1: Formas clínicas. HI= Indeterminada. HT=Paucibacilar. HB= Multibacilares. HL= Lepromatosas.

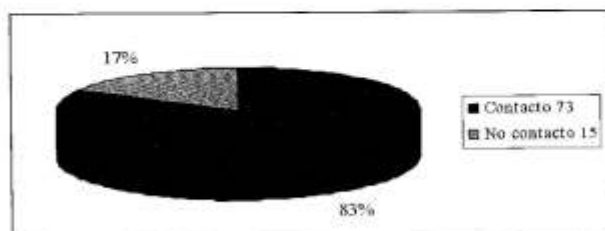


Figura 2: Contactos intrafamiliares.

El rango promedio en cuanto al tiempo de evolución de las lesiones cutáneas y la primera consulta fue de 6 meses a 1 año, no coincidiendo con otras fuentes que en promedio reportan de 3 a 5 años (1-5,8). Este tiempo bastante corto entre el inicio de la lesión y la consulta, probablemente se deba a la concentración de pacientes en un hospital instalado en un área geográfica de fácil acceso, y con una vigilancia óptimamente sensible para sospechar y detectar nuevos casos de lepra por el peditra debido al buen desarrollo del programa de control de la lepra en la institución y la atención dirigida ante el dato de "Contacto familiar de caso de lepra". Esto permitió además que las lesiones paucibacilares se diagnostiquen y predominen en esta serie.

En cuanto a la investigación laboratorial, la baciloscopia fue negativa en un alto porcentaje como en

otros estudios (4-6).

En relación al tipo de lesión se registró que la mácula hipopigmentada acompañada de alteración de sensibilidad a su nivel, fue la lesión inicial en la mayoría de los casos, seguida por la pápula y el nódulo, en concordancia con otros autores (4,8).

Tal vez la presencia de un área hipopigmentada sobre una piel morena en la mayoría de la población consultante, facilite la captación de este tipo de lesión.

Considerando las formas clínicas de presentación, se observó un predominio de las formas HT abarcando más de la cuarta parte de los casos; seguido por las formas HB poco frecuente antes de los 15 años, situación que coincide con otros estudios (3,5,11).

Se observó alto porcentaje de contagio intrafamiliar, coincidiendo con otros autores (1-5,8). La atención

dirigida a este patrón epidemiológico ayudó a la captación de los casos.

CONCLUSIÓN

En esta serie la lepra se presentó entre 10 a 14 años.

La lesión más frecuentemente encontrada fue la mácula hipopigmentada asociada a la alteración de la sensibilidad.

La forma clínica predominante fue la HT.

Se observó un alto porcentaje de contacto intradomiciliario.

La baciloscopia fue negativa en la mayoría de los casos.

La clínica y la epidemiología fueron los pilares básicos para el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dwight P. Lepra (enfermedad de Hansen). En: Behrman R, Kliegman R, Jonson H, editores. Nelson Tratado de pediatría. 16 ed. México: McGraw-Hill; 2001. p.985-89.
2. Meyers W. Lepra. En: Feigin R, Cherry J, editores. Tratado de Infecciones en Pediatría. 3 ed. México: Interamericana; 1995.p.1277-96.
3. Papale RM. Dermatitis Bacterianas. En: Larralde de Luna M. Dermatología Neonatal y Pediátrica. Buenos Aires: EDIMED; 1995.p.160-81.
4. Masi AG. Hanseniasis infantil. Asunción: editorial Manuel Ortiz Guerrero; 1976.
5. Rodríguez RA, Rodríguez G. Lepra en niños. En: Rodríguez G, Orozco L.C. Lepra. Santa Fé de Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 1996.p.116-18.
6. Thangaraj RH, Yawakar SJ. La lepra para médicos y personal sanitario. 3º ed. Suiza: CIBA - GEIGY; 1998.
7. Halsey, Marcuse, Peter, Pickering. Red Book. Enfermedades Infecciosas en Pediatría. 25º ed. Buenos Aires: Panamericana; 1994.
8. De las Aguas ST. La lepra, pasado, presente y futuro. En: De las Aguas ST. Epidemiología. Valencia: Generalitat; 1999.p.63-65.
9. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Departamento de Lepra. Manual de normas y procedimientos. Asunción: MSPBS; 2002.
10. Organización Panamericana de la Salud. Guía para la eliminación de la lepra como problema de Salud Pública. Ginebra: OPS/OMS; 2000.
11. Páez, M. La lepra o enfermedad de Hansen "tiene cura". Boletín Epidemiológico. 2002;(8)1-5.