Dermatología Argentina Vol. 31 Nº 1 Enero-abril de 2025: 25-29 ISSN 1515-8411 (impresa) ISSN 1669-1636 (en línea)

TRABAJOS ORIGINALES

Diagnóstico precoz de lepra conyugal. La importancia de citar a los convivientes

Early diagnosis of leprosy in spouses. The importance of calling cohabitants

Agustina Litter Moser[1], Julieta Fischer[2], Patricia Fernández Pardal[2], Esteban Maronna[3] y Viviana Leiro[4]

RESUMEN

La lepra, o enfermedad de Hansen, es causada por el bacilo *Mycobacterium leprae/Mycobacterium lepromatosis.* El contagio se produce a través de pacientes bacilíferos, afectando predominantemente a los convivientes. La patología inicialmente puede ser indolente. Ante un paciente con diagnóstico de lepra (o "caso índice") se cita a los convivientes en busca de un diagnóstico precoz. En caso de presentar lesiones cutáneas, se realizarán los estudios complementarios para arribar al diagnóstico. Si las mismas no se evidencian, se instaura la profilaxis posexposición con 600 mg de rifampicina única dosis en adultos. Se presentan dos casos clínicos de lepra conyugal de pacientes que fueron diagnosticadas luego de citarlas al control de sus convivientes.

Palabras clave: lepra, enfermedad de Hansen, *Mycobacterium leprae,* contagio, diagnóstico precoz, profilaxis, caso índice, convivientes, lepra conyugal.

Dermatol. Argent. 2025; 31(1): 25-29

ABSTRACT

Leprosy is caused by the bacillus Mycobacterium leprae/Mycobacterium lepromatosis. Contagion is through bacilliferous patients, predominantly affecting cohabitants. The pathology may initially be indolent. When a patient is diagnosed with leprosy (or "index case"), the cohabitants are summoned to make an early diagnosis. If skin lesions are present, complementary studies will be performed to arrive at a diagnosis. If these are not evident, post-exposure prophylaxis is instituted with 600 mg of rifampicin in a single dose. Two clinical cases of spousal leprosy are presented in patients who were diagnosed after being summoned for a control of cohabitants.

Key words: *leprosy, Hansen's disease, Mycobacterium leprae, contagion, early diagnostic, prophylaxis, index case, cohabitants, spuses.*

Dermatol. Argent. 2025; 31(1): 25-29

[1] Médica Concurrente de cuarto año
[2] Médica de Planta
[3] Médico Patólogo
[4] Jefa de la Unidad
Unidad de Dermatología, Hospital Francisco J. Muñiz, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Agustina Litter Moser
E-mail: agustinalitter.m@gmail.com
Fecha de trabajo recibido: 14/6/2024
Fecha de trabajo aceptado: 4/2/2025
Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

INTRODUCCIÓN

La lepra es una enfermedad infecciosa y crónica causada principalmente por *Mycobacterium leprae,* aunque también puede ser originada por *Mycobacterium lepromatosis* descripta recientemente. Es un bacilo ácido-alcohol resistente de lento crecimiento[1].

Está presente en más de 180 países. En 2023 se notificaron 182815 nuevos casos a nivel mundial (el 68,7% era multibacilar), en su mayoría reportados por la región de Asia Sudoriental. Los países con mayor reporte de casos son Brasil, India e Indonesia[2].

Si bien es poco contagiosa, la transmisión ocurre a través de pacientes bacilíferos, y afecta predominantemente a los convivientes por ser contacto estrecho y prolongado[1].

El período de incubación puede extenderse hasta más de 5 años. Compromete la piel, los nervios peri-

féricos, las mucosas de la vía respiratoria superior, los ojos y, en casos más severos, puede afectar a algunos órganos internos[3].

El diagnóstico suele retrasarse por la escasez de los síntomas en sus etapas iniciales (y, por lo tanto, el paciente no acude a la consulta), así como por el desconocimiento de esta enfermedad por parte de los profesionales del sistema de salud, lo que conlleva en ambos casos a un diagnóstico tardío[4].

Ante un paciente con diagnóstico de lepra (o "caso índice") se cita a los convivientes para examinar todo el tegumento. Si presentan lesiones cutáneas, se realizarán los estudios complementarios para arribar a un diagnóstico temprano. Si las mismas no se evidencian, se instaura la profilaxis posexposición con 600 mg de rifampicina única dosis (en adultos)[5].

Se presentan dos casos clínicos de lepra conyugal de pacientes que fueron diagnosticadas luego de citarlas al control de sus convivientes. La lepra conyugal, como describe su nombre, es el contagio entre cónyuges. A pesar de ser necesario un contacto muy estrecho y duradero entre un paciente bacilífero y su cónyuge genéticamente predispuesto, se trata de una transmisión muy poco frecuente[6].

SERIE DE CASOS

Caso clínico 1

Mujer de 62 años, oriunda de Paraguay, sin antecedentes patológicos referidos, fue evaluada junto con sus dos hijos porque su cónyuge había sido diagnosticado con lepra *borderline* lepromatosa con síntomas un año previo a la consulta. En la evaluación del grupo familiar, los hijos no presentaban lesiones. En el caso de la paciente, se evidenciaron dos placas levemente eritematosas, anestésicas, no infiltradas, de 2 a 3 cm de diámetro en el brazo izquierdo y en el muslo homolateral (Fotos 1 y 2). En este caso, se indicó a los hijos la profilaxis posexposición con rifampicina 600 mg única dosis (ajustada al peso y edad en ambos casos)[5] y a la paciente se le realizaron estudios complementarios para su estudio (Tabla 1). El estudio histopatológico de ambas lesiones reveló: dermis con infiltrados inflamatorios de disposición perivascular, perianexial y perineural, constituidos por histiocitos y linfocitos que conformaban granulomas y comprometían el 35% de la superficie de corte de la biopsia del brazo y el 15% de la biopsia de la pierna (Foto 3). No se identificaron BAAR con la técnica de Ziehl-Neelsen.

Con estos estudios complementarios se confirmó el diagnóstico de lepra tuberculoide y se inició el esquema de la Organización Mundial de la Salud (OMS, Tabla 2) con resolución *ad integrum* de las lesiones cutáneas luego de las 6 tomas correspondientes[7].

Con respecto al caso índice, hasta el momento realizó 14 tomas de la OMS por persistir baciloscopia positiva postratamiento. Presentó resolución de las lesiones en la piel, y continúa con parestesias y alteración de la sensibilidad en los miembros inferiores (discapacidad grado 1).

FOTOS 1 y 2: Se evidencian placas levemente eritematosas, anestésicas, no infiltradas, de 2 a 3 cm de diámetro, en el brazo izquierdo y en el muslo homolateral.

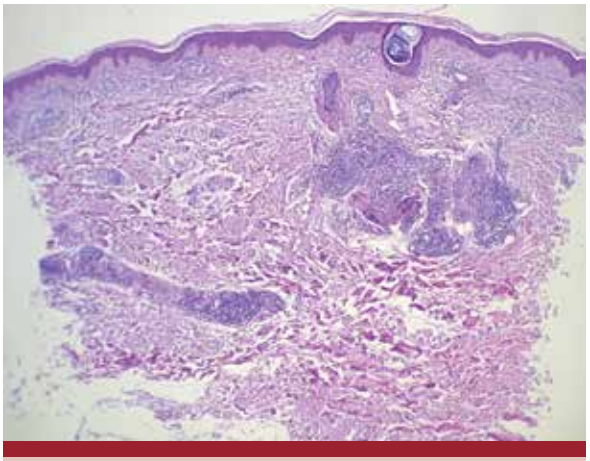

FOTO 3: Biopsia de piel. Dermis con infiltrados inflamatorios de disposición perivascular, perianexial y perineural (HyE, 40x).

Caso clínico 2

Mujer de 31 años, oriunda de Chaco, sin antecedentes patológicos referidos, fue citada al control junto con sus hijos porque su cónyuge había sido diagnosticado de lepra lepromatosa en otro centro en el cual cumplió tratamiento por 12 meses y recientemente había iniciado seguimiento en nuestro centro.

Al examen físico ambos hijos no presentaban lesiones. En el caso de la paciente, se observó en la cara posterior del tobillo derecho, a nivel del tendón de Aquiles,

una placa anular eritematosa con pequeños tubérculos en su periferia y centro claro de aproximadamente 8 cm de diámetro (Foto 4); una lesión de similares características se repetía en la cara externa de la pierna contralateral (Foto 5). Refirió 7 años de evolución con períodos de remisiones y recurrencias sin diagnóstico previo. Además, tenía múltiples cicatrices de heridas y quemaduras en ambas manos secundarias a la falta de sensibilidad que tenía en los cuatro miembros (discapacidad grado 2)[8]. No presentaba estigmas faciales.

En este caso, al hijo mayor se le indicó la profilaxis posexposición con rifampicina 600 mg única dosis y 300 mg para la hija menor (ajustada según la edad en ambos casos)[5], mientras que a la paciente se le realizaron exámenes complementarios para su estudio (Tabla 1).

En la histopatología de ambas lesiones se observó: dermis con infiltrados inflamatorios de disposición perivascular y perianexial, constituidos por histiocitos epitelioides que conformaban granulomas y algunos linfocitos, que comprometían el 30% de la superficie de corte de la biopsia de la pierna y el 35% de la biopsia del tobillo (Foto 6). No se identificaron BAAR con la técnica de Ziehl-Neelsen.

Con el diagnóstico de lepra tuberculoide se inició el esquema de la OMS (a realizar 6 tomas mensuales) (Tabla 2). La paciente realizó solo 2 meses de tratamiento, con posterior abandono del seguimiento. Por otro lado, su cónyuge (caso índice) logró continuar por 12 meses más, ausentándose en los controles posteriores.

FOTO 4: Se evidencia lesión en la cara posterior del tobillo derecho. Placa anular eritematosa con pequeños tubérculos en su periferia y centro claro de aproximadamente 8 cm de diámetro.

FOTO 5: Lesión en la pierna izquierda.

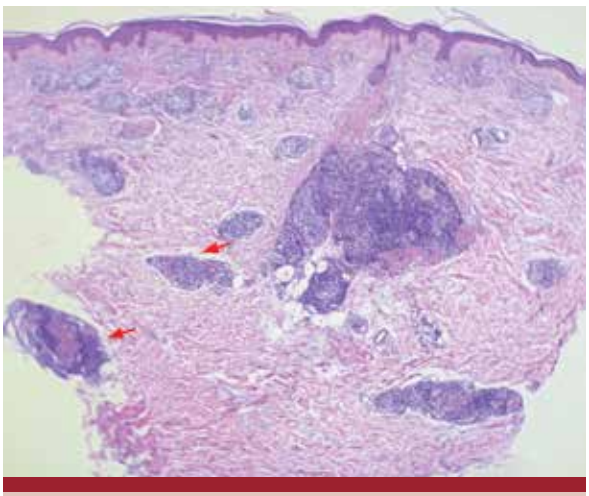

FOTO 6: Biopsia de piel. Dermis con infiltrados inflamatorios de disposición perivascular, perianexial y perineural, formando granulomas (flecha roja) (HyE, 40x).

Laboratorio	Glucemia: 295. Colesterol total: 272. Triglicéridos: 335	Hemoglobina 11,6 g/dl
Serologías HTLV, VIH, hepatitis C, hepatitis B, sífilis	No reactivas	
Baciloscopia	Negativa	
Histopatología	Granulomas perivasculares, perianexiales y perineurales	

TABLA 1: Exámenes complementarios solicitados a ambas pacientes.

Droga	Dosis mensual supervisada	Dosis diaria domiciliaria
Rifampicina	600 mg	-
Clofazimina	300 mg	50 mg
Dapsona	100 mg	100 mg

TABLA 2: Tratamiento: esquema de la Organización Mundial de la Salud.

		Lepra tuberculoide	Lepra lepromatosa	Lepra *borderline* lepromatosa
Clínica	Piel	Placas anestésicas definidas eritematosas o con centro claro, alopécicas y anhidróticas	Mácula color "hoja seca" de límites difusos. Tubérculos. Estigmas en la cara	Máculas, pápulas, placas infiltradas de color y límites imprecisos, recorte de hostia. Sin estigmas en la cara
	SNP	Oligomononeuritis asimétrica	Simétrico bilateral. Trastornos tróficos en los miembros por pérdida de la sensibilidad	Neuritis aguda
	Mucosas	Sin compromiso	Perforación del tabique nasal, desviación de la úvula, compromiso de la laringe	Sin compromiso
Histopatología		Granulomas perivasculares, perianexial y perineural	Células de Virchow perivascular, perianexial y perineural. Zona de Grenz	Infiltrados linfohistiocitarios perivascular, perianexial, perineural
Baciloscopia		Negativa	Positiva	Mayormente positiva

SNP: sistema nervioso periférico.

TABLA 3: Resumen de las distintas formas clínicas de lepra.

COMENTARIOS

La lepra contraída de una pareja con la que se convive se denomina lepra conyugal[9]. En 2022 la Argentina notificó 142 nuevos casos[2], de los cuales un 7% correspondió a lepra conyugal[10].

Frente a un caso índice de lepra se cita a los convivientes o familiares más cercanos con el fin de realizar un diagnóstico precoz para evitar el avance de la enfermedad y la consecuente aparición de secuelas. El tratamiento específico cura la patología y elimina el bacilo, pero no trata la discapacidad.

Es importante que el paciente les comente a sus contactos más cercanos acerca de la enfermedad que padece para citarlos, y realizar un examen de piel con el fin de lograr un diagnóstico precoz y frenar la transmisión y, de esta forma, disminuir la discapacidad a futuro. No solo el paciente debería hacer eso, sino que el equipo médico tratante tendría que educar al paciente y orientarlo cómo hacerlo. Para esto, se debe concientizar a la población acerca de esta patología (cuyo tratamiento es gratuito y efectivo), ya que el estigma y la discriminación prevalecen hoy en día por la falta de información. En la Argentina una forma de lograr dicha comunicación es a través de la campaña nacional de lepra[11] de concientización y educación que se realiza la primera semana de octubre y tiene como eje el Día mundial de la lepra (último domingo de enero).

Si el conviviente no presenta lesiones en la piel, se procede a dar la profilaxis posexposición con rifampicina 600 mg única dosis (dosis en adultos)[5]. Si tiene lesiones sugestivas de lepra, los estudios complementarios que se realizan incluyen biopsia de piel con impronta y baciloscopia (extendido en fresco de puntos índices fríos donde se espera encontrar el bacilo: mucus nasal, codos, rodillas, glúteos, dedos y lóbulo de las orejas)[12]. En algunos centros también se realiza PCR[13].

La principal vía de contagio de esta enfermedad es a través de las secreciones de la vía respiratoria y posiblemente por contacto directo[10].

Para que una persona contraiga la enfermedad, debe ser vulnerable y estar en contacto estrecho y prolongado (más de 20 horas semanales por al menos 3 meses al año)[5] con un paciente con diagnóstico de lepra multibacilar no tratado.

Pueden pasar 5 años desde que la persona entra en contacto con el bacilo y el desarrollo de las lesiones en la piel, las cuales al principio pueden ser imperceptibles, presentando una o más máculas eritematosas o hipocrómicas, con hipoestesia y anhidrosis. Esta es la forma de inicio de la enfermedad llamada "lepra indeterminada". En este período el paciente no suele consultar. De acuerdo con la inmunidad del huésped, conforme avanza la enfermedad, puede virar hacia el polo lepromatoso o al tuberculoide (Tabla 3), y de esto dependerá la manifestación clínica[1].

En la lepra lepromatosa hay activación del perfil Th2, con una replicación constante de bacilos que afecta no solo la piel, sino además los nervios periféricos, las mucosas y los órganos internos, generando secuelas y una gran discapacidad si no se trata a tiempo. En el caso de la lepra tuberculoide, hay activación del perfil Th1 que conduce a una adecuada respuesta celular y activación macrofágica con la consecuente destrucción bacilar[14]. Solo se comprometen los nervios periféricos y la piel. En esta última se evidencian escasas placas de bordes netos, eritematosas o con centro claro, anestésicas y asimétricas (Foto 1). El compromiso neural precoz genera una oligomononeuritis asimétrica, llevando a la anestesia.

El tratamiento de primera línea es el esquema de la OMS (Tabla 2) que se distribuye gratuitamente a nivel mundial. Para la lepra paucibacilar (menos de 5 lesiones y baciloscopia negativa) son 6 meses y para la multibacilar (más de 5 lesiones o baciloscopia positiva) 12 meses. También existen otros tratamientos alternativos[7].

En la antigüedad, debido a la falta de conocimiento y de tratamiento farmacológico, el contagio era mayor. En la actualidad se cuenta con un mayor conocimiento acerca de esta enfermedad: se sabe acerca de su baja contagiosidad entre cónyuges, y que el embarazo es totalmente posible ya que el esquema de la OMS está aprobado durante el mismo, así como en la lactancia[15]. Sin embargo, aún llama la atención que un gran porcentaje de cónyuges no se contagie, aunque comparta un mismo contexto social y mantenga un contacto estrecho y prolongado[10].

CONCLUSIONES

Se presentan dos casos de pacientes que fueron diagnosticadas tempranamente con lepra tuberculoide al acudir al control de sus convivientes. Se destaca la importancia de la búsqueda activa, ya que de otra forma estas pacientes no hubieran consultado por dichas lesiones. La lepra es una de las principales causas infecciosas de discapacidad, por lo tanto, es fundamental citar a los convivientes, y realizar un diagnóstico precoz e instaurar un tratamiento oportuno para brindar una mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eichelmann K, González-González SE, Salas-Alanis JC, Ocampo-Candiani J. Leprosy. An update: definition, pathogenesis, classification, diagnosis, and treatment. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104: 554-563.
2. World Health Organization. Global leprosy (Hansen disease) update, 2023: Elimination of leprosy disease is posible. Time to act! Weekly epidemiological record. 2024. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9937-501-521.
3. Maymone MBC, Laughter M, Venkatesh S, Dacso MM, *et ál*. Leprosy: clinical aspects and diagnostic techniques. *J Am Acad Dermatol*. 2020;83:1-14.
4. Blanco-Córdova CA, Cangas-García T. Lepra: impacto psicosocial. *Enferm Glob*. 2012.11:287-298. [Consultado: 12 de octubre 2024].
5. World Health Organization. Lepra/enfermedad de Hansen. Seguimiento de contactos y profilaxis posterior a la exposición. Orientación técnica. 2020. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789290228073. [Consultado: 12 de junio 2024].
6. Meléndez E, Fuentes J, Rodríguez G. Lepra conyugal. *Rev Salud Pública*. 2006;8:24-32.
7. World Health Organization. Directrices para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la lepra 2018. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274127/9789290227007-spa.pdf. [Consultado: 12 de junio 2024].
8. World Health Organization. Consejo Ejecutivo. Lepra (enfermedad de Hansen). Informe de la Secretaría. 2010. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB128/B128_16-sp.pdf. [Consultado: 6 de junio 2024].
9. Mehta V, Vasanth V, Balachandran C. Conjugal leprosy: a rarity. *Dermatol Online J*. 2010;16:15. [Consultado: 5 de mayo 2024].
10. Ministerio de Salud de la Nación. Boletín N° 7: Tuberculosis y lepra en la Argentina 2024. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/boletin_tuberculosis_2024_1642024.pdf. [Consultado: 12 de febrero 2024].
11. Sociedad Argentina de Dermatología. 25° Campaña nacional de educación y prevención de la lepra 2024. Disponible en: https://sad.org.ar/campana-nacional-de-educacion-y-prevencion-de-la-lepra/.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilâncla em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase. Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_procedimentos_tecnicos_corticosteroides_hanseniase.pdf. [Consultado: 12 de junio 2024].
13. Guerrero MI, Arias MT, Garcés MT, León CI. Developing and using a PCR test to detect subclinical *Mycobacterium leprae* infection. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11:228-234.
14. Vaquero N, Mussari C, Girard-Bosch MC. Modelo natural de dicotomía TH1-TH2. La enfermedad de Hansen. *Rev Argent Dermatol*. 2010;91:00-00. [Consultado: 12 de junio 2024].
15. Ozturk Z, Tatliparmak A. Leprosy treatment during pregnancy and breastfeeding. A case report and brief review of literature. *Dermatol Ther*. 2017;30:10.