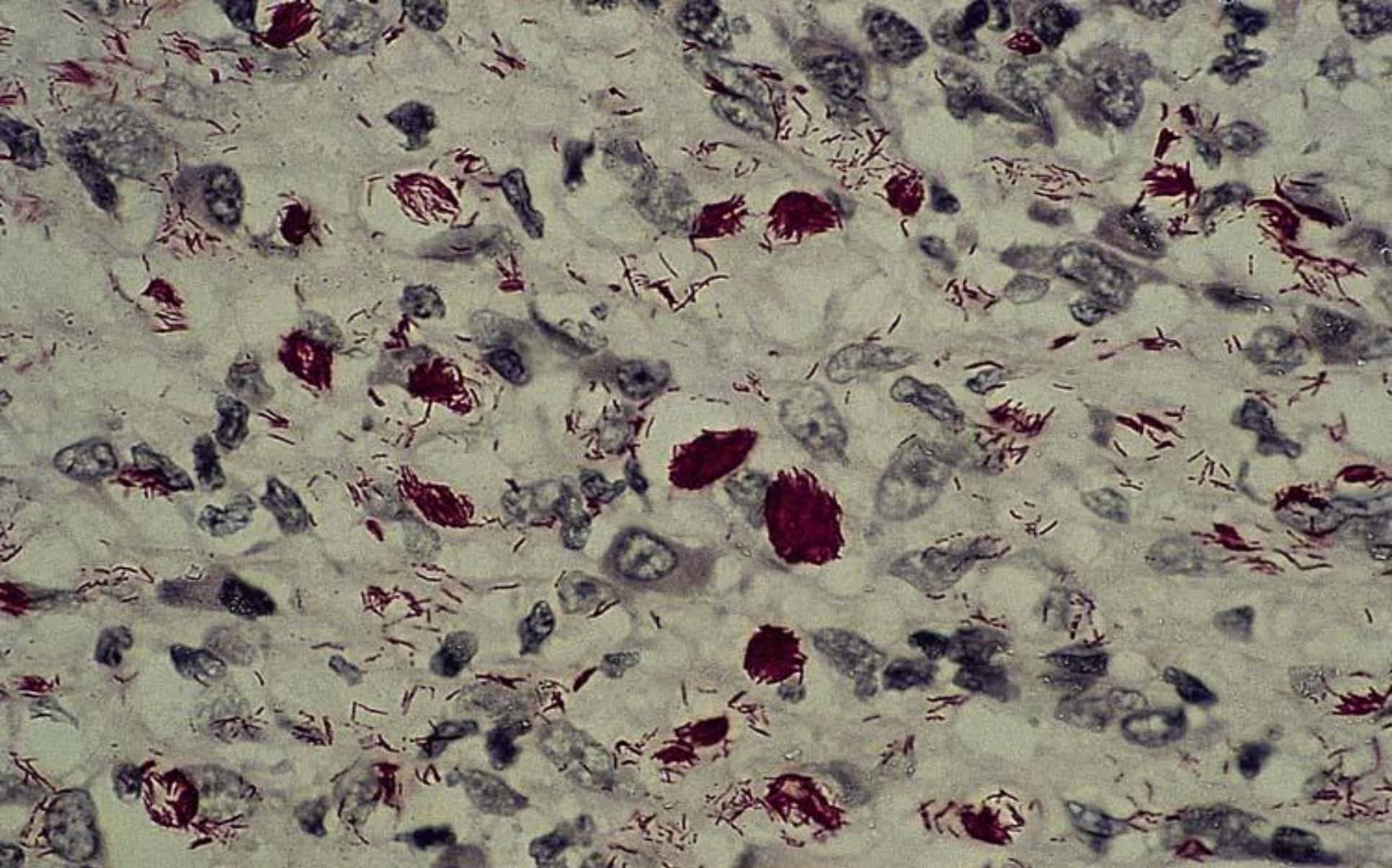


LEPRA .TRATAMIENTO

Dra. Daysi Mabel Pinto L.

CONCEPTO

- ES UNA ENFERMEDAD GRANULOMATOSA, CRÓNICA, INFECTO-CONTAGIOSA, SISTEMICA, NO HEREDITARIA E INMUNOMEDIADA, QUE ES PRODUCIDA POR EL MYCOBACTERIUM LEPRAE, QUE ATACA PRIMARIAMENTE A LOS NERVIOS PERIFERICOS Y CON POSTERIORIDAD A LA PIEL Y OTROS TEJIDOS.



L. LEPROMATOSA (BACILOS ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTES EN GLOBIS)

LEPRA

- Historia:
- I.- Pueblo Egipcio: milenios III y II A.C.
- Números 13,1 ; Job 2,7-8.
- II.- Hipócrates (430 – 360 A.C)
- “En la primavera son frecuentes algunas enfermedades: la Lepra, el Vitiligo, las erupciones con ulceraciones”



LEPRA

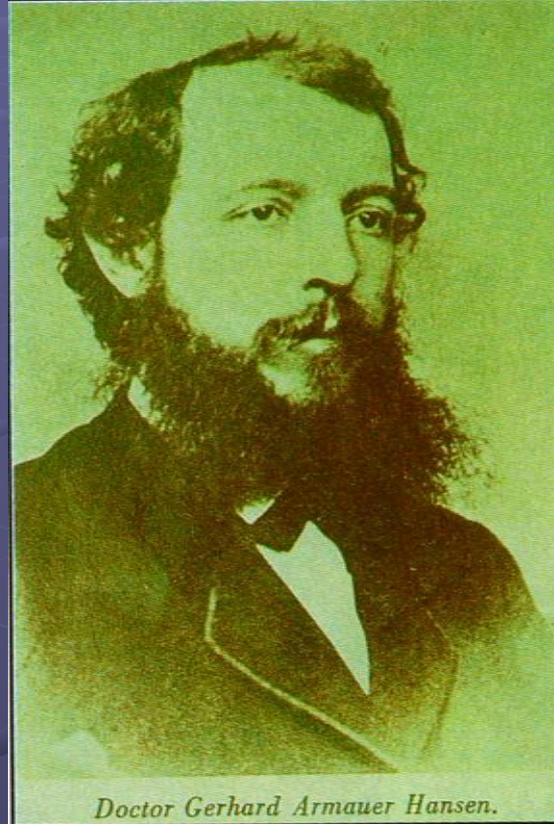
- III.- Griegos y Romanos:
- Areteo de Capadocia (siglo II):
Elefantiasis (Tubérculos).
- - Año 503 : asamblea de obispos Concilio de Lyon: “leproserías”
- - Gregorio de Tours (506): fundó la orden de San Lázaro (“leprosarios”).
- - Año 1321 Felipe V (Rey de Francia): reprimió un complot de leprosos.

LEPRA

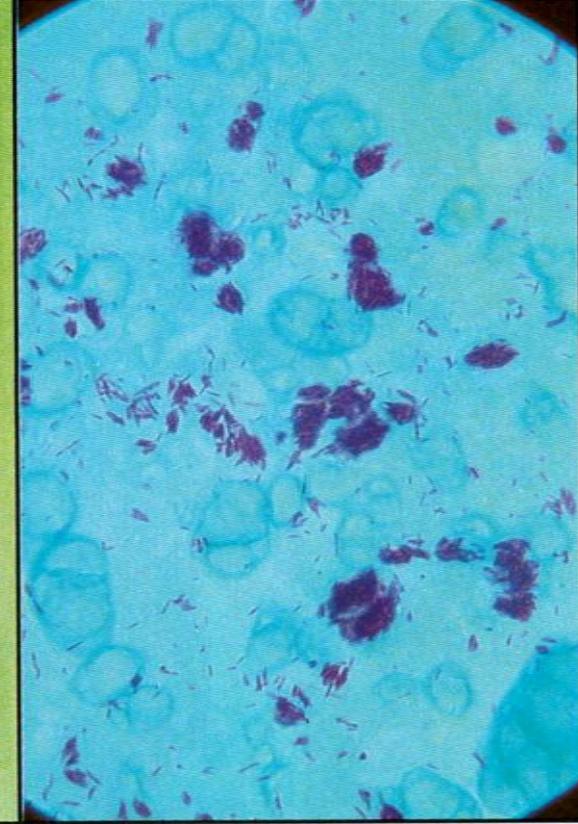
- - La Lepra fue introducida al Nuevo Mundo por los españoles (esclavos de Africa).
- - Variedades: “lepra negra”
● “lepra blanca”
- - Los médicos del siglo XIX:
- - Dermatólogo francés Cazanave: Lepra Fimatoide (griego fime, tubérculo) y la Lepra Afimatoide.

LEPRA

- VI. El descubrimiento del bacilo.
- Dr. Gerhard Armauer Hansen (1873)
- -Características de bacilo: *Mycobacterium leprae*.
- - La lepra es la más bacilífera de las enfermedades infecciosas (L. L.)
- - Es un mycobacterium, con algunas semejanzas con el B. Tuberculoso.



Doctor Gerhard Armauer Hansen.



LEPRA

- ENFERMEDAD POCO TRANSMISIBLE:
- - Índice de ataque no más del 5%.
- - Mecanismo de transmisión: hombre enfermo.
- - Lepra conyugal : 3 al 6%; convivientes es del 20 al 25%.
- -Rotberg: Factor N (natural de resistencia)

CLASIFICACIONES

CLASIFICACIÓN DE MADRID

- CLASIFICACIÓN DE RIDLEY AND JOPLING
- CLASIFICACIÓN DE LA OMS

DIMORFA

LL-----LT

INDETERMINADA

BL

BB

BT

LLp-----LTp

LLs

LTs

CLASIFICACIÓN DE MADRID

CLASIFICACIÓN	CLÍNICA	BACILOSCOPIA	HISTOLOGÍA	REACCIÓN. LEPROMINA
LEPRA LEPROMATOSA	MÁCULAS NÓDULOS ÚLCERAS INFILTRACION COMPROMISO NEURAL TARDÍO	POSITIVA	GRANULOMA LEPROMATOSO	NEGATIVA
LEPRA TUBERCULOIDE	MÁCULAS PÁPULAS COMPROMISO NEURAL TEMPRANO	NEGATIVA	GRANULOMA TUBERCULOIDE	POSITIVA
LEPRA INDETERMINADA	MÁCULAS	GTE NEGATIVA NO GLOBIS	INFILTRADO DE CÉLULAS MONO- NUCLEARES, PE- RIANEXIALES.	POSITIVA O NEGATIVA
LEPRA DIMORFA	MÁCULAS	GTE POSITIVA CASI NUNCA HAY GLOBIS	VARIA	NEGATIVA O DEBIL POSITIVA

CLASIFICACION DE RIDDLEY AND JOPLING

FORMA CLÍNICA	CLÍNICA	BACILOSCOPIA	HISTOLOGIA	TEST DE LEPROMINA
BL	*PLACAS *MÁCULAS *ENGROSAMIENTO NEURAL ASIMETRICO	POSITIVA RARAMENTE HAY GLOBIS	GRANULOMA DIMORFO CERCANO AL POLO LL	0 mm
BB	*PLACAS O MÁCULAS (BORDES INTERNOS BIEN DEFINIDOS Y EXTERNOS DIFUSOS). *ENGROSAMIENTO NEURAL ASIMETRICO	POSITIVA SIN GLOBIS	GRANULOMA DIMORFO	0 A 3mm
BT	*PLACAS *MACULAS *ENGROSAMIENTO NEURAL ASIMETRICO	POSITIVA O NEGATIVA	GRANULOMA DIMORFO CERCANO AL POLO LT	3-10mm

CLASIFICACIÓN CLÍNICA

- LEPRA PAUCIBACILAR

DE 1 A 5 LESIONES (ASIMÉTRICAS, DISESTÉSICAS)

- LEPRA MULTIBACILAR

CON MÁS DE 5 LESIONES (MÁS SIMÉTRICAS Y DISESTESICAS)

SI LA BACILOSCOPIA ES POSITIVA ES MULTIBACILAR

DAÑO NEURAL

- PB: AFECTA UN SOLO TRONCO NERVIOSO

- MB: AFECTA VARIOS TRONCOS NERVIOSOS



FASCIE LEONINA EN LL



NÒDULOS EN LL



NÓDULOS EN MUCOSAS NASAL Y LENGUA



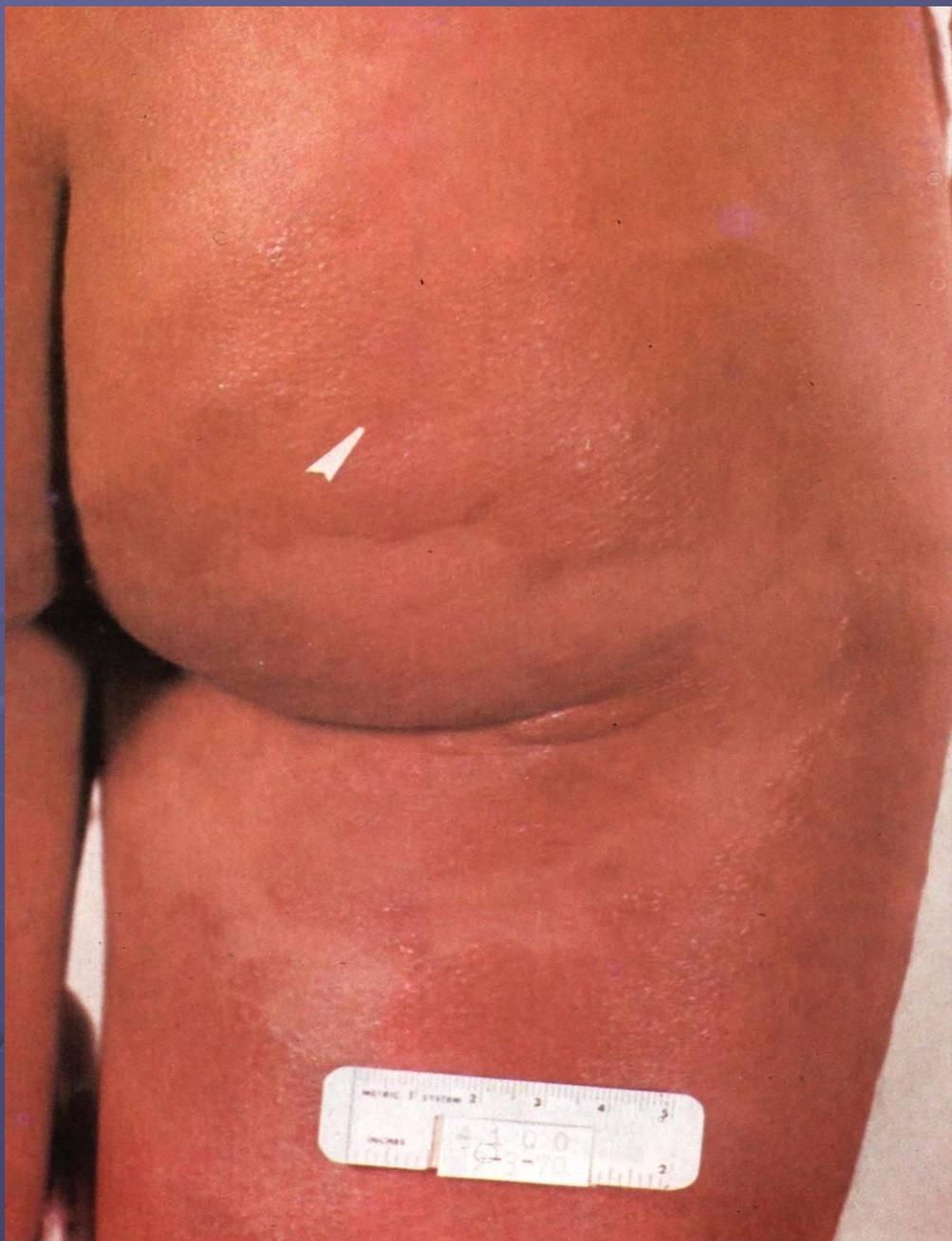
LEPRA TUBERCULOIDE



BORDERLINE LEPROMATOSA

**B
O
R
D
E
R
L
I
N
E**

**B
O
R
D
E
R
L
I
N
E**





BORDERLINE TUBERCULOIDE

Dra. Norma Mouriz, Dra. Raquel Fernandes, Dr. Sergio Hasbun

**I
N
D
E
T
E
R
M
I
N
A
D
A**
**L
E
P
R
A**



ESTADOS REACCIONALES

CONCEPTO

LOS ESTADOS REACCIONALES O REACCIONES LEPROSAS SON EPISODIOS AGUDOS O SUBAGUDOS EN EL CURSO CRÓNICO DE LA ENFERMEDAD, CARACTERIZADOS POR UN CONJUNTO DE SÍNTOMAS GENERALES Y LOCALES ,QUE ESTÁN DADOS POR UNA ALTERACIÓN INMUNITARIA EN EL PACIENTE

- Existen 2 tipos:

- - Tipo I:

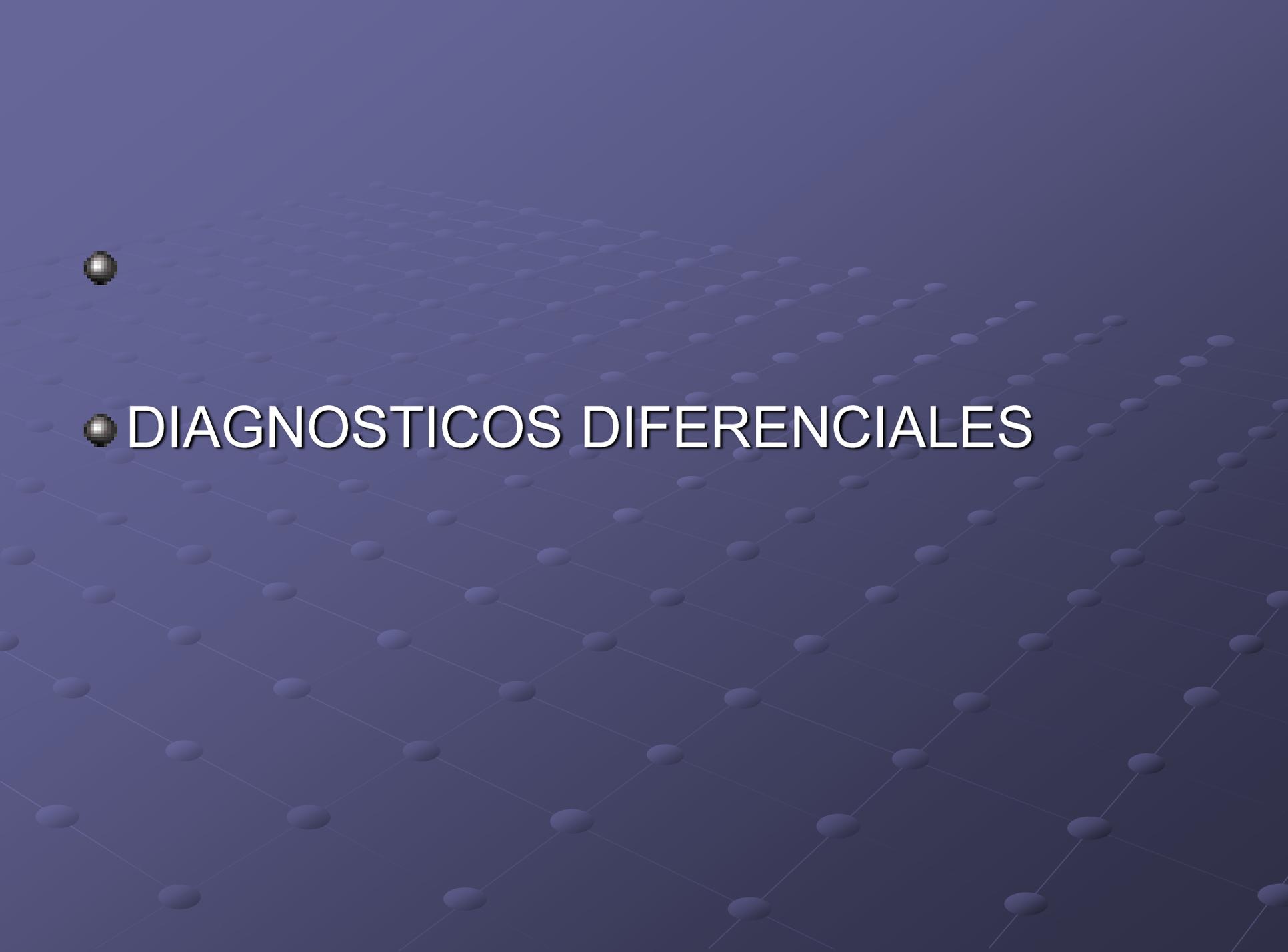
- Con disminución de la inmunidad mediada por células con recuperación de la inmunidad mediada por células.

- - Tipo II:

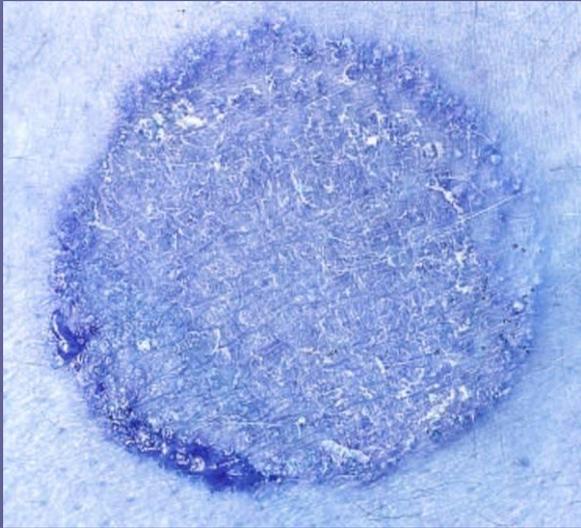
- - Eritema nudoso leproso

- - Fenòmeno de Lucio-Latapi

- - Eritema multiforme

The background features a 3D grid of light blue spheres connected by thin lines, receding into the distance. A single white sphere with a black outline is positioned to the left of the main text.

● DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES



TIÑA CORPORIS



P. ROSADA DE GILBERT

SARCOIDOSIS





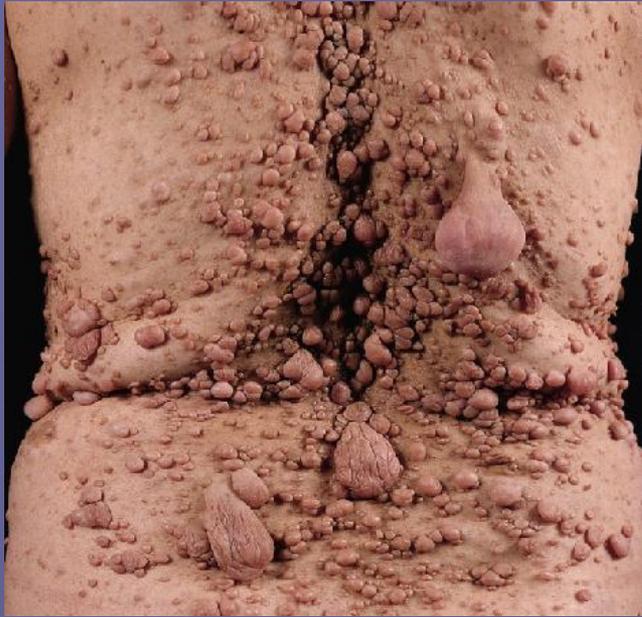
VITILIGO



P. VERSICOLOR



P. ALBA



NEUROFIBROMATOSIS



**LIQUEN PLANO
ANULAR**



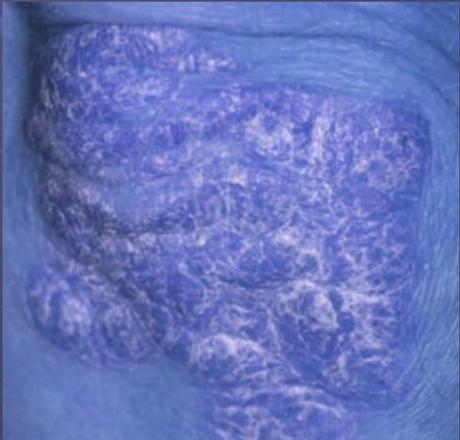
SÍFILIS NODULAR



GRANULOMA ANULAR



DERMATITIS DE CONTACTO



PSORIASIS

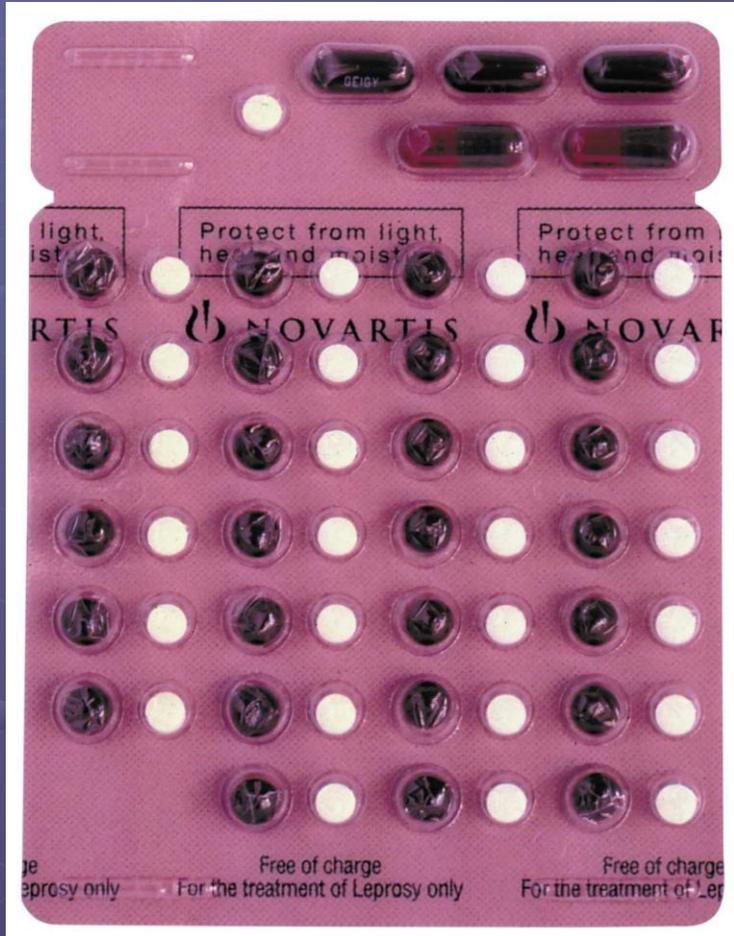
LEPRA

- Profesor Paul Gerson Unna (1850-1929): recomendó el uso de aceite de ginocardio (aceite de Chaulmoogra), era “pre-sulfónica”
 - - 1940 era “sulfónica”.
- - Inmunología de la Lepra. Reacción de Mitsuda (1923).
- - Las formas clínicas de la enfermedad:
- Congreso de Leprología de Madrid (1953).

LEPRA

TRATAMIENTO DE LA LEPRA

<u>Casos multibacteriales</u>	DDS	100 mg/día	} 2 años mínimo
Casos L y dimorfos	Clofazimina	50 mg/día	
	Rifampicina	600 mg/mes	
<u>Casos paucibacilares</u>	DDS	100 mg/día	} 6 meses mínimo
Casos T e I	Rifampicina	600 mg/mes	
	Prednisona	25 mg/día si hay neuritis	
<u>Reacción de reversa tipo 1</u>	Corticoesteroides	25-50 mg/día	
<u>Reacción leprosa tipo 2</u>	Talidomida	100-200 mg/día	
	Pentoxifilina	800 mg/día	
	Clofazimina	200 mg/día	
	Corticoesteroides limitados a casos con neuritis o mano reaccional.		





DAPSONA

- Bacteriostático. Interviene en la síntesis de ácido fólico provocando inhibición del crecimiento y multiplicación de la bacteria.
- Tabletas de 100 mg.
- Efectos adversos: leucopenia, anemia hemolítica y toxicidad hepática.
- Complementarios: hemograma, transaminasas y agregar ácido fólico.

RIFAMPICINA

- Bactericida. Inhibe RNA polimerasa.
- Efectos adversos: leucopenia, anemia, trombocitopenia, hepatotoxicidad.
- Inhibidor de: verapamilo, corticoides, anticoagulantes, hipoglicemiantes, ACO, barbitúricos, propranolol.

CLOFAZIMINA

- La **clofazimina** es un agente antimicrobiano que se utiliza asociado a otros fármacos como la rifampicina y la dapsona para el tratamiento de la lepra.
- Es efectivo contra la bacteria Mycobacterium leprae, agente causal de las distintas formas de esta enfermedad.

CLOFAZIMINA

- Fue sintetizado en el año 1954 por un equipo científico del Trinity College de Dublín para ser utilizado en el tratamiento de la tuberculosis.
- Sin embargo se desestimó su empleo por su ineficacia en esta enfermedad, hasta que en 1959 se demostró su utilidad en el tratamiento de la lepra.

CLOFAZIMINA

- Nunca debe utilizarse como agente único para el tratamiento de Lepra ya que induce resistencia a antibióticos.

CLOFAZIMINA

- Produce como efecto secundario una pigmentación oscura que afecta a la piel y la conjuntiva, la cual puede persistir varios meses después de la finalización del tratamiento.

LEPRA



Lepra lepromatosa difusa

LEPRA



FIG. 5-91. Reacción leprosa tipo eritema polimorfo antes del tratamiento.

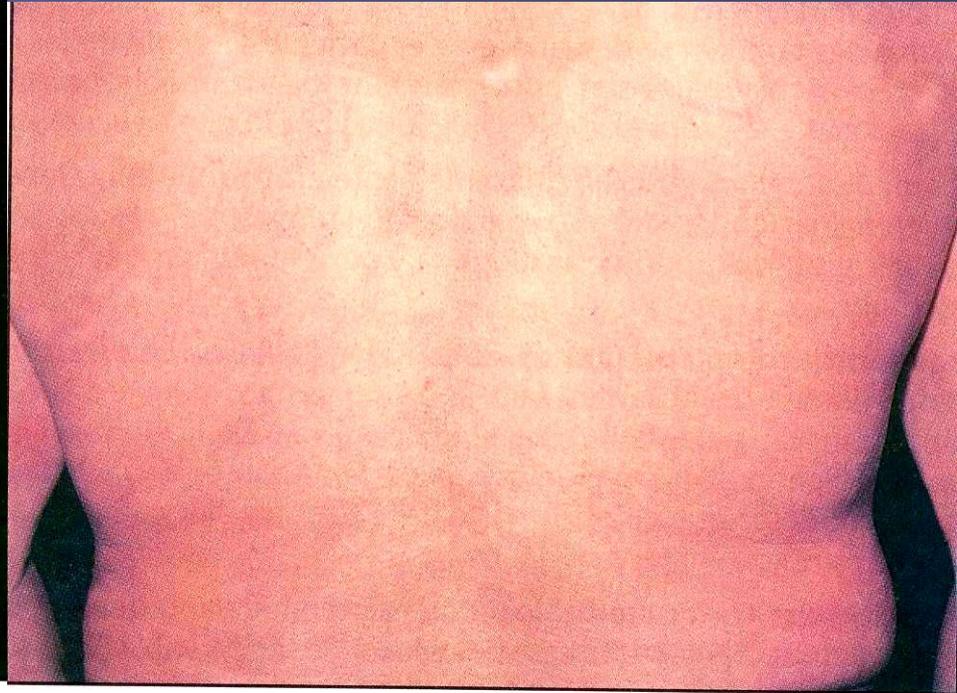


FIG. 5-92. Mismo paciente a los 10 días de tratamiento con talidomida.

LEPRA



FIG. 5-87. Caso lepromatoso nodular antes del tratamiento.



FIG. 5-88. Caso lepromatoso nodular a los 9 meses de tratamiento con poliquimioterapia.

LEPRA

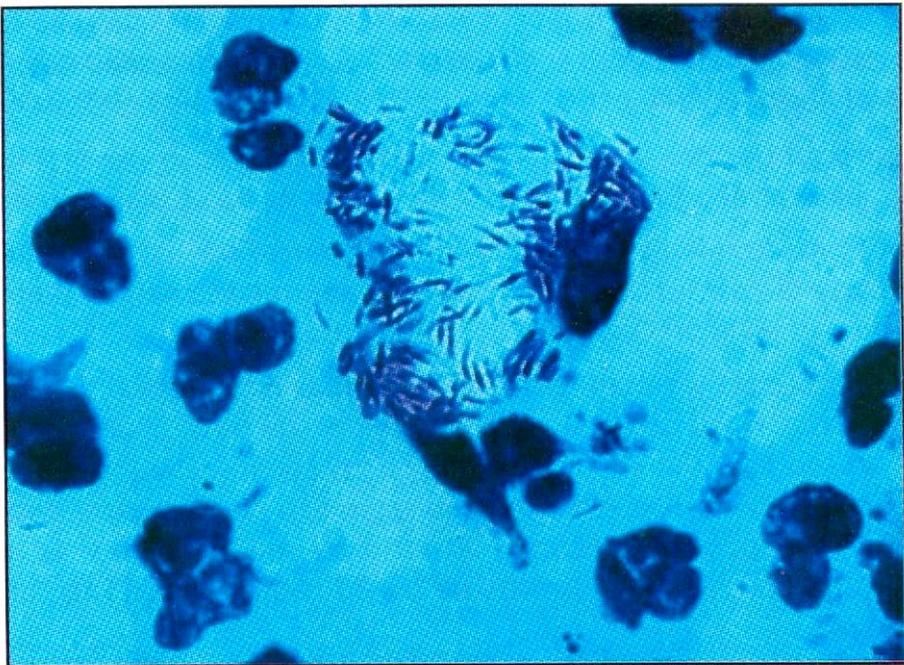


FIG. 5-89. Bacilos íntegros de un paciente lepromatoso antes del tratamiento.

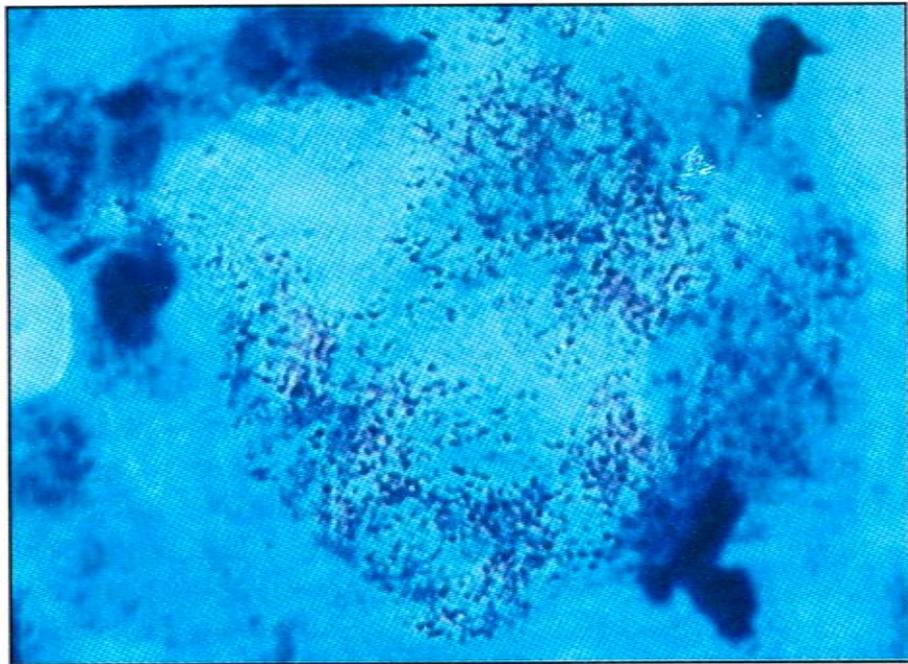


FIG. 5-90. Los bacilos en estado "granuloso" después de un año de poliquimioterapia.

LEPRA

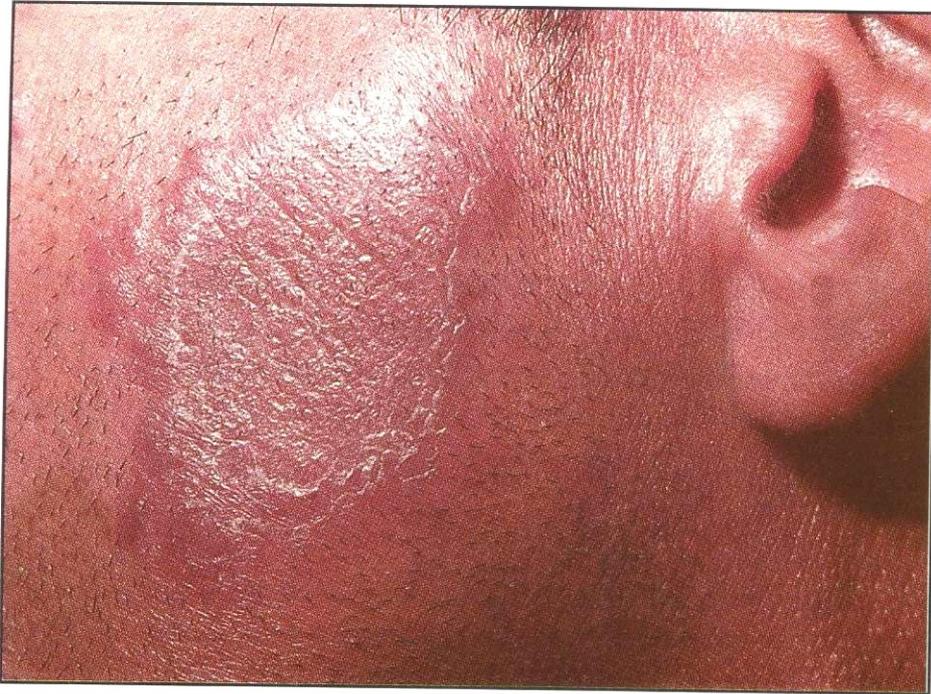


FIG. 5-85. Caso tuberculoide antes del tratamiento.

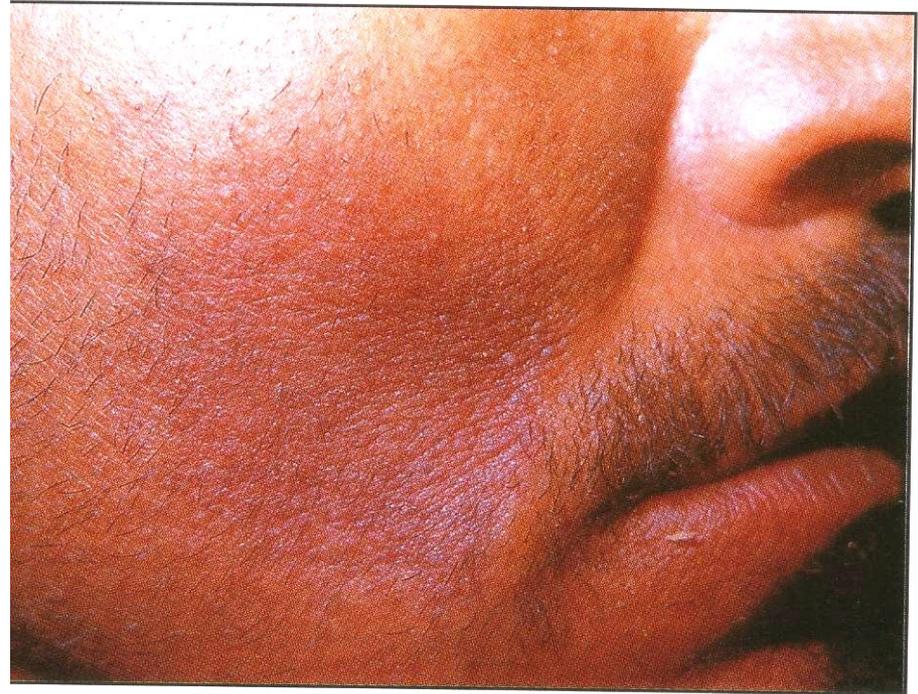


FIG. 5-86. Caso tuberculoide 6 meses después del tratamiento.

Gracias

