

Coinfección VIH/sida- Lepra HIV/AIDS and Leprosy Coinfection

José Luis Rodríguez Rojas¹

Yenisey Gleidis Mir García¹

Nieves Atrio Mouriño^{1*}

Yadira Susel Zayas Calás¹

Hianel Hernández Rodríguez¹

¹Hospital “Manuel Ascunce Domenech”. Camagüey, Cuba.

*Autor para la correspondencia: atrio.cmw@infomed.sld.cu

RESUMEN

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la lepra son enfermedades estigmatizadas por la sociedad. Se presenta un paciente masculino, de 24 años, con antecedentes de ser VIH positivo, que acude a consulta de Dermatología por presentar lesiones nodulares en miembros superiores y cara, no pican, ni duelen, algunas exulceradas, con una evolución de aproximadamente un año. Se constata cuadro cutáneo diseminado, caracterizado por la presencia de nódulos eritematosos, con trastornos de la sensibilidad, en número y tamaños variables. Se realiza biopsia de piel que confirma diagnóstico de lepra. Se presenta el caso por interesante que resulta la asociación de estas dos enfermedades en un mismo paciente.

Palabras clave: nódulo; lepra; sida.

ABSTRACT

Acquired immunodeficiency syndrome and leprosy are diseases stigmatized by society. The case is presented of a 24-year-old male patient with a clinical history of HIV who comes to the dermatology clinic for presenting nodular lesions in the upper limbs and face, with no itching or pain, some are exulcerated, with an evolution of approximately one year. A disseminated cutaneous picture is observed, which is characterized by the occurrence of erythematous nodules, with sensitivity disorders, in variable number and sizes. A skin

biopsy is performed, which confirms the diagnosis of leprosy. The case is presented because of the interesting association between these two diseases in the same patient.

Keywords: nodule; leprosy; AIDS.

Recibido: 20/02/2018

Aceptado: 12/03/2018

Introducción

La lepra es una enfermedad infecciosa producida por el *Mycobacterium leprae*, que afecta el sistema nervioso y la piel, así como determinados órganos y mucosas. Se transmite de una persona a otra, al parecer por contacto y por vía respiratoria.⁽¹⁾

Puerto Príncipe, nombre inicial de la provincia de Camagüey, es después de La Habana, la región de Cuba donde se detectan los primeros casos de lepra.⁽²⁾

Las manifestaciones en piel de la lepra tienen un amplio espectro de presentación, que van desde múltiples lesiones elementales como son manchas, placas, nódulos, que pueden ser observadas en un mismo individuo, hasta presentarse como únicas, escasas o diseminadas, por lo que es una afección que se inscribe en las fácilmente inadvertidas por un personal poco experimentado.⁽³⁾

La infección por VIH/sida afecta la inmunidad celular mediada por linfocitos T CD4+. Los pacientes portadores de VIH/sida, a los que se le diagnostica lepra, pueden presentar síndrome inflamatorio de reconstitución inmunitaria (SIRI) tras iniciar el tratamiento TARVAE (terapia antirretroviral de alta eficacia), y la mayoría de las veces reaccionan favorablemente al tratamiento con diaminodifenilsulfona y rifampicina.^(2,3,4,5)

Caso clínico

Se trata de un paciente masculino, de 24 años de edad, color de piel blanca, con el antecedente de ser VIH positivo, que marcó sida desde hace aproximadamente cinco años, para lo cual lleva tratamiento con TARVAE. Acude a la consulta de Dermatología de nuestro hospital 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 de miembros superiores y en cara, principalmente en la frente, pabellones auriculares y cejas (Fig. 1).



Fig. 1- Nódulos eritematosos localizados a nivel de la cara.

Algunas de las lesiones presentan exulceraciones centrales y en otras se observan costras hemáticas (Fig. 2).



Fig. 2 – Lesiones nodulares y exulceradas localizadas en pabellones auriculares.

Se constata además atrofia de la región tenar e hipotenar, nervios cubitales engrosados, no dolorosos, de forma simétrica y bilateral (Fig. 3).



Fig. 3 – Atrofia de las regiones tenar e hipotenar.

Complementarios realizados

- Hemograma con diferencia, eritrosedimentación, creatinina, TGP, TGO: Todos dentro de límites normales,
- VIH: Positivo,
- Baciloscopia: Codificación 6,
- Glucosa 6 Fosfato deshidrogenasa: Actividad enzimática normal,
- Biopsia de piel: Enfermedad de Hansen, variedad Lepromatosa. Fiti faraco positivo. IB 6 (Fig. 4).

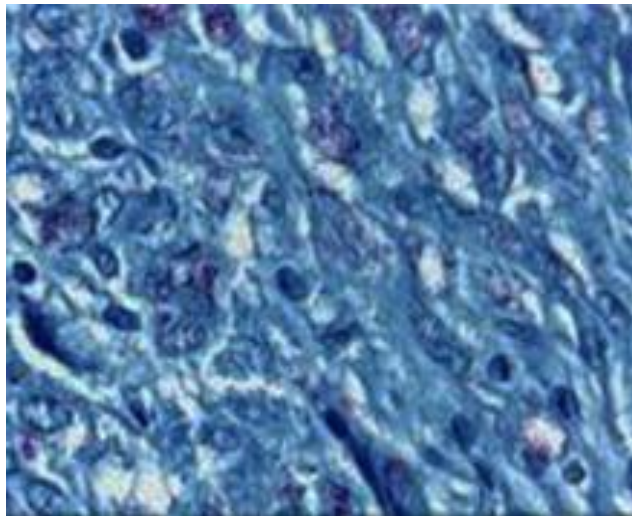


Fig. 4 – Fiti faraco positivo. Numerosos bacilos ácido alcohol resistentes.

Comentarios

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 multidrogoterapia disminuyó la incidencia pero no la erradicó, por el momento, no hay ningún instrumento técnico, ni en formación que justifique algún cambio drástico en las estrategias de control.⁽³⁾ 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.⁽⁴⁾

El síndrome inflamatorio de reconstitución inmunitaria afecta generalmente a individuos infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) 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 *Mycobacterium tuberculosis*, citomegalovirus e infecciones herpéticas, cuando la terapia con retrovirales ha logrado la reducción de la carga viral y un incremento en el número de linfocitos CD4.^(7,8,9)

Su 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 SIRS, 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 coinfección con VIH y *Mycobacterium leprae* se ha reportado de manera frecuente en regiones tropicales, la mayoría en Brasil y en África Sub-Sahariana, la epidemia del VIH parece no haber alterado sustancialmente la epidemiología de la lepra en estas regiones. La infección por el VIH parece no aumentar en forma significativa el riesgo de infectarse con *Mycobacterium leprae*, y la coinfección no predice un peor resultado.^(9,10)

En nuestro paciente se pudo comprobar la asociación entre estas dos enfermedades, por lo cual, aunque no es algo frecuente, debemos de pensar en ello cuando se nos presente un caso con estas características.

Referencias bibliográficas

1. Lee DJ, Rea TH, Modlin RL. Lepra. En: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI. Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General. 8 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. Revleprofontilles. 1990;17:547- 55.
3. Martínez Collado N, Valle Sánchez C, Sánchez Hernández K. Lepra lepromatosa: presentación de caso. Rev. Med. Electrón [Internet]. Jul- Ago 2012 [citado: 16/01/2018];34(4):[aprox. 6 p.]. Disponible en: 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 [Internet]. Sep.-Oct 2013 [citado: 16/01/2018];17(5):[aprox. 10 p.]. Disponible en: 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 [Internet]. 2011 [citado: 12/01/2018];15(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192011000100007&lng=es
6. Morano S, Morano M, Paredes SN, Iribas JL. Lepra en Santa Fé: Características clínico-epidemiológicas. Rev. argent. dermatol [Internet]. 2016 [citado: 12/01/2018];97(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2016000400004&lng=es
7. Alberts CJ, Smith S, 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 [Internet]. 2011 [citado: 12/01/2018];89: [aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S004296862011000700008 & script=sci_arttext&t](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S004296862011000700008&script=sci_arttext&t)

8. Del Arco Pasrchoal V, Tonelli Nardl S, Oliveira Cury MRC, Lombardi C, López Virmond MC, Dowrado Neta de Silva RM, et al. Creation of a data bank for sustainability of leprosy post elimination. Cienc saude colectiva [Internet]. 2011 [citado: 12/01/2018];16(1): [aprox 6 p]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v46n6/ao4048.pdf>
9. Giráo RJS, Ura S, Daolio A, Fleury RN, Opromolla DVA. Hanseníasetuberculoide em paciente com AIDS. An Bras Dermatol. 2005;80:360-3.
10. Couppié P, Abel S, Voinchet Hl. Immune reconstitution inflammatory syndrome associated with HIV and leprosy. Arch Dermatol. 2004;140:998-1000.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de ningún tipo con la elaboración de este documento.

Contribución de los autores

José Luis Rodríguez Rojas (seguimiento del paciente desde la primera consulta, organización de la información y confección del artículo).

Yenisey Gleidis Mir García (seguimiento del paciente, realización de la biopsia de piel del paciente y confección del artículo)

Yadira Susel Zayas Calás (realización de la biopsia de piel del paciente y organización de la información para la confección del artículo).

Hianel Hernández Rodríguez (búsqueda bibliográfica).

Nieves Atrio Mouriño (búsqueda bibliográfica y revisión final del artículo).