

REPORTE DE CASOS

Lepra lepromatosa. A propósito de un caso diagnosticado en Tierra del Fuego

Carla Cabrera¹ , Mariela Toledo¹ , Pablo Berenstein² , Juan Manuel Márquez³ .

RESUMEN

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica, endémica y ubicua. En el año 2000 la Organización Mundial de la Salud declaró la eliminación de la lepra como problema de salud pública a nivel mundial. Si bien la prevalencia ha disminuido drásticamente desde la instauración de la terapia con múltiples drogas, aún hay un número considerable de casos que aparecen en países del centro de África, India, China y Brasil (1, 2, 3). En la Argentina hay 400 casos anuales en tratamiento, y una focalización geográfica en provincias del noreste, noroeste y centro que concentran aproximadamente el 70% de los casos (4, 5). La importancia de reportar este caso en Tierra del Fuego se debe a que no es zona endémica de lepra y al no ser un problema de salud pública, es difícil su diagnóstico debido a que los médicos no la sospechan como posible diagnóstico diferencial dentro de las dermatosis (1).

Palabras clave: Lepra, baciloscopia, multibacilar, Tierra del Fuego.

¹ Área de Microbiología, Sanatorio San Jorge, Ushuaia, Tierra del Fuego, Argentina. 

² Laboratorio, Sanatorio San Jorge, Ushuaia, Tierra del Fuego, Argentina. 

³ Dermatología, Sanatorio San Jorge, Ushuaia, Tierra del Fuego, Argentina. 

Autora responsable para correspondencia:

Carla Cabrera. Gobernador Ernesto Campos 1382.
CP 9410. Ushuaia, Tierra del Fuego, Argentina.
carlav_cabrera@hotmail.com

Recibido: 4/9/25 **Aceptado:** 28/10/25

Introducción

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica causada por los bacilos ácido-alcohol resistentes del *Mycobacterium leprae* complex que incluye a las especies *Mycobacterium leprae* y *Mycobacterium lepromatosis* (1, 6). *M. leprae* y *M. lepromatosis* son organismos intracelulares obligados que se replican lentamente, crecen a una temperatura que oscila entre los 27 °C y 33 °C, y no crecen en medios de cultivos habituales. El mecanismo de transmisión depende del sistema inmune del huésped, del contacto estrecho y prolongado con una persona infectada a través de secreciones respiratorias, y es menos frecuente a través del contacto cutáneo y la transmisión vertical. El período de incubación suele oscilar entre 2 y 20 años, o más (2). La lepra tiene un reservorio en los armadillos y en otros animales (7, 8).

El curso clínico causado por ambas especies es indistinguible (6). Esta enfermedad afecta predominantemente la piel y los nervios periféricos, produciendo una neuropatía y consecuencias a largo plazo, como deformidades y discapacidad (1, 7). Las deformidades se pueden prevenir e inclusive la lepra se cura debido a que hay una combinación de antibióticos de alta eficacia que tiene una tasa de recaída a cinco años menor al 1%, previene la resistencia a la dapsona e induce una rápida disminución en la infectividad (4, 9).

Con fines epidemiológicos, de trabajo de campo y terapéuticos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado la lepra en paucibacilar y multibacilar. Se clasifica en multibacilar cuando presenta más de cinco lesiones cutáneas, o con afectación nerviosa (neuritis pura o neuritis más cualquier número de lesiones cutáneas), o con presencia probada de bacilos en un frotis por raspado de incisión cutánea, independientemente del número de lesiones cutáneas. Se clasifica en paucibacilar si presenta de una a cinco lesiones cutáneas, sin presencia probada de bacilos en un frotis cutáneo. Los casos paucibacilares se tratan durante seis meses, mientras que los casos multibacilares se tratan durante 12 meses usando diferentes regímenes de tratamiento (1, 7). Otra clasificación de lepra se basa en las manifestaciones clínicas, que se deben generalmente a la respuesta inmune del huésped a los bacilos, en lugar del daño directo por la invasión bacilar (Tabla 1) (6, 8).

La definición de caso se basa en la presencia de al menos uno de los tres signos principales: (i) pérdida clara de la

sensibilidad en una zona pálida (hipopigmentada) o rojiza de la piel; (ii) nervio periférico engrosado con pérdida de sensibilidad y/o debilidad de los músculos inervados por ese nervio; o (iii) presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes en un frotis de piel obtenido por hendidura (7, 8).

Tabla 1. Clasificación de Ridley-Jopling en base a las características clínicas de lepra

Clasificación	Descripción
Lepra indeterminada LI	Es la forma de inicio de la enfermedad. No hay afectación de mucosas ni órganos internos. Se presentan escasas máculas hipoestésicas netas, a veces hipocrómicas y/o eritematosas. La histopatología evidencia un infiltrado linfocitario perivascular, perianexial y perineural. La baciloscopia generalmente es negativa.
Lepra tuberculoide LT	Se caracteriza por afectación de piel y sistema nervioso periférico (SNP). No hay afectación de mucosas u órganos internos. Las lesiones cutáneas son escasas en número, de 2 a 5 placas de color definido, eritematosas o eritemato-hipocrómicas, con límite neto. La histopatología muestra un granuloma tuberculoide que rodea vasos, anexos y filetes nerviosos. La baciloscopia es negativa.
Lepra <i>borderline</i> tuberculoide BT	Lesiones asimétricas similares a la LT, pero son más numerosas y más grandes. Las lesiones son placas escamosas y secas con sensibilidad reducida. La afectación de los nervios periféricos es extensa, con alto riesgo de daño nervioso severo y discapacidad. La baciloscopia puede ser positiva.
Lepra <i>borderline</i> LB	Se caracteriza por numerosas placas anulares con un borde interno bien definido y un borde externo mal definido. Las lesiones son asimétricas con daño nervioso variable. La baciloscopia es positiva.
Lepra <i>borderline</i> lepromatosa BL	Se caracteriza por numerosas máculas, pápulas y placas asimétricas con bordes infiltrativos y curación central. Las placas, pápulas y nódulos pueden comenzar a parecerse a los observados en LL con la progresión de la enfermedad. Múltiples nervios periféricos se engrosan y es posible un daño nervioso severo. La baciloscopia es positiva.
Lepra lepromatosa LL	Se caracteriza por el compromiso generalizado de piel, mucosas, SNP y órganos internos. Las lesiones cutáneas son numerosas, simétricas, eritematosas a violáceas. Sin tratamiento, las lesiones progresan a máculas de color cobrizo con bordes poco definidos, pápulas y nódulos (lepromas). La infiltración cutánea de la cara puede conformar facies leoninas, madarosis, alopecia de cejas, infiltración de los lóbulos de las orejas. La histopatología evidencia un infiltrado de histiocitos vacuolados que se disponen perivascular, perianexial y perineural. La baciloscopia es positiva.

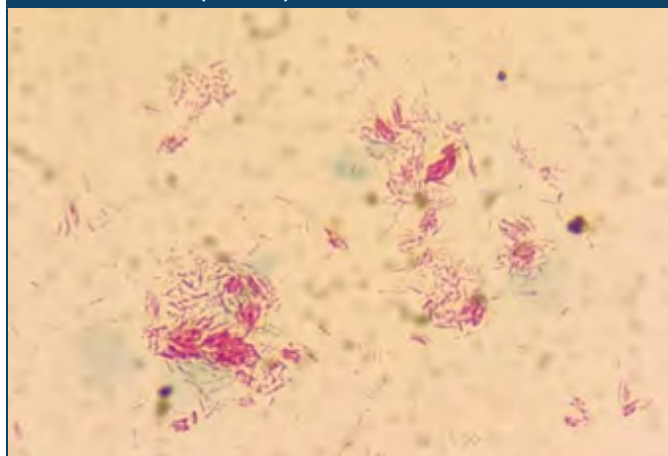
Presentación del caso

Paciente varón de 72 años, oriundo de Wanda (Misiones) que desde el año 2000 reside en la ciudad de Tolhuin (Tierra del Fuego). No presenta antecedentes personales ni familiares de relevancia. Consultó en primera instancia con un médico clínico por dermatosis crónica interpretada como un cuadro de urticaria, por el cual recibió múltiples tratamientos sin mejoría, por lo que se solicitó interconsulta con dermatología. Al examen físico dermatológico presentaba facies leonina, orejas en badajo de campana, alopecia de cejas, múltiples nódulos y placas eritematosas e infiltradas en rostro, antebrazos (Figura 1) y tronco. La sensibilidad termoalgésica se encontraba alterada. Se tomaron muestras de ambas fosas nasales, de ambos codos y de los lóbulos de ambas orejas para realizar la tinción de Zielh Neelsen. De donde se obtuvieron un índice bacteriológico (IB) de 4+ en la fosa nasal derecha y de 5+ en la izquierda, un IB de 5+ en muestras de endolinfa de ambos lóbulos de las orejas (Figura 2) y un IB de 0 en ambos codos (10). Además, se realizó biopsia de codos para estudio histopatológico en el que se informó presencia de histiocitos a nivel perivascular y perianexial, y baciloscopia positiva. El paciente inició el tratamiento con rifampicina, dapsona y clofazimina con buena evolución de las lesiones cutáneas y mejoró la sensibilidad en los miembros superiores.

Figura 1. Lesión en antebrazo izquierdo



Figura 2. Frotis con bacilos ácido-alcohol resistentes de la endolinfa del lóbulo de la oreja. Coloración de Zielh Neelsen (1000X)



Discusión

En la Argentina, en 2022 se reportaron 343 casos de lepra, por lo que la tasa de prevalencia nacional fue de 0,07/10.000 habitantes. Con estos datos, el país sostiene la meta de eliminación de la lepra como problema de salud pública. Sin embargo, la situación es heterogénea, existiendo bolsones epidemiológicos hiperendémicos en algunas localidades, donde esta meta no se alcanza. Ese año se notificó una tasa de prevalencia en Tierra del Fuego del 0,11, mientras que en Misiones fue de 0,45 (5).

El presente caso clínico fue clasificado como lepra multibacilar y como lepra lepromatosa según las clasificaciones vigentes. El paciente estuvo más de un año sin un correcto diagnóstico, debido a que el grado de sospecha de lepra fuera de las áreas endémicas es muy bajo. Además, la lepra se manifiesta con una gran variedad de lesiones cutáneas y con un periodo de incubación muy largo. Los pacientes pueden migrar de la zona donde se produjo el contagio antes de que aparezcan los primeros síntomas.

La presencia de lepra en Tierra del Fuego pone de manifiesto que es una enfermedad que aun debe ser tenida en cuenta como diagnóstico diferencial en casos de dermatosis dentro y fuera de las zonas endémicas conocidas, especialmente en los servicios de atención primaria. Realizar un diagnóstico y un tratamiento temprano evitará las consecuencias que conllevan la infección para el paciente y la posibilidad de transmisión a largo plazo.

Referencias bibliográficas

1. Sarode G, Sarode S, Anand R, Patil S, Jafer M, Baes-
hen H, et al. Epidemiological aspects of leprosy. Di-
sease-a-Month, [https://doi.org/10.1016/j.disamon-
th.2019.100899](https://doi.org/10.1016/j.disamon-
th.2019.100899).
2. Nsagha DS, Bamgboye EA, Assob JC, Njunda AL,
Kamga HL, Zoung-Kanyi Bissek AC, et al. Elimination
of leprosy as a public health problem by 2000 AD: an
epidemiological perspective. Pan Afr Med J. 2011;9:4.
doi: 10.4314/pamj.v9i1.71176.
3. Chen KH, Lin CY, Su SB, Chen KT. Leprosy: A Review
of Epidemiology, Clinical Diagnosis, and Manage-
ment. J Trop Med. 2022 Jul 4;2022:8652062. doi:
10.1155/2022/8652062.
4. Valdez R. La situación de la lepra en la Argentina.
Hospital Universitario Austral. [Internet] 2016 [citado
26 de enero de 2016] Disponible en: [https://www.hos-
pitalaustral.edu.ar/2016/01/la-situacion-de-la-lepra-
en-la-argentina/](https://www.hos-
pitalaustral.edu.ar/2016/01/la-situacion-de-la-lepra-
en-la-argentina/)
5. Ministerio de Salud, Republica Argentina. Boletín N°
7: Tuberculosis y lepra en la Argentina. Dirección de
Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculo-
sis. Coordinación de Tuberculosis y Lepra. Año VII-
Marzo 2024. Disponible en: [https://www.argentina.
gob.ar/sites/default/files/2024/04/boletin_tubercu-
losis_2024_1642024.pdf](https://www.argentina.
gob.ar/sites/default/files/2024/04/boletin_tubercu-
losis_2024_1642024.pdf)
6. Maymone M, Laughter M, Venkatesh S, Dacso M,
Narasimha Rao P, Stryjewska B, et al. Leprosy: Cli-
nical aspects and diagnostic techniques. Journal
of the American Academy of Dermatology. 2020
Jul. Volume 83, Issue 1, 1 – 14. doi: 10.1016/j.
jaad.2019.12.080
7. World Health Organization (WHO). Guidelines for the
diagnosis, treatment and prevention of leprosy. New
Delhi: World Health Organization, Regional Office for
South-East Asia; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
Disponible en: [https://www.who.int/publications/i/
item/9789290226383](https://www.who.int/publications/i/
item/9789290226383)
8. Alrehaili J. Leprosy Classification, Clinical Features,
Epidemiology, and Host Immunological Responses:
Failure of Eradication in 2023. Cureus. 2023 Sep
6;15(9):e44767. doi: 10.7759/cureus.44767
9. Maymone M, Venkatesh S, Laughter M, Abdat R, Hugh
J, Dacso M, et al. Leprosy: Treatment and manage-
ment of complications. Journal of the American Aca-
demy of Dermatology. 2020 Jul. Volume 83, Issue 1,
17 - 30. doi: 10.1016/j.jaad.2019.10.138
10. Alvarenga De Morra V, Alvarez De Ovelar M y Perei-
ra Brunelli J. El Manual de Diagnóstico Laboratorial

de Lepra. Programa Nacional de Control de la Lepra.
EDICION I; 2017.

Lepromatous leprosy regarding a case diagnosed in Tierra del Fuego

Leprosy is a chronic, endemic and ubiquitous infectious disease. In 2000, the World Health Organization declared the elimination of leprosy as a global public health problem. Although the prevalence has decreased drastically since the introduction of multidrug therapy, there are still a considerable number of cases appearing in central African countries, India, China and Brazil (1, 2, 3). In Argentina, there are 400 cases per year under treatment, and a geographic focus on provinces in the northeast, northwest and center of the country, which concentrate approximately 70% of the cases (4, 5). The importance of reporting this case in Tierra del Fuego is due to the fact that it is not an endemic area of leprosy and since it is not a public health problem, it is difficult to diagnose because physicians do not suspect it as a possible differential diagnosis within dermatoses (1).

Key words: Leprosy, bacilloscopy multibacillary, Tierra del Fuego.



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>