

CARTAS AL DIRECTOR

Placas eritematosas hipoestésicas en paciente procedente de Brasil, un nuevo caso de lepra importada



Hypoaesthetic erythematous plaques in patients from Brazil, a new case of leprosy imported

La lepra es una enfermedad granulomatosa crónica causada por un bacilo intracelular obligado (*Mycobacterium leprae* [*M. leprae*]), y continúa siendo endémica en distintas regiones del mundo.

Presentamos el caso de una niña de 14 años, procedente de Brasil y residente en España desde hace 5 años. Sin antecedentes de interés salvo una lesión eritemato-hipoestésica en antebrazo derecho de más de 5 años de evolución, nunca tratada. Consultó por un aumento de lesiones en los últimos 2 meses, apreciándose placas eritemato-hipoestésicas bien definidas en tronco y EE (fig. 1), con un número total de 11 lesiones. Se realizó biopsia cutánea que mostró granulomas en dermis con células de Virchow multivacuoladas, con bacilos ácido-alcohol resistentes, más visibles con tinción de Ziehl-Neelsen y Fite-Faraco. La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de *M. leprae* fue positiva, realizándose el diagnóstico de lepra multibacilar. Se pautó tratamiento

con dapsona, rifampicina y clofazimina, suspendiéndose la dapsona a los 2 meses por anemia progresiva. El resto del tratamiento fue completado hasta los 12 meses con resolución de sus lesiones.

La lepra afecta principalmente la piel y los nervios periféricos, además de otros órganos, y si no recibe tratamiento puede provocar mutilaciones o lesiones oculares progresivas irreversibles¹. Su presentación clínica es variable, desde máculas, placas o nódulos, a veces anhidróticos, anestésicos o hipoestésicos, ya que dicha presentación depende del estado inmunológico del paciente al adquirirla y de la evolución de la misma. Se ha descrito una susceptibilidad genética asociada al cromosoma 10p13², así como el HLA DR2 y HLA DR3 asociados al desarrollo de lepra tuberculoides, y el HLA DRQ1 más frecuente en lepra lepromatosa³. El poder de contagio de *M. leprae* es bajo³. Sus principales factores de riesgo son el hacinamiento y el contacto prolongado³. La enfermedad se transmite principalmente al convivir con enfermos multibacilares no tratados. La vía de transmisión no está totalmente aclarada, pero se acepta como vía fundamental de contagio las vías respiratorias, al hablar, toser o estornudar los pacientes multibacilares, siendo la puerta de entrada también las vías respiratorias⁴. También se acepta el contagio a través de piel o mucosas con solución de continuidad⁴. Su diagnóstico es clínico y se basa en 3 signos propuestos por el Comité Experto en Lepra de la OMS en 1997: las máculas hipopigmentadas o eritematosas con disminución de la sensibilidad,

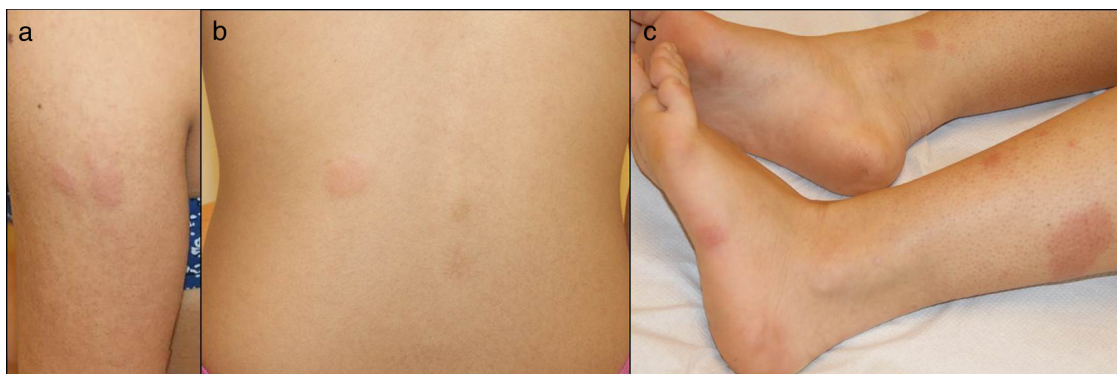


Figura 1 Placas eritematosas, infiltradas e hipoestésicas en brazo izquierdo (1.a), espalda (1.b), y piernas y pies (1.c).

el engrosamiento de nervios periféricos y la demostración de bacilos ácido-alcohol resistentes en una baciloscopia o biopsia de piel, con pérdida de anejos en los sitios afectados^{5,6}. Aparte de la clasificación clásica de Ridley-Jopling, la OMS aconsejó una clasificación operacional que distingue entre multibacilar (más de 5 lesiones cutáneas, más de un tronco nervioso afectado, bacteriología positiva) y paucibacilar (hasta 5 lesiones en piel, no más de un tronco nervioso afectado, bacteriología negativa)⁵. El tratamiento de la multibacilar consiste en la asociación de rifampicina, clofazimina y dapsona durante 12 meses, y para la paucibacilar se utiliza dapsona y rifampicina durante 6 meses.

El aumento de la movilidad poblacional ha provocado un incremento en la incidencia de casos de lepra importados de países endémicos, sin embargo, no es difícil que estos enfermos pasen desapercibidos al no sospecharse esta enfermedad. Es por ello que la lepra actualmente constituye una realidad, que debe sospecharse especialmente ante pacientes que provienen de zonas endémicas, en los que en ocasiones la alteración de sensibilidad puede mostrar el diagnóstico. Su sospecha temprana permitirá un tratamiento precoz, que evitará el desarrollo de incapacidades y/o contagios. Todo ello, unido además a la necesidad de control de los convivientes de los enfermos, le proporciona a la atención primaria un papel primordial en esta enfermedad.

Bibliografía

1. Velázquez de Castro y Sagarra A, López Bueno R, Gómez Jiménez G. Suspected leprosy [Article in Spanish]. *Aten Primaria*. 1997;20:107-8.
2. Alter A, Grant A, Abel L, Alcaïs A, Schurr E. Leprosy as a genetic disease. *Mamm Genome*. 2011;22:19-31.
3. Eichelmann K, González González SE, Salas-Alanis JC, Ocampo-Candiani J. Leprosy. An update: Definition, pathogenesis, classification, diagnosis, and treatment. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:554-63.
4. *Manual de Leprología*. Fontilles. 2013.
5. Moschella SL. An update on the diagnosis and treatment of leprosy. *J Am Acad Dermatol*. 2004;51:417-26.
6. Britton WJ, Lockwood DN. Leprosy. *Lancet*. 2004;363:1209-19.

Raquel Santesteban Muruzábal^{a,*}, Amaia Larumbe Irurzun^a, Teresa Tuñón Álvarez^b e Ignacio Yanguas Bayona^a

^a Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raquel.santesteban@hotmail.com (R. Santesteban Muruzábal).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.02.007>

Magnitud de las brechas en el diagnóstico y consejería nutricional para niños de uno a 5 años de edad en medicina familiar en México: análisis de los datos del expediente electrónico



Gaps in diagnosis and nutritional counseling of children aged 1 to 5 years in family medicine clinics in Mexico: Analysis of the electronic health records

Sr. Director:

Durante las últimas décadas los países desarrollados tienen un incremento de obesidad en los niños preescolares¹; en tanto los países en desarrollo están en etapa de transición nutricional caracterizada por la disminución de la desnutrición e incremento del sobrepeso y obesidad². Durante la niñez, la desnutrición y el sobrepeso/obesidad tienen repercusiones inmediatas y mediatas, por lo que es prioritaria la identificación oportuna y el manejo apropiado de estos trastornos nutricionales. El buen estado nutricional contribuye a una niñez saludable e incrementa la expectativa de un mejor estado de salud en edades posteriores³.

El problema de los trastornos nutricionales se ha reconocido mundialmente; no obstante, son escasos los estudios orientados a evaluar el desempeño de los servicios de salud

en lo referente a su detección, prevención y manejo. Este trabajo analizó la frecuencia del diagnóstico y consejería para los trastornos nutricionales de niños de uno a 5 años atendidos en clínicas de medicina familiar en México.

Diseño y mediciones

Se realizó un estudio transversal descriptivo en 4 clínicas de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de la Ciudad de México. Se analizaron 9.330 expedientes electrónicos de todos los niños entre uno y 5 años que asistieron al menos a una consulta con el médico familiar durante el año 2009 e incluidas en el estudio. El estado nutricional se clasificó utilizando la puntuación Z de las tablas de la Organización Mundial de la Salud sobre el índice de masa corporal (IMC) para la edad y el sexo^{4,5}. Se definieron: emaciación ≤ -2 puntaje Z del IMC, peso normal > -2 y $< +2$ puntajes Z del IMC, sobrepeso entre $\geq +2$ y $< +3$ puntajes Z del IMC, obesidad $\geq +3$ DE puntajes Z del IMC. El diagnóstico médico de trastornos de la nutrición fue confirmado por el registro de los códigos CIE-10: de E40 a E46 (malnutrición) y E66 (obesidad) en el expediente. Además, se identificó la frecuencia de consejería para los trastornos nutricionales. La información de los expedientes electrónicos fue extraída a través del lenguaje de programación SQL con revisión posterior de los expedientes de manera individual. El estudio fue autorizado por el Comité de Ética del IMSS.

Resultados

Utilizando los datos de peso, talla, IMC y los estándares de la OMS, se determinó que 81,3% de los niños tenían un