



## Lepra infantil en Buenos Aires. Reporte de cuatro casos

Sabrina Merenzon<sup>1</sup>, Ana L. Costa<sup>1</sup>, Cindy Frare<sup>2</sup>, Jorge E. Tiscornia<sup>1</sup>

### RESUMEN

La lepra infantil, aquella que afecta a niños de hasta 14 años, se caracteriza por la demora en su diagnóstico, ya que habitualmente es confundida con otras dermatosis. Su presencia en un niño es un indicador epidemiológico relevante, dado que señala la transmisión activa de la enfermedad.

Presentamos 4 pacientes de entre 5 y 14 años asistidos en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. Dos pacientes presentaron lepra *borderline* tuberculoide; uno, lepra lepromatosa; y otra, lepra indeterminada.

La Organización Mundial de la Salud facilita la terapéutica para la población entre 10 y 14 años, pero no contempla a los menores de 10 años. Esta dificultad implica adecuar la dosis y la forma farmacéutica a cada paciente menor de la edad referida.

Finalmente, es de destacar que el diagnóstico de los pacientes llevó al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en convivientes adultos.

**Palabras clave:** lepra; niño; Mycobacterium leprae; reacción reversa; hipoestesia.

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2024-10317>

doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2024-10317.eng>

**Cómo citar:** Merenzon S, Costa AL, Frare C, Tiscornia JE. Lepra infantil en Buenos Aires. Reporte de cuatro casos. *Arch Argent Pediatr.* 2024;122(6):e202410317.

<sup>1</sup> Servicio de Dermatología, Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina;

<sup>2</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Alemán, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

**Correspondencia para Sabrina Merenzon:** [sabrimeren@gmail.com](mailto:sabrimeren@gmail.com)

**Financiamiento:** Ninguno.

**Conflicto de intereses:** Ninguno que declarar.

**Recibido:** 9-1-2024

**Aceptado:** 17-5-2024



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

## INTRODUCCIÓN

La lepra forma parte de las enfermedades tropicales desatendidas características de los países subdesarrollados.<sup>1</sup> Es una enfermedad crónica infectocontagiosa causada por la bacteria *Mycobacterium leprae* que puede dejar secuelas incapacitantes si no se la trata oportunamente. Las deformidades visibles son una causa principal de estigma que afecta la inclusión social de quien presenta esta enfermedad. En 2021, globalmente hubo 8490 nuevos casos con discapacidad grado 2 (deformidad o daño visible en ojos, manos o pies), de los cuales el 4 % eran niños.<sup>2</sup> Dentro de Latinoamérica, Brasil es el país con mayor incidencia de lepra infantil. Los niños son más susceptibles que los adultos, dada su inmunidad incipiente y el posible contacto intrafamiliar.<sup>3,4</sup> Durante 2022, en Argentina se registraron 343 personas en tratamiento, de las cuales el 1,41 % fueron menores de 14 años.<sup>5</sup> Actualmente, Argentina ha alcanzado la meta de eliminación de la lepra, con una prevalencia desde 1996 por debajo de 1 por 10 000 habitantes.<sup>6</sup> Las regiones endémicas son Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Gran Buenos Aires, Chaco, Formosa, Mesopotamia, Santa Fe, Córdoba, Santiago del Estero, Tucumán, Salta y Jujuy.<sup>7</sup>

Afecta principalmente la piel y los nervios periféricos, pero puede comprometer también órganos internos. Tiene baja patogenicidad y alta infectividad. Presenta un período de incubación entre 2 y 7 años, y su principal vía de contagio es la aérea por secreciones nasales.<sup>1</sup> Se estima que entre el 3 % y el 5 % de las personas expuestas desarrollan diferentes formas de presentación clínica según su estado inmunológico.<sup>6</sup> En la infancia, se manifiesta de formas diferentes respecto al adulto: suele presentar lesiones en áreas de piel expuestas y las alteraciones nerviosas sensitivas son difíciles de evaluar.<sup>6</sup> En la primera y segunda infancia, predominan las formas paucibacilares (PB) (lepra tuberculoide [LT], dentro de esta, la forma nodular infantil y la indeterminada [LI] [Figura 1]) y en la adolescencia, las formas multibacilares (MB) (lepra *borderline*, *borderline* tuberculoide [BT] [Figura 2], *borderline* lepromatosa [BL] y lepromatosa [LL]).<sup>7</sup> Probablemente esto se deba a que las formas MB, más contagiosas, requieren de un período de incubación más prolongado para manifestarse.<sup>5</sup> Dado que comparte características clínicas con otras dermatosis, es frecuente que el diagnóstico se retrase.<sup>7</sup> Cuando se presenta como

máculas hipopigmentadas hipoestésicas en el caso de la LI (forma de comienzo frecuente en la infancia que luego puede virar a otras dentro del espectro), debe hacerse diagnóstico diferencial con eccema acromiante, hipopigmentación posinflamatoria, nevo acrómico, vitiligo, pitiriasis versicolor, micosis fungoide hipopigmentada. Si se manifiesta como placa eritematosa anestésica (hasta 5) como en la LT, se debe diferenciar del granuloma anular o tiña corporal.<sup>7</sup>

## CASO CLÍNICO 1

Paciente de sexo masculino de 5 años, de San Miguel, provincia de Buenos Aires, consultó por lesiones en cara y tronco, las cuales habían sido tratadas con antimicóticos sin respuesta. Presentaba placas hiperpigmentadas y otras eritematosas de límites netos, algunas con borde más claro, que le otorgaban un aspecto anular. Se realizaron estudios complementarios y se diagnosticó BT. En el control de convivientes, se diagnosticó al padre y al tío con LL, y al abuelo paterno con BL, oriundos de Tucumán que residen en la provincia de Buenos Aires. En la evolución, presentó un episodio reaccional (ER) tipo I al segundo mes de tratamiento con compromiso cutáneo y neural (cubital izquierdo); se trató con corticoides y se observó mejoría al tercer mes.

## CASO CLÍNICO 2

Paciente de sexo masculino, de 14 años, oriundo de Paraguay, que vivía en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) desde la infancia. Consultó en dos hospitales de CABA por nódulos en muslos y artralgias, lo que se interpretó como paniculitis lúpica por lo que recibió corticoides. Fue derivado a nuestro servicio por tinción Ziehl Neelsen positiva de biopsia cutánea. Al examen físico, presentaba múltiples nódulos eritematovioláceos con aumento de la temperatura local en miembros inferiores a predominio de muslos y miembros superiores, hipoestesia en bota y en guante, mal estado general y fiebre. Se diagnosticó LL y ER tipo II. En el control de convivientes, se diagnosticó al padre con LL.

## CASO CLÍNICO 3

Paciente de sexo femenino, de 5 años, de CABA, cuya madre tenía BL, presentaba máculas hipocrómicas en región occipital y abdominal con alteración en la sensibilidad térmica. Se arribó al diagnóstico de LI.

**FIGURA 1. Fotografía de lesiones del caso clínico 3**



*Máculas hipopigmentadas anulares en región occipital con alteración en la sensibilidad térmica.*

**FIGURA 2. Fotografía de lesión de caso clínico 4**



*Placa infiltrada eritematosa de bordes policíclicos hipoestésica en dorso de mano derecha.*

## CASO CLÍNICO 4

Paciente de sexo masculino, de 10 años con padre enfermo de LL, de Lanús, provincia de Buenos Aires. Presentaba una placa eritematosa de bordes policíclicos en dorso de mano derecha de tres años de evolución con biopsia compatible con granuloma anular. Persistió la lesión y agregó mácula hiperpigmentada en muñeca izquierda. Ambas lesiones presentaban hipoestesia. Se arribó al diagnóstico de BT.

Se presentan los casos clínicos detallados en *Tabla 1*. La toma supervisada se realizó una vez al mes en el consultorio del servicio y para facilitar la toma diaria se les indicó a los adultos a cargo por código de colores qué pastilla o jarabe debían darles a los niños.

## DISCUSIÓN

En la serie de casos presentados, hubo una relación varón-mujer 3:1, similar a lo reportado en la literatura, aunque también hay publicaciones donde la relación es 1:1.<sup>8-12</sup> Si bien el rango etario pediátrico más afectado es entre 10 y 15 años,<sup>6</sup> en esta serie la mitad eran menores de 10 años.

Para realizar el diagnóstico, es necesario contar con la presencia de al menos uno de los tres signos cardinales: 1) pérdida definitiva de la sensibilidad en una mácula o placa hipopigmentada o eritematosa; 2) nervio periférico engrosado con pérdida de la sensibilidad y/o debilidad de los músculos; 3) presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes en un frotis de piel.<sup>13</sup> La clave diagnóstica es la alteración sensitiva que lamentablemente es raro que el niño la perciba. Su exploración es dificultosa y, dada la baja incidencia de esta enfermedad en el país, no se suele tener en cuenta.<sup>7</sup> Debido a que la infección en los niños refleja un contagio relativamente reciente, una alta proporción de casos de lepra infantil es un signo de transmisión activa y, por tanto, un importante indicador epidemiológico.<sup>4</sup>

Los ER son más infrecuentes en niños que en adultos; esto se debe al tipo de lepra que predomina en cada rango etario. De los 5 a los 9 años, el ER más frecuente es el tipo I mediado por respuesta inmune celular (en pacientes con BB, BT y BL), presenta nuevas pápulas o placas, o aumento del tamaño de las preexistentes, y genera neuritis grave de los nervios periféricos que conlleva riesgo de deformidades como mano en garra o pie péndulo, entre otras.<sup>14</sup> Luego de los 10 años, el tipo II, secundario a complejos inmunes y citocinas inflamatorias (en pacientes con LL) como el eritema nodoso leproso (ENL),

en que, a diferencia del eritema nodoso de otras etiologías limitado a cara anterior de piernas, los nódulos se pueden localizar en tronco, cara y miembros, y se acompaña de mal estado general con alteración de la eritrosedimentación, leucocitosis y compromiso visceral,<sup>7</sup> iridociclitis, así como algunos casos de neuritis pura aislada.<sup>15</sup> El ENL puede confundirse con eritema nodoso clásico o paniculitis lúpica.<sup>7</sup>

Los ER en pacientes pediátricos suelen acontecer en mayores de 9 años y esto probablemente coincida con que han tenido más tiempo de exposición, por lo que el diagnóstico oportuno evitaría estos episodios que conllevan secuelas discapacitantes.<sup>15</sup> El ER tipo I se trata con meprednisona 1 mg/kg/día vía oral con disminución lenta y el tipo II, con talidomida 100-200 mg/día.<sup>14</sup>

El tratamiento se basa en el uso de rifampicina, dapsona y clofazimina.<sup>13</sup> Se destaca la necesidad de contar con presentaciones pediátricas en jarabe, adecuadas para niños menores de 10 años, dado que actualmente no están disponibles. El esquema se resume en la *Tabla 2*.

Se recomienda la quimioprofilaxia con monodosis de rifampicina para los contactos de enfermos mayores de 2 años, después de excluir la enfermedad de lepra y tuberculosis.<sup>13</sup>

La intención del trabajo es recrear en los pediatras la enfermedad lepra para incluirla en el pensamiento médico. La sospecha clínica se fundamenta ante niños con máculas hipopigmentadas, hiperpigmentadas y/o nódulos que presenten alteración de la sensibilidad: esta es la clave diagnóstica. Se debe resaltar la doble trascendencia epidemiológica que plantea en pediatría: en un polo, conduce al rastreo de contactos adultos a partir de los niños diagnosticados y, en el otro, instala el seguimiento con alerta a aquellos niños que conviven con adultos enfermos MB. El diagnóstico precoz, el tratamiento rápidamente instalado y la búsqueda activa de contactos son cruciales para reducir aún más su incidencia y evitar la discapacidad. ■

## Agradecimientos

Margarita Larralde, Roberto Schroh, Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía. Marianela Palmieri. Jesica Vivoda. Ana Bellelli. Daniel Navacchia. Susana Grees. Unidad de Dermatología. Hospital de Niños Pedro Elizalde, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

**TABLA 1. Datos clínicos de cuatro pacientes con lepra infantil**

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Edad/sexo	5 años/M	14 años/M	5 años/F	10 años/M
Procedencia	Provincia de Buenos Aires	Paraguay	CABA	Provincia de Buenos Aires
Antecedentes familiares	No	No	Madre BL	Padre LL
Tiempo de evolución	1 año	1 ½ año	10 meses	3 años
Clínica	Placas hiperpigmentadas y otras eritematosas de límites, netos algunas con borde más claro, anulares en cara y tronco.	Múltiples nódulos eritematovioláceos con aumento de la temperatura local en miembros inferiores a predominio de muslos y miembros superiores. Hipoestesia en bota y guante. Mal estado general. Artralgias. Fiebre.	Máculas hipocrómicas en región occipital y abdominal con alteración en la sensibilidad térmica.	Placa eritematosa de bordes policíclicos hipoestésica en dorso de mano derecha. Mácula hiperpigmentada hipoestésica en muñeca izquierda.
Foto clínica				
Biopsia	Infiltrados de macrófagos con citoplasma vacuolado. Granulomas no necrotizantes con células epitelioides y linfocitos en la periferia. ZN: escasos BAAR.	Compatible con LL y episodio reaccional tipo II.	Infiltrado inflamatorio linfohistiocitario y monocitos en dermis papilar y perianexial folicular. ZN: negativo	Compatible con granuloma anular.
Baciloscopia	Negativa	IB 3+. IM 80 % sólidos y 20 % fragmentados. Globis: de regular a abundante.	Negativa	Negativa
Diagnóstico	BT	LL	LI	BT
Tratamiento	Esquema MB OMS pediátrico. Prednisona 1 mg/kg/día en dosis descendentes graduales.	Esquema MB OMS sin dapsona y con minociclina. Talidomida acenocumarol por riesgo protrombótico.	Esquema PB OMS pediátrico.	Esquema MB OMS pediátrico.
Complicaciones	ER tipo I <i>reversal</i> . Hiperpigmentación posinflamatoria y por clofazimina.	ER tipo II. GB 45 700 (82 % N). Tp: 67 % (70-120), Kptt: 63 seg (24-37). Anticoagulante lúpico positivo. Acs. anti-B2 glicoproteína 1 IgM mayor de 150.	No	No
Pesquisa epidemiológica	Padre y tío con LL, y abuelo con BL.	Padre con LL.	Sin nuevos casos.	Sin nuevos casos.
Seguimiento y evolución	Alta al cumplir el año de tratamiento y seguimiento anual durante 5 años sin recidivas.	Igual que caso 1.	Alta al cumplir los 6 meses de tratamiento y seguimiento anual durante 5 años sin recidivas.	Igual que caso 1.

M: masculino. F: femenino. CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires. ZN: Ziehl Neelsen. BAAR: bacilos ácido-alcohol resistentes. BT: lepra borderline tuberculoide. MB: multibacilar. OMS: Organización Mundial de la Salud.

ER: episodio reaccional. LL: lepra lepromatosa. BL: lepra borderline lepromatosa. PB: paucibacilar. IB: índice bacteriológico. IM: índice morfológico. GB: glóbulos blancos. N: neutrófilos. TP: tiempo de protrombina. Kptt: tiempo parcial de tromboplastina activado por caolín. Acs.: anticuerpos. LI: lepra indeterminada.

TABLA 2. Regímenes de tratamiento recomendados por la Organización Mundial de la Salud, 2018

Grupo de edad	Fármaco	Posología y frecuencia	MB	PB
Niños 10-14 años	Rifampicina	450 mg una vez al mes	12 meses	6 meses
	+ clofazimina	150 mg una vez al mes, 50 mg en días alternos		
	+ dapsona	50 mg/día		
Niños menores de 10 años o menores de 40 kg	Rifampicina	10 mg/kg una vez al mes	12 meses	6 meses
	+ clofazimina	100 mg una vez al mes, 50 mg dos veces por semana		
	+ dapsona	2 mg/kg/día		

MB: multibacilar; PB: paucibacilar.

## REFERENCIAS

- Medina C. Epidemiología: situación mundial, nacional y provincial. *Educándonos*. 2018;5(4):8-11.
- World Health Organization. Leprosy (Hansen's disease). [Consulta: 29 de enero 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/leprosy-hansens-disease>
- Cáceres-Durán MA. Comportamiento epidemiológico de la lepra en varios países de América Latina, 2011-2020. *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46:e14.
- Joy N, Patnaik S, Nayak S, Rout AN, Mohanty I. A hospital-based cross-sectional study of clinico-epidemiological aspects of childhood leprosy with disability in the post-elimination era. *Lepr Rev*. 2022;93:224-34.
- Argentina. Ministerio de Salud. Tuberculosis y Lepra en la Argentina. *Boletín*. 2024;VII(7). [Consulta: 19 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-ndeg-7-tuberculosis-y-lepra-en-la-argentina>
- Táquez AE, Cerón CA, Chaparro MA, Sales AM, Nery JA, Miranda A, et al. Lepra en la infancia: Desafío diagnóstico. *Rev Argent Dermatol*. 2011;92(4):3-9.
- Tiscornia J. Lepra Infantil. En Larralde M, Abad E, Luna P. *Dermatología Pediátrica* 3° ed. Buenos Aires: Journal; 2020:186-9.
- Pradhan S, Nayak BP, Padhi T, Sahu K. Clinicoepidemiological profile of childhood leprosy in Western Odisha: A retrospective, hospital-based study. *Indian J Paediatr Dermatol*. 2020;21(2):105-9.
- Babu A, Bhat MR, Jayaraman J. Childhood leprosy in the postelimination era: A vision achieved or a concern growing at large. *Indian J Paediatr Dermatol*. 2018;19(1):26-30.
- Ghunawat S, Relhan V, Mittal S, Sandhu J, Garg VK. Childhood leprosy: A retrospective descriptive study from Delhi. *Indian J Dermatol*. 2018;63(6):455-8.
- Chaitra P, Bhat RM. Postelimination status of childhood leprosy: report from a tertiary-care hospital in South India. *Biomed Res Int*. 2013;2013:328673.
- Balai M, Agarwal C, Gupta LK, Khare AK, Mittal A. Current scenario of childhood leprosy at a Tertiary Care Hospital in Southern Rajasthan. *Indian Dermatol Online J*. 2017;8(6):494-5.
- Organización Mundial de la Salud. Directrices para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la lepra. Nueva Delhi: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Asia Sudoriental; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Consulta: 19 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/274127>
- Dirección General de Coordinación Epidemiológica. Ministerio de Salud Pública de Salta. Consenso sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la lepra. [Consulta: 19 de mayo de 2024]. Disponible en: [http://saladesituacion.salta.gov.ar/php/documentos/edis/manual\\_de\\_procedimientos\\_de\\_Lepra\\_20182.pdf](http://saladesituacion.salta.gov.ar/php/documentos/edis/manual_de_procedimientos_de_Lepra_20182.pdf)
- Mata JOA, Aguilar ANE, Miranda A, Freitas SMC, Azulay RD, da Costa NJA. Lepra en la infancia: caracterización de parámetros clínicos en los estados reaccionales. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2006;34(6):263-9.