

## LEPRA LEPROMATOSA CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

ROBERTO A. VILLA

División Terapia Intensiva, Hospital Juan A. Fernández, Buenos Aires, Argentina

E-mail: peroxidasa@yahoo.com

Desde el momento en que se conoció la secuencia del genoma del *Mycobacterium leprae* (ML) y la implementación a nivel mundial de la terapia multidroga con altos índices de eficacia y tasas de recaída extremadamente bajas<sup>1</sup>, y que en nuestro país se implementara el tratamiento gratuito desde el año 1983, los clínicos hemos dejado de pensar sistemáticamente en lepra. Sin embargo, existen zonas dentro de Argentina en donde los diferentes tipos de lepra continúan siendo endémicos y prevalentes<sup>2</sup>. Si bien la OMS ha incluido a la Argentina dentro de los países que se encuentran en fase de eliminación de la lepra, continúa siendo una de las tantas enfermedades, en este caso infecciosas, no atendidas<sup>3</sup>. Asimismo, la movilidad social (migraciones) de los últimos años, asociadas a múltiples factores sociales y económicos, entre países limítrofes y entre provincias, contribuyen a que la endemia y la prevalencia local se manifiesten fuera de esos nichos<sup>4</sup>.

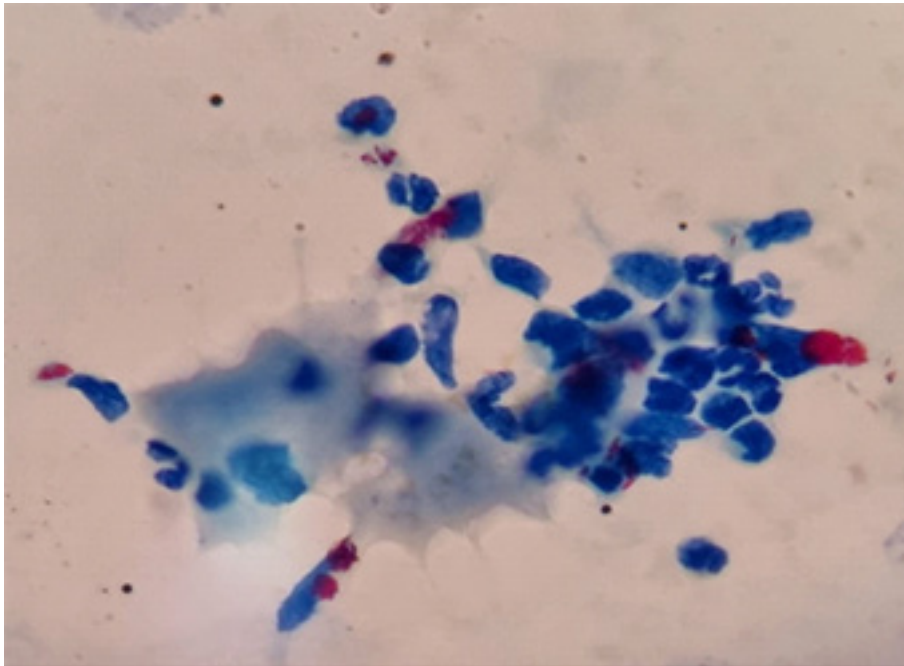
Nos referimos a un caso de lepra lepromatosa, diagnosticado en el Hospital General de Agudos Juan A. Fernández, en un varón de 47 años, oriundo de Paraguay, con residencia en la ciudad de Buenos Aires (Retiro). Tenía como antecedente lesiones nodulares en miembros inferiores, con predominio en rodillas, de 15 años de evolución, insuficiencia respiratoria, que requirió ventilación mecánica. La enfermedad se diagnosticó por toma de lavado bronquioalveolar. Llamativamente, es escasa la bibliografía existente en Argentina sobre lepra, en donde ya un estudio

de varios años atrás alertó sobre la necesidad de la vigilancia y la formación de servicios atentos al tema<sup>5</sup>. Arnaiz y col.<sup>4</sup> remarcan el hecho de la dispersión de la enfermedad. Si bien es cierto que la lepra presenta una amplia variabilidad y un amplio espectro de manifestaciones histológicas y clínicas, la enfermedad se transmite en forma directa de persona a persona, aunque en muchos de los casos no se pueda demostrar el antecedente de exposición. Si bien la puerta de entrada sigue siendo motivo de controversia, con la exposición prolongada en periodos de meses o años, el contacto con la piel o la mucosa de las vías aéreas superiores<sup>6</sup>, particularmente la mucosa nasal, se termina desarrollando la enfermedad.

La intensidad de la respuesta inmunitaria específica mediada por células frente a este bacilo, se correlaciona con el tipo clínico e histológico de la enfermedad<sup>7</sup>. El diferente comportamiento de los linfocitos en las distintas formas de lepra puede aportar datos de interés para lograr un tratamiento con inmunomoduladores, e incluso para lograr una vacuna efectiva<sup>8</sup>. En muestras biopsias de nódulos de piel y pabellón auricular no es de extrañar que se identificaran BAAR intracitoplasmáticos en células histiocíticas por tinción de Ziehl Neelsen (Fig. 1).

Es curioso cómo, cuándo se inicia el tratamiento específico con triple esquema, se logra la rápida recuperación del paciente, pudiéndose observar en el mismo, despierto y de frente,

**Figura 1** | Biopsia de nódulos de piel en donde se pueden identificar bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) intracitoplasmáticos, en células histiocíticas en tinción de Ziehl Neelsen



la típica facies leonina en el rostro. Este caso ilustra, nos alerta, y sorprende acerca de la falta de sospecha de la enfermedad en el nivel de la atención primaria, con desarrollo desde 15 años

atrás, al menos, con las consecuencias incapacitantes que esto ocasiona. Luego de muchos años, se vuelve a imponer nuevamente el eslogan “piense en lepra”<sup>9</sup>.

## Bibliografía

1. Chavarro-Portillo B, Soto CY, Guerrero MI. Mycobacterium leprae's infective capacity is associated with activation of genes involved in PGL-I biosynthesis in a Schwann cells infection model. *Int J Mol Sci* 2023; 24: 8727.
2. Ministerio Salud, Argentina. Boletín No.5, Tuberculosis y Lepra en Argentina. Año 5. marzo 2022. En: [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-03/boletin\\_n\\_5\\_tuberculosis\\_y\\_lepra\\_en\\_argentina\\_28-3-2022.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-03/boletin_n_5_tuberculosis_y_lepra_en_argentina_28-3-2022.pdf); consultado mayo 2024.
3. Villalba LM, Maguire T, Molini WJ. Sobre un caso de lepra lepromatosa en zona no endémica de Argentina. *Medicina (B Aires)* 2022; 82: 988.
4. Arnaiz MR, Abarca DT, Santini MS, Franco JI, Arzamendia L, Recalde HC, Bruzzone OA. Performance of the health system network in Formosa, Argentina, in the diagnosis of leprosy. *Am J Trop Med Hyg* 2023; 108: 320-7.
5. de Assis IS, Berra TZ, Alves LS, et al. Leprosy in urban space, areas of risk for disability and worsening of this health condition in Foz Do Iguaçu, the border region between Brazil, Paraguay and Argentina. *BMC Public Health* 2020; 20: 119.
6. Mungroo MR, Khan NA, Siddiqui R. Mycobacterium leprae: Pathogenesis, diagnosis, and treatment options. *Microb Pathog* 2020; 149: 104475.
7. Duthie MS, Casper C, Reed SG. Second coming: the re-emergence and modernization of immunotherapy by vaccines as a component of leprosy control. *Future Microbiol* 2018; 13: 1449-51.
8. Wang Z, Liu T, Wang Z, et al. CYBB-mediated ferroptosis associated with immunosuppression in Mycobacterium leprae-infected monocyte-derived macrophages. *J Invest Dermatol* 2024; 144: 874-87.e2.
9. Olivares L. Luces y sombras... “Piense en Lepra”. *Medicina (B Aires)* 2022; 82: 981-3.