

ENFERMEDAD DE HANSEN Y EMBARAZO A PROPOSITO DE DOS CASOS

Dr. Gerardo Marcano*
Dra. María Elena González*
Dr. José Vidal**
Dra. Claudia Moreno***
Dr. Alberto Zamora****

Marcano G, González ME, Vidal J, Moreno C, Zamora A.
Enfermedad de Hansen y embarazo. A propósito de dos casos.
Derm Venez 1993; 31: 105-108.

RESUMEN

En el presente trabajo se informa dos casos de enfermedad de Hansen coexistiendo con embarazo, y se estudia la influencia de la lepra en el embarazo y el puerperio así como la influencia del embarazo y el puerperio sobre la lepra. El tratamiento se programa de

la misma forma que cuando la paciente no está embarazada utilizándose la poliquimioterapia supervisada a base de sulfonas, clofazimina y rifampicina.

SUMMARY

In the present paper we report two cases of Hansen's disease and its coexistence with pregnancy, studying the influence of leprosy over pregnancy and puerperium as the influence of pregnancy on leprosy. Treatment is programmed the same as in a non pregnant woman using sulfone, clofazimine and rifampicine.

INTRODUCCION

También es conocida con el nombre de enfermedad de Hansen, la lepra es una enfermedad infecto-contagiosa crónica del tipo granulomatosa ocasionada por el microbacterium leprae, bacteria descubierta como productor de la enfermedad por Gerard J: Armauer Hansen (1841-1912), en 1873 Bergen, Noruega¹ se piensa que transmitida a través de la

piel y membranas mucosas, posterior al contacto íntimo y prolongado con la persona infectada.

El período de incubación promedio es de tres a cinco años y las lesiones suelen encontrarse en zonas corporales de baja temperatura como la piel, nariz, nervios periféricos, faringe y laringe.

La clasificación general de las formas clínico-patológicas de la Lepra, actualmente vigente es la siguiente:

- 1.- Lepra tuberculoide completa (T. T.)
- 2.- Lepra borderline-tuberculoide (B. T.)
- 3.- Lepra borderline (lepra dimorfa) (B. B.)
- 4.- Lepra borderline-lepromatosa (B. L.)
- 5.- Lepra lepromatosa completa (L. L.)

* Médico residente de postgrado universitario de obstetricia y ginecología del Hospital "Dr. José Gregorio Hernández". Ministerio de Sanidad. Caracas.

** Especialista 1. Departamento de obstetricia y ginecología. Hospital "Dr. José Gregorio Hernández". Ministerio de Sanidad. Caracas.

*** Médico Interno. Hospital "Dr. José Gregorio Hernández". Ministerio de Sanidad. Caracas.

**** Médico especialista II. Departamento de obstetricia y ginecología. Hospital "Dr. José Gregorio Hernández". Ministerio de Sanidad. Caracas.

La Lepra tuberculoide se caracteriza porque los pacientes muestran resistencia a la enfermedad y tienen una reacción de Mitsuda positiva, mientras que en la lepra lepromatosa los pacientes se encuentran anérgicos y debido a esto la reacción Mitsuda es negativa.

La coexistencia de la enfermedad con el embarazo es poco frecuente, no así las complicaciones que pudieran presentarse, de allí la importancia de la presente revisión y la razón del reporte de estos casos.

INCIDENCIA

En 1978, en Estados Unidos de América, la incidencia de lepra en la población en general fue de 0,067 casos/100.000 habitantes,² en Venezuela entre 1985-1989 la tasa de 27 x 100.000 habitantes, se diagnosticaron 2.505 casos, con un 35,04% en mujeres y un 84,95% en varones, con una incidencia de 0,4 x 100.000 habitantes en mujeres de edad fértil.³ En el Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández" de Caracas (Ministerio de Sanidad y Asistencia Social" durante el periodo de 1973 - diciembre de 1991 se atendieron 94.213 partos, de los cuales en 2 se observó la coexistencia con lepra, lo que representa frecuencia de 0,002% (1/47.106 partos)⁴

En Venezuela se reportaron en el año 1991, 13526 casos con una prevalencia del 0,7% y un total de nuevos casos de 464 con incidencia de 2,3%.

CASO N° 1

Primigesta, 20 años, Colombia, embarazo de 37 semanas en trabajo de parto con enfermedad de Hansen en tratamiento.

Examen Físico:

Lesión en la piel 3 placas eritematosas, de bordes definidos, elevados y zona central deprimida, con anestesia superficial localizadas en cara y extremidades inferiores de aprox. 3 cms. de diámetro.

Diagnóstico confirmado hace 8 meses por biopsia de piel, lepra tuberculoide.

Recibió tratamiento que suspendió a la semana 30 del embarazo. Rifampicina: 600 mg/mes, Diaminodifenil-Sulfona: 100 gr/día.

Se realizó cesárea por desproporción feto-pélvica.

Evolución. Absceso de pared, síndrome anémico.

CASO N° 2

Primigesta, 23 años, Colombia, embarazo de 36 semanas + 2 días con amenaza de parto prematuro. Eritema urticariforme crónico. Cardiopatía.

Examen Físico:

Eritema urticariforme en miembros inferiores y dorso de pie izquierdo que aparece al inicio del embarazo sin recibir tratamiento.

Tratamiento: Tocolíticos.

A las 37 semanas de embarazo se atiende parto instrumental y se obtiene recién nacido femenino que pesó 2.320 gr. y midió 48 cm. de longitud, en buenas condiciones generales.

Buena evolución puerperal y a los cuatro meses se observa mancha(s) localizadas en extremidades superiores-inferiores asimétricas, por biopsia se diagnostica lepra indeterminada con posible evolución a lepra lepromatosa.

DISCUSION

En los casos presentados ambas pacientes son primogénitas jóvenes de nacionalidad colombiana, es decir, no se trata de casos autóctonos. En el primer caso la enfermedad tenía dos años de instauración y de tipo tuberculoide, caracterizada clínicamente por la presencia de placas eritematosas, levantadas, de bordes regulares, con centros anestésicos. Los nervios proximales a estas lesiones están con frecuencia agrandados y pueden ser visibles o palpa-

bies. En el segundo caso la enfermedad se inicia con el embarazo y es de forma indeterminada evolucionando hacia el tipo lepromatoso que se caracteriza por máculas, pápulas o nódulos simétricos de distribución bilateral, lo cual resulta en engrosamiento de la piel (Fascies Leonina), lóbulos y pabellones de las orejas gruesos y pérdida de las pestañas y las cejas, hay anestesia difusa de las extremidades distales. La enfermedad puede diseminarse a órganos viscerales como el bazo, ganglios e hígado, puede verse compromiso testicular en varones que son afectados.

INFLUENCIA DE LA LEPPRA EN EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO

En general el embarazo es poco influenciado por la lepra aunque se ha dicho que hasta en un 50% de pacientes con lepra se producen complicaciones obstétricas, especialmente en la forma lepromatosa, donde se ha descrito una incidencia aumentada de embarazo ectópico, muerte fetal y prematuridad.⁶ Las afecciones gravídicas como la toxemia y la infección urinaria no revelan diferencias, mientras que la anemia es frecuente.² La enfermedad de Hansen es una causa de positividad de las pruebas serológicas inespecíficas para sífilis (VDRL), hallándose cifras de hasta un 40% de positividad en enfermas embarazadas y de 16% de positividad inclusive en las específicas (FTA-ABS) sin signos clínicos de LUES en las madres y los recién nacidos.²

En algunos estudios se menciona un aumento de la incidencia de embarazos múltiples.^{2,6}

En los embarazos a término el parto es normal y los recién nacidos de estas madres son normales, aunque, algunos tienen bajo peso, se ha sospechado últimamente la transmisión placentaria del M. leprae, en consecuencia hay posibles casos de lepra congénita que pueden investigarse, pero las causas de prematuridad en la lepra así como de muerte fetal deben relacionarse tam-

bién con factores maternos de nutrición, enfermedades crónicas, anemia, etc.

Muchos autores coinciden con el hallazgo de bacilos en la placenta humana y en la sangre del cordón umbilical⁶ pero sin lesiones inflamatorias en estas estructuras, ni en la autopsia de fetos, sin embargo, debido al prolongado período de incubación de la lepra no es posible afirmar que el contagio "in uterino" no existe.⁶

La infección puerperal parece ser más frecuente, pero en general no reviste gravedad. En cuanto a la lactancia puede ser pobre y tardía, pero está contraindicada, ya que, puede haber paso de bacterias a través de ella, en casos multibacilares, en especial casos de lepra lepromatosa, sin embargo, la transmisión de la lepra por vía digestiva no está confirmada.

INFLUENCIA DEL EMBARAZO Y EL PUERPERIO EN LA LEPROSIS

El embarazo se ha asociado en forma importante con la aparición o agravamiento de la lepra. Algunas mujeres desarrollan los primeros signos de enfermedad en relación con el embarazo. La mayoría de ellas durante el puerperio, se cree que estas pacientes podrían estar incubando la enfermedad y debido a la conocida depresión de la inmunidad celular durante esta etapa la clínica haría su aparición.⁶

TRATAMIENTO

El tratamiento de la enfermedad de Hansen durante el embarazo se programa en la misma forma que cuando la paciente no está gestando, siguiendo el régimen de la poliquimioterapia supervisada a base de tres drogas:

1.- Sulfonas (PQTS) (Dapsona, Diaminodifenil-Sulfona), actúa por mecanismo de competencia metabólica con el paba de la bacteria, la sustituye, con lo cual impide la formación de ácido Eólico, interfiriendo de esta manera la síntesis de ácidos nucleicos, provoca una inhibición del crecimiento y multiplicación de la bacteria y actuando por consiguiente como un bacteriostático.⁹ Constituyen el principal medicamento en el control de esta enfermedad. Se administra por vía oral o intramuscular. La dosis vía oral recomendada es de 50 a 100 mg/día. Mientras que la dosis intramuscular es de 225 mg/día por 75 días. En aquellas personas sanas con deficiencia de glucosa - 6 fosfato deshidrogenasa, se recomienda dosis de 50 mg/día con el fin de evitar la anemia hemolítica.

La baja incidencia de malformaciones congénitas habla de la seguridad de la terapia con diaminodifenil-sulfona (DD5) durante el embarazo.^{2,8 7} Las sulfas de acción prolongada están contraindicadas.⁷

2.- La Clofazimina (Lampren) actúa ocasionando una modificación molecular que provoca una inhibición en el crecimiento de la bacteria: además estabiliza la membrana lisosomal evitando la liberación de enzimas y el daño tisular, por otra parte, inhibe la fagocitosis, por lo que también produce un efecto anti-inflamatorio.⁹ La dosis es de 100 a 300 mg/día, cuando se usa sola, y 600 mg cada 15 días cuando se usa PQTS. Tiene un período de latencia para comenzar a actuar de 50 días y por

azul de metileno, el niño puede presentarse pigmentado en el momento del nacimiento o por ingesta de leche materna. No se han observado efectos teratogénicos.^{7,9}

3.- Rifampicina: Es un antibiótico de amplio espectro con acción contra el M. tuberculosis, que actúa inhibiendo la RNA-polimerasa bacteriana e interfiere en la producción del RNA. Su dosificación es de 600 mg/mes.

No muestra frecuentemente efectos indeseables. Autores⁹ recomiendan que no debe usarse en el embarazo porque no se conoce su teratogenicidad potencial.

El recién nacido no requiere ser separado de la madre que posee la enfermedad activa ni tampoco de recibir terapéutica según Maurus.² Pero Simmons¹⁰ observó que si los hijos de madre con lepra son separados de ellas al nacer, pueden desarrollar la enfermedad en una proporción igual a aquellos hijos de madres normales. El paso de medicamentos al niño durante la lactancia materna es muy variable.¹⁰

Itamar Belo Dos Santo y colaboradores, estudiaron un grupo de 63 pacientes de las cuales 31 eran portadoras de enfermedad de Hansen y embarazo, quienes fueron sometidas a tratamiento médico a base de sulfonas y encontraron que no había daños en el feto ni alteraciones en el curso de la gestación con el uso de las mismas, sólo observaron anemia en la embarazada posiblemente por la asociación de la anemia fisiológica del embarazo y la anemia hemolítica resultante de la sulfonoterapia.¹²

AGRADECIMIENTO

Los autores expresan su agradecimiento a los doctores Oscar Reyes Flores y Oscar Reyes Jaimes por su valiosa colaboración en la corrección y publicación de este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Reyes Flores O. Enfermedades granulomatosas de la piel, su histopatología. Editorial Disinlimed, Caracas, 1989. pp. 24-31.
- 2.- Maurus JN. Hansen's disease in pregnancy. Obstet Gynecol. 1978. 52: 225.
- 3.- Vildoso B. Instituto de Biomedicina. Hospital Vargas de Caracas. Comunicación verbal.
- 4.- Sayago F. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social Epidemiología Distrito Sanitario N° 2, Caracas. Comunicación verbal.
- 5.- Tran D. Hoang Ngoc M. Cao Minh T. Contribution a l'etude de la Association Leprae et gravido-puerperalite. Gyn Obst. 1964: 63: 849-54.
- 6.- Carmana J, Jarim 1, Gatti J. Lepra y embarazo. Arch Argent Dermat. 1984; 34: 207-9.
- 7.- Degos R. Dermatología. Edición científica La Prensa Médica Mexicana S.A. 2da. Edición, 1979; pp. 150-3.
- 8.- Jafari K, Stepto R, Petrys R. Pregnancy and leprosy. Jni J Gynecol Obstet. 1975: 13: 222-4.
- 9.- Soto Aponte J, Rondón Lugo AJ. Terapéutica dermatológica. Editorial Disinlimed, Caracas, 1989; pp. 297311.
- 10.- Marx CM. Utilización de fármacos por las madres lactante. Manual de cuidados neonatales Apéndice C. Salvat Editores, Barcelona. 2da. Edición. 1987: pp. 641-857.
- 11.- King JA, Marks RA. Pregnancy and leprosy. A review of 52 pregnancies in 26 patients with leprosy. Am J Obstet Gynecol. 1958. 76: 438-42.
- 12.- Belo Dos Santos 1. An bras Dermatol. 1988: 63: 447-9.

INFORMACION CILAD

San Salvador, El Salvador, 1 de Septiembre de 1993

Estimado amigo (a)

El Colegio Ibero-Latinoamericano de Dermatología (CILAD), implementará a partir del próximo año un nuevo sistema de cobro para el pago de la membresía anual. En forma individual, a cada socio se le enviará una tarjeta de aviso de cobro, en el mes de Octubre de cada año, la cual deberá ser cancelada a la mayor brevedad posible. La última fecha de pago será el 31 de Marzo del siguiente año. Con esto se asegurará que el envío de la credencial, las revistas, las monografías, el boletín y la correspondencia, no sufran ningún retraso. Obviamente cualquier pago posterior a la fecha límite ocasionará un retraso considerable en el envío de todo lo anterior.

Los pagos deberán hacerse individual y directamente a: CILAD, en la siguiente dirección: **Club Vip N° 369**, P.O. Box 52-5364. Miami, Florida 33152 USA. Los cheques deberán hacerse a nombre del CILAD' en dólares USA, contra bancos de los Estados Unidos de América.

Su número de código es muy importante y constituye su identificación a partir de este momento. Uselo por favor en toda su correspondencia con el CILAD.

El tiraje de la revista se hace en base al número de socios que están al día con sus cuotas, por lo tanto quien pague retrasado tendrá que esperar a que salga el siguiente número posterior a la fecha de pago y no se considerará el envío de números atrasados, excepto con un cargo adicional.

A partir del corriente año (1993) quien no esté al día con sus cuotas perderá su membresía.

En caso de que haya dejado de pagar más de un año y desee reingresar, podrá hacerlo pero en calidad de nuevo socio, perdiendo su antigüedad y limitándose así su disponibilidad para optar a cargos de elección.

Todo lo anterior obedece a la necesidad de que nuestro Colegio se organice en una forma más eficiente y pueda al mismo tiempo prestar mayores beneficios a sus asociados.

En espera de su comprensión y seguro de contar con su colaboración, me suscribo de usted atentamente.