

<https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68i2.9632>

Lepra lepromatosa en un receptor de trasplante cardíaco: un reto clínico y terapéutico

Lepromatous leprosy in a heart transplant recipient: A clinical and therapeutic challenge.

Ricardo Flaminio Rojas López,¹ Diana Isabel Conde Hurtado,² Laura Isabel López Molinares³

Sr. Editor.

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica de la piel y de los nervios periféricos causada por el bacilo ácido-alcohol resistente *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*).¹ En 2021 la Organización Mundial de la Salud (OMS) notificó 133,008 nuevos casos de lepra en todo el mundo. Esta enfermedad sigue siendo un problema de salud pública en diferentes regiones del mundo; la mayor parte de los casos proceden de países en vías de desarrollo, como Brasil, India e Indonesia.² Se han documentado algunos casos de lepra en receptores de trasplantes de órganos sólidos, como riñón, hígado y corazón.³ Se comunica el caso de un paciente con antecedentes de trasplante cardíaco y lepra lepromatosa con recidiva de la enfermedad.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 67 años con antecedente de lepra lepromatosa hacía 39 años, quien tuvo remisión completa de la enfermedad en 2007. Hacía siete años le realizaron un trasplante cardíaco por insuficiencia cardíaca severa. Desde entonces, ha estado en tratamiento inmunosupresor con prednisolona a dosis de 20 mg al día y micofenolato 720 mg al día. El resto de su tratamiento farmacológico permanente incluía antihipertensivos y diuréticos.

¹ Dermatólogo, profesor asociado.

² Médica general.

Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.

³ Médica general, Universidad Libre Seccional Barranquilla, Colombia.

Recibido: abril 2023

Aceptado: abril 2023

Correspondencia

Laura Isabel López Molinares
lauralopezmolinares@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

Rojas-López RF, Conde-Hurtado DI, López-Molinares LI. Lepra lepromatosa en un receptor de trasplante cardíaco: un reto clínico y terapéutico. Dermatol Rev Mex 2024; 68 (2): 279-281.

Desde hacía tres años ha tenido pérdida de sensibilidad en las manos y los pies y seis meses después aparecieron múltiples pápulas, placas infiltradas y nódulos de color rojo violáceo, con bordes bien definidos y superficie lisa no descamativa, localizados en la cara, predominantemente en las mejillas, el tronco, el abdomen y las extremidades. Además, en ambos pabellones auriculares apareció una placa infiltrada, de superficie escamosa con mínimo eritema y bordes irregulares mal definidos. **Figura 1**

En la consulta dermatológica se sospechó recaída de lepra. Sus síntomas eran similares a los de la primera manifestación de la lepra hacía unos años. La baciloscopia de linfa y mucosa indicó un índice bacilar de 3 (+++), interpretado como

positivo para *M. leprae*. Se indicó tratamiento farmacológico con dapsona 100 mg, rifampicina 300 mg y clofazimina 100 mg. En consultas posteriores, el paciente mostró alivio parcial de las lesiones y de los síntomas, con mejor sensibilidad, menos molestias, reducción del tamaño e induración de las lesiones. Sin embargo, las placas mostraron cambios pigmentarios a placas violáceas (**Figura 2**), probablemente un efecto secundario asociado con la administración de clofazimina. A pesar del buen apego al tratamiento durante dos años, el paciente no ha tenido alivio completo de los síntomas y el frotis sigue siendo positivo. Junto con el grupo de Infectología se decidió continuar el mismo esquema farmacológico durante seis meses más hasta la última valoración.



Figura 1. Placa escamosa e indurada en la hélice derecha.



Figura 2. Placas violáceas hiperpigmentadas, induradas en la mejilla derecha.

DISCUSIÓN

Hasta donde sabemos, éste es el segundo caso de lepra lepromatosa en un receptor de trasplante cardíaco,⁴ y el primero en Latinoamérica. La aparición de la lepra requiere una susceptibilidad inmunológica bien conocida en la población general. Su curso en pacientes trasplantados de órganos sólidos aún se desconoce; no obstante, las anomalías en la regulación de las células T y la estimulación excesiva de las citocinas pueden determinar el curso de la enfermedad en estos pacientes.¹

La respuesta al tratamiento convencional en individuos trasplantados de órganos sólidos es similar a la de otros pacientes con lepra. Aunque pueden evidenciarse posibles interacciones medicamentosas, como la reducción de las concentraciones de ciclosporina por la rifampicina y la interacción de la clofazimina con la azatioprina que puede provocar el rechazo del injerto, no se han descrito interacciones de este tipo con la dapsona.^{5,6} Modi y colaboradores propusieron evitar la administración de rifampicina y clofazimina por la interacción farmacológica y sugieren un régimen contra la lepra en individuos inmunodeprimidos, que consiste en dapsona, etionamida y minociclina. En la población general, la OMS recomienda un año del esquema estándar para los pacientes multibacilares; sin embargo, en los receptores de trasplantes se han descrito tratamientos más largos, de hasta 7 años, administrados hasta la negatividad de la baciloscopia.³ El paciente del caso comunicado

ha sido tratado durante 24 meses con el esquema convencional sin conseguir negativización de la baciloscopia y con efectos secundarios asociados con la clofazimina. Hay pocos datos del manejo de la lepra en los receptores de trasplantes y hasta ahora no existen guías al respecto. Estos casos deben tratarse con un enfoque integrado de dermatólogos e infectólogos, ya que estos pacientes requieren una atención especial por las posibles interacciones farmacológicas, los efectos adversos de los fármacos y el nivel de inmunosupresión.

REFERENCIAS

1. Gasink LB, Seymour C, Blumberg EA, Goldberg LR, Fishman NO. An uncommon presentation of an uncommon disease: leprosy in a heart transplant recipient. *J Heart Lung Transplant* 2006; 25 (7): 854-856. doi: 10.1016/j.healun.2006.03.016.
2. World Health Organization (WHO) Global leprosy (Hansen disease) update, 2021: moving towards interruption of transmission. *Weekly Epidemiological Record* 2021; 36 (96): 421-444.
3. Trindade MA, Palermo ML, Pagliari C, Valente N, et al. Leprosy in transplant recipients: report of a case after liver transplantation and review of the literature. *Transpl Infect Dis* 2011; 13 (1): 63-69. doi:10.1111/j.1399-3062.2010.00549.x
4. Modi K, Mancini M, Joyce MP. Lepromatous leprosy in a heart transplant recipient. *Am J Transplant* 2003; 3 (12): 1600-1603. doi:10.1046/j.1600-6135.2003.00284.x.
5. Launius BK, Brown PA, Cush E, Mancini MC. A case study in Hansen's disease acquired after heart transplant. *Crit Care Nurs Q* 2004; 27 (1): 87-91. doi:10.1097/00002727-200401000-00008.
6. Ardalan M, Ghaffari A, Ghabili K, Shoja MM. Lepromatous leprosy in a kidney transplant recipient: a case report. *Exp Clin Transplant* 2011; 9 (3): 203-206.