



Medicent Electrón. 2024;28:3789

ISSN 1029-3043

Informe de Caso

## Enfermedad de Hansen y VIH: Reporte de un caso

### Hansen's disease and HIV: A case report

Roxana Rivera Rivadulla<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-4545-2233>

Julio César Camero Machín<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-8135-6206>

Grecia María Giniebra Marín<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-2179-4482>

Yaima Gorrín Díaz<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-4685-6472>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Quirúrgico Docente «Dr. León Cuervo Rubio». Pinar del Río. Cuba.

\*Autor para la correspondencia: Correo electrónico: [roxanarivadulla@gmail.com](mailto:roxanarivadulla@gmail.com)

## RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un paciente seropositivo al VIH, en fase sintomática precoz, asistido en el servicio de Dermatología del Hospital Clínico- Quirúrgico Docente «Dr. León Cuervo Rubio», por tener lesiones cutáneas infiltradas, localizadas en miembro inferior derecho con alteraciones de la sensibilidad térmica y dolorosa, de tres meses de evolución. El diagnóstico presuntivo fue enfermedad de Hansen; la baciloscopía resultó positiva, el estudio histopatológico estableció el diagnóstico definitivo de lepra *borderline* tuberculoide y la biopsia el



método auxiliar vital en el diagnóstico positivo de esta dermatosis. Le fue indicada la poliquimioterapia para casos multibacilares asociada a la terapia antirretroviral, lo que propició la evolución favorable del paciente; se demuestra, que el diagnóstico temprano es la principal herramienta para lograr un tratamiento adecuado, prevenir las discapacidades y rehabilitar al paciente enfermo.

**DeCS:** lepra; mycobacterium leprae; lepra paucibacilar.

## ABSTRACT

We present a HIV-seropositive male patient in its early symptomatic phase who was seen in the Dermatology service at "Dr. León Cuervo Rubio" Clinical and Surgical Teaching Hospital due to infiltrated skin lesions located in the right lower limb with alterations in thermal and pain sensitivity with three months of evolution. The presumptive diagnosis was Hansen's disease; the smear microscopy was positive, the histopathological study established the definitive diagnosis of borderline tuberculoid leprosy and the biopsy was the vital auxiliary method in the positive diagnosis of this dermatosis. Polychemotherapy for multibacillary cases associated with antiretroviral therapy was indicated, which led to the patient's favourable evolution; it is shown that early diagnosis is the main tool to achieve adequate treatment, prevent disabilities and rehabilitate the sick patient.

**MeSH:** leprosy, mycobacterium leprae; leprosy, paucibacillary.

Recibido: 28/03/2023

Aprobado: 10/07/2023

La enfermedad de Hansen constituye un problema de salud pública en todos los países subdesarrollados; es una enfermedad milenaria, cuyo origen se confunde con la misma historia de la humanidad y a pesar de los extraordinarios avances



de la ciencia, la lepra ha logrado sobrevivir hasta la modernidad y constituye aún, una problemática de investigación.<sup>(1)</sup>

Es muy probable que sea originaria de la India, pues la primera descripción auténtica sobre las varias formas de la lepra provienen de ese país en el año 600 antes de J.C., extendiéndose luego a Egipto, Europa, África y América, reportada a mediados del siglo XVI; se consideraba desde entonces, una enfermedad mística que ha despertado siempre un temor como problema social y económico, por su evidente relación con la pobreza y el subdesarrollo.<sup>(1,2)</sup>

Es estimada la principal causa de neuropatía después de la diabetes.<sup>(1)</sup> Se ha observado mayor incidencia en relación con la pobreza, promiscuidad, falta de servicios sanitarios y desnutrición; constituye un problema de salud pública prioritario en países subdesarrollados.<sup>(1,2)</sup> Existen focos de alta endemicidad en la India, Brasil, República Democrática del Congo, Nepal, República Unida de Tanzania, Madagascar y Mozambique. En Europa casi ha desaparecido, pero se han registrado pequeños focos en España, Portugal y Rusia.<sup>(2)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que a nivel mundial, en 2017, se detectaron 210 671 casos nuevos, la mayor parte se registró en la India y Brasil, con 12 164 (59,8 %) y 26 875 (12,8 %) casos, respectivamente. La región de las Américas reportó 29 101 casos nuevos, lo que representa cerca del 13 % de los casos a nivel mundial.<sup>(2)</sup> Por otra parte, fueron diagnosticados 12 189 casos con discapacidad visible o severa (5,8 % del total de casos nuevos detectados en el 2017), de los cuales, 2 149 se detectaron con esa condición en las Américas.<sup>(2)</sup>

Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, México, Paraguay, República Dominicana y Venezuela son países denominados como de alta proporción de casos nuevos para la región (más de 100 por año). Brasil, uno de los tres países con mayor reporte de casos a nivel mundial, registró 26 875 casos nuevos en 2017, aportando más del 90 % de la carga de la enfermedad en América.<sup>(2,3)</sup> En este continente, el 7 % de los casos nuevos detectados presentan discapacidad visible



o severa (grado 2, según la clasificación de la OMS) en el momento del diagnóstico.<sup>(2,4)</sup>

El desarrollo de la multidrogoterapia (MDT) o poliquimioterapia (PQT) para el tratamiento de la lepra, en los años 80 constituyó un importante descubrimiento para el control de la enfermedad, la cual fue usada en el ámbito mundial en la década del 90.<sup>(2)</sup> Esta representó una clara reducción en la prevalencia de la enfermedad, adoptándose durante la 44 Asamblea Mundial de Salud en 1991, la resolución de eliminar la enfermedad como problema de salud pública (prevalencia menor de 1 caso por 10 000 habitantes).<sup>(2,5,6)</sup>

En concordancia, es una meta del programa cubano, lograr el diagnóstico temprano de casos, teniendo en cuenta que la lepra no tiene prevención primaria; solo en la medida que se logre realizar un diagnóstico suficientemente temprano e imponer tratamiento oportuno, se irá interrumpiendo la cadena de transmisión y se logrará disminuir la incidencia.<sup>(6)</sup>

Controlar y eliminar la enfermedad constituye una prioridad para el sistema nacional de salud pública cubano, ya que de esta forma, se disminuye la morbilidad y las discapacidades por esta entidad; de ahí, la importancia de sospechar la afección y estudiar oportunamente al paciente.<sup>(6)</sup>

### **Presentación del paciente**

Se presenta el caso clínico de un paciente masculino VIH positivo, con placas eritematosas infiltradas en miembro inferior derecho de tres meses de evolución. El fácil acceso al órgano estudiado y la valiosa información obtenida del examen histopatológico y la baciloscopía, facilitaron el diagnóstico de lepra *borderline tuberculoides*. La atención integral a este paciente con la implementación oportuna de la PQT, asociada a la terapia antirretroviral (TARV), garantizó la prevención de discapacidades y propició una evolución favorable. Lo inusual de la asociación del VIH y la enfermedad de Hansen, en nuestro medio, motivó la presentación de este caso.



Motivo de consulta: lesiones en pierna derecha.

Historia de la enfermedad actual: paciente de 35 años, profesor de Cultura Física, heterosexual, seropositivo al VIH desde hace dos años; acude a consulta de Dermatología por tener placas eritematosas infiltradas, de bordes elevados, en los dos tercios inferiores de la pierna derecha, de tres meses de evolución y de aparición progresiva. Inicialmente, afectaron el tercio inferior de la pierna derecha acompañada de hiperestesia; tuvieron un crecimiento lento y progresivo, hasta alcanzar los dos tercios del miembro inferior derecho y tener pérdida de la sensibilidad.

Examen físico (datos significativos):

Mucosas: hipocoloreadas y húmedas.

Piel: presencia de placas eritematosas infiltradas, de bordes elevados, localizadas en los dos tercios inferiores del miembro inferior derecho, con alteración de la sensibilidad térmica y dolorosa (hipoestesia). (Figura 1).

Anexos cutáneos: disminución del vello corporal.



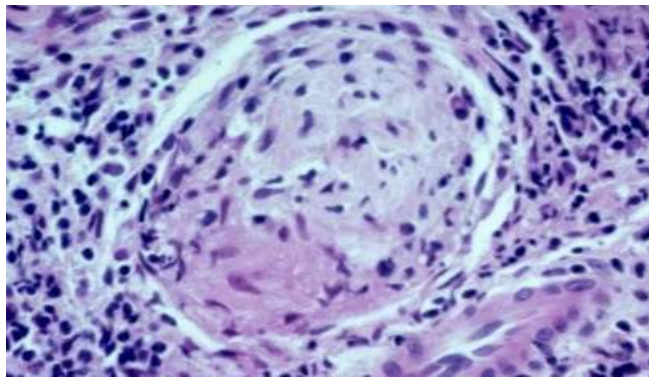
**Figura 1.** Aparecen en la piel placas eritematosas infiltradas de bordes elevados, localizadas en los dos tercios inferiores del miembro inferior derecho con disminución del vello corporal.

Exámenes complementarios: Hb: 106 g/L; hematócrito: 0.34 L/L; glicemia: 3,9 mmol/L; VIH: positivo; VDRL: negativo; eritrosedimentación: 84 mm/hora; TGP: 10 UI; TGO: 8 UI; creatinina: 76 mmol/L.; esputo BAAR: negativo; conteo de CD<sub>4</sub>: 65 células/ml; carga viral: 100 000 UI.

Baciloscopía: positiva. Índice bacteriológico (IB). Codificación 3: se visualizaron un promedio de 1 a 10 bacilos por campo, observados con objetivo de inmersión (1000 X), examinándose 25 campos como mínimo.

Examen directo KOH: no se observaron hifas ni células levaduriformes.

Biopsia de piel: granuloma de células epitelioides, linfocitos y células gigantes; visualizándose banda de Unna y considerable infiltración de los nervios. Compatible con lepra dimorfa tuberculoide. (Figura 2)



**Figura 2.** Gran número de bacilos ácido alcohol resistentes agrupados en histiocitos y nervios

Gracias al estudio histopatológico, se detectaron entidades como granuloma anular, necrobiosis lipoídica, tuberculosis cutánea, cromoblastomycosis, micosis superficial; al inicio de la valoración del paciente existía sospechas sobre la presencia de las mismas.

Diagnóstico positivo: lepra *borderline tuberculoide*.

### Comentario

La lepra, enfermedad infectocontagiosa de evolución crónica, tiene un período de incubación variable, generalmente tarda de tres a cinco años en incubarse en los casos lepromatosos como promedio, y en los tuberculoideos puede ser de ocho a nueve meses; por ello, los niños menores de cinco años solo pueden tener lepra

tuberculoide o indeterminada, y nunca lepromatosa; aunque se conocen casos de periodos hasta de 40 años y otros muy cortos (tres meses).<sup>(1,4)</sup>

El agente causal es *Mycobacterium Leprae* (ML), bacilo ácido alcohol resistente, intracelular obligado, inmóvil con forma de bastoncillo de extremos curvos, que habita principalmente, en las células de Schwann y en los macrófagos; se acumula en grupos conocidos como globis con un tiempo de generación de 11 a 14 días, mucho más largo comparado con otras bacterias. Esta lentitud biológica explica la cronicidad de la enfermedad.<sup>(7,8)</sup>

No se ha conseguido cultivar en medios artificiales y puede invadir cualquier órgano, excepto el sistema nervioso central; afecta principalmente, la piel, los nervios periféricos, la mucosa de las vías respiratorias superiores y también los ojos, además de otras estructuras. Ocurre en personas de cualquier edad y de ambos sexos.<sup>(6)</sup>

Se considera como único reservorio, el ser humano enfermo, aunque se ha encontrado en forma natural en primates (chimpancés y en dos monos Mangabey) y el armadillo de nueve bandas, mamífero que habita zonas meridionales y centrales de los Estados Unidos.<sup>(6,7,8)</sup>

No se ha definido con claridad, el modo exacto de transmisión, pero se sabe que está relacionado con la respuesta inmunológica del huésped; se le da mucha importancia, al contacto directo y prolongado, en el hogar, con las secreciones nasales, tos o estornudos de un paciente no tratado, multibacilar; este dispersa diariamente millones de bacilos que permanecen viables durante siete días como mínimo, en las secreciones nasales secas o de las úlceras cutáneas en la forma lepromatosa hacia otra persona sana, que corresponda al 5 % de quienes no tienen respuesta inmunológica adecuada para adquirir la enfermedad.<sup>(1,6,8)</sup>

Tal es el caso del paciente presentado, el cual se considera incluido en ese 5 % por ser seropositivo al VIH y no encontrarse competente inmunológicamente. Se plantea, que los microorganismos penetran por las vías respiratorias superiores y posiblemente, a través de la piel lesionada,<sup>(1)</sup> debido a que la lepra es una





enfermedad multifactorial que depende del estado inmunitario del paciente, de la dosis infectante y de la virulencia del microorganismo, así como de la frecuencia y duración de la exposición.

La lepra es propia de países tropicales, aunque el clima no influye en su difusión.<sup>(1,2)</sup> La clasificación de los casos de lepra se basa en criterios clínicos, histopatológicos, baciloscópico e inmunológicos. El alto índice de sospecha es decisivo para establecer el diagnóstico, por eso, la clínica es el primer recurso cuando las lesiones son orientadoras; sin embargo, para cumplir con los criterios debe complementarse con estudios paraclínicos.<sup>(1,8)</sup>

La clasificación clínica más utilizada es la de Ridley-Jopling, basada en el estado clínico e inmunológico del paciente. La enfermedad se divide en dos polos y un estadio intermedio: lepra lepromatosa LL, lepra tuberculoide LT y lepra dimorfa (*borderline*). Los casos dimorfos se clasifican según se acerquen al polo L o T, anteceditos por la palabra *borderline* (BL, BT y BB).<sup>(8,9)</sup>

En la lepra, la forma tuberculoide y la lepromatosa, son formas estables de la enfermedad, ya que no evolucionan hacia otras; en cambio, las formas indeterminadas y *borderline* son inestables, intermedias y pueden evolucionar hacia una de las dos formas polares cuando el paciente no recibe tratamiento.<sup>(1,8,9)</sup>

Existe un grupo de casos indeterminados considerados como la etapa inicial de la lepra. Estos se encuentran en un estadio inestable que evoluciona, eventualmente, a una polaridad y puede ser interrumpido con tratamiento hacia la curación. En este estadio, a pesar de la dificultad del diagnóstico clínico, la lepra puede ser curada fácilmente. Todos los casos dimorfos o indeterminados avanzan hacia un polo; algunos autores señalan que principalmente es a LL.<sup>(1,8)</sup>

Las manifestaciones iniciales pueden ser: neurales, mucosas o cutáneas. Es muy importante sospechar el diagnóstico temprano para prevenir discapacidades.<sup>(1,2,8)</sup>

Debido a la versatilidad en la presentación clínica, cualquier lesión en la piel, podría ser lepra. Si a esto se le suma, la alteración de la sensibilidad y/o el





engrosamiento de troncos nerviosos o sintomatología de neuropatía periférica, la probabilidad de que se trate de lepra, es muy alta.<sup>(2,8)</sup>

El diagnóstico de lepra debe basarse en el criterio clínico, baciloscópico e histopatológico; en este, la clínica es fundamental.<sup>(1,6,8)</sup> Para el diagnóstico debe realizarse un examen físico dermatoneurológico, destinado a identificar lesiones en la piel; se debe evaluar si estas lesiones cutáneas presentan alteración de la sensibilidad, en el siguiente orden: primero, térmica; después, dolorosa y finalmente, táctil, y/o déficit neurológico periférico. Se debe buscar además, el compromiso oftalmológico, otorrinolaringológico, osteoarticular y neural.<sup>(6,10)</sup>

La exploración debe hacerse con buena iluminación, preferiblemente oblicua. Hay que examinar toda la superficie cutánea del paciente, teniendo especial cuidado en respetar su intimidad; se debe prestar atención a las zonas en que comúnmente ocurren lesiones, como la cara, las orejas, las nalgas, las caras laterales de las extremidades y la espalda.<sup>(9,10)</sup>

Como complemento al diagnóstico, se encuentran las pruebas complementarias; es decir, la baciloscopia y la histopatología, principalmente.<sup>(8,9)</sup> No se debe realizar el diagnóstico de lepra, si el examen clínico no demuestra signos y síntomas claros e inequívocos de lepra, apoyado por la baciloscopia y/o por el estudio histopatológico.<sup>(8,9)</sup>

La OMS ha definido como caso de lepra, a la persona que tiene una o más de las características siguientes, y que aún no ha terminado un ciclo completo de tratamiento (criterios cardinales):<sup>(2)</sup>

- Lesiones cutáneas características: hipopigmentadas, hiperpigmentadas o rojizas, con trastornos de la sensibilidad. Algunas veces estas manchas pueden ser aplanadas o estar elevadas por completo o solamente en los bordes; dentro de la mancha no existe la presencia de vellos o pelos normales, y no existe sensibilidad táctil, térmica o dolorosa; ante esto es muy posible que estemos frente a una lesión de lepra.<sup>(1,2)</sup>



- Afección de los nervios periféricos, demostrada por un engrosamiento definido con pérdida de sensibilidad y de fuerza en los músculos de las manos, pies y cara.<sup>(1,6,8)</sup>

- En varios casos se pueden palpar dentro o en las inmediaciones de las manchas cutáneas, algún cordón nervioso engrosado.<sup>(2,6)</sup> También es necesario constatar, si no existe engrosamiento en algunos de los troncos principales; entre los que preferentemente sufren engrosamiento están: el nervio cubital (inmediatamente por encima de la fosa olecraniana); la rama cutánea del nervio radial (en el borde externo del radio cerca de la articulación de la muñeca); el nervio poplíteo externo (allí donde rodea el cuello del peroné) y el nervio tibial posterior (inmediatamente por debajo del maléolo interno).<sup>(1,2)</sup>

El paciente en estudio no presentó engrosamiento de los nervios periféricos.

- Presencia de bacilos ácido-alcohol resistente (BAAR) en frotis cutáneo o biopsia de piel:<sup>(8)</sup> el diagnóstico temprano, realizado en el primer año de la aparición de los síntomas de la enfermedad, reviste la mayor importancia para el control de la lepra, porque cura al enfermo, interrumpe la transmisión y evita las discapacidades.<sup>(2,6,10)</sup>

El estudio bacteriológico que se le realiza a una persona sospechosa de la enfermedad de Hansen es la baciloscopia; este permite valorar la presencia de BAAR en frotis de linfa o mucus nasal. El resultado se expresa teniendo en cuenta el índice baciloscópico, dado por una codificación que utiliza la escala logarítmica de Ridley, y va del 0 a 6. Se basa en el promedio de bacilos observados en la lámina, contando los sólidos, los fragmentados y los granulados.<sup>(8)</sup>

La biopsia cutánea (el estudio histopatológico) es un procedimiento esencial en el estudio del paciente con lepra, porque confirma definitivamente la sospecha clínica, clasifica la enfermedad, contribuye a evaluar los resultados del tratamiento y establece los diagnósticos diferenciales. La biopsia permite realizar el diagnóstico de certeza.<sup>(2,8,9)</sup>



Dependiendo de la presentación clínica, el estudio histopatológico de las lesiones de piel será muy variado. Por sí sola, la histopatología no hace el diagnóstico de las distintas formas de lepra, ello siempre requiere la correlación clínico-histopatológica.<sup>(1,2,8)</sup> Se considera, que en el caso en estudio, existió una correlación clínico-histopatológica, puesto que las lesiones cutáneas se corresponden clínicamente con las descritas en la literatura para la lepra BT; el estudio histopatológico corroboró el diagnóstico presuntivo.

Para la toma de las biopsias, se debe seleccionar una lesión típica y realizar una incisión desde el borde activo hacia el centro. No se debe utilizar la técnica de sacabocado o *punch*, ya que la muestra debe ser amplia y profunda para que incluya filetes nerviosos. El tamaño ideal es de 5mm de ancho, 10 mm de largo y 7 mm de profundidad para que incluya hipodermis.<sup>(1,8)</sup>

Dentro del estudio del tejido debe realizarse tinción de Ziehl-Neelsen para identificar las bacterias ácido-alcohol resistentes (BAAR). La presencia de bacilos determinará formas multibacilares de lepra. Si es posible, también se realiza la tinción de Fite Faraco, al ser más sensible que la de Ziehl-Neelsen para demostrar el ML en el tejido.<sup>(8)</sup>

El resultado del estudio histopatológico varía de acuerdo al tipo de lepra.<sup>(8)</sup> En el caso del paciente de nuestro estudio, mostró una lepra borderline tuberculoide caracterizada por la existencia de un granuloma de células epitelioides, linfocitos y células gigantes, con presencia de la banda de Unna.<sup>(1)</sup>

En los años 80, el desarrollo de la PQT para el tratamiento de la lepra constituyó un importante descubrimiento para el control de la enfermedad, usada en el ámbito mundial en los años 90.<sup>(6,8)</sup> La terapia multidroga, de duración limitada, es la recomendada por la OMS, pues ningún fármaco debe utilizarse por sí solo.<sup>(2, 6,8)</sup>

En el caso que se presenta, se realizó la PQT indicada a pacientes multibacilares con dapsona, rifampicina y clofazimina por un período de 12 meses. En pacientes con VIH-sida, hay que tener en consideración, las interacciones de los fármacos



antirretrovirales con la rifampicina, sobre todo con los inhibidores de proteasas. Esta precaución se tuvo en cuenta en el caso estudiado.<sup>(11)</sup>

Se ha observado que, al igual que la tuberculosis<sup>(1)</sup>, la lepra también puede aumentar la capacidad replicativa del VIH, especialmente durante los episodios de reacciones leprosas; por este motivo, fiscalizamos que el paciente tuviera una adherencia estricta a la TARV.

Teniendo en cuenta los preceptos citados con anterioridad, el paciente de nuestro estudio recibió un tratamiento integral, fue valorado por un equipo multidisciplinario que incluyó varios especialistas: médico internista, dermatólogo, inmunólogo, oftalmólogo, fisiatra, psicólogo y médico general integral. La asociación de la TARV a la PQT fue un pilar terapéutico primordial, ya que la respuesta al tratamiento, según la literatura consultada, es más lenta en el paciente inmunosuprimido que en el inmunocompetente.

La quimioprofilaxis a los contactos intradomiciliarios de primer y segundo orden, así como a los extradomiciliarios, fue realizada según lo establece el Programa Nacional de Prevención y Control de la Lepra.<sup>(6)</sup> Se realizó el seguimiento clínico, baciloscópico perfil hepático y renal, así como de la carga viral y conteo de linfocitos T CD<sub>4</sub> del paciente. El paciente mantuvo además, el cumplimiento de medidas generales (higiénico-dietéticas) como complemento del tratamiento medicamentoso.

Se presenta este caso, por ser poco frecuente la asociación de la enfermedad de Hansen con el VIH, pues a veces, las lesiones de la lepra son confundidas y tratadas como otras dermatosis antes de llegar al diagnóstico definitivo, así como, por lo difícil del manejo de esta afección; esta enfermedad constituye un reto para el dermatólogo debido a la larga duración del tratamiento, los efectos colaterales, la posible resistencia a los medicamentos o la recidiva de la enfermedad tras la interrupción de la PQT.

El estudio histopatológico y la baciloscopia fueron imprescindibles para arribar al diagnóstico certero de la enfermedad, y la biopsia fue el método auxiliar vital en el



diagnóstico positivo de lepra *borderline* tuberculoide. Fue indicada la poliquimioterapia para casos multibacilares asociada a la terapia antirretroviral, lo que propició la evolución favorable del paciente, quedando demostrado que el diagnóstico temprano es la principal herramienta para lograr un tratamiento oportuno, prevenir las discapacidades, satisfacer las necesidades del paciente y elevar su calidad de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estrategia mundial para la lepra 2016-2020. Acelerar la acción hacia un mundo sin lepra. Guía de monitoreo y evaluación [internet]. Asia: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para el Sudeste Asiático; 2017 [citado 21 nov. 2022]. Disponible en:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208824/9789290225195-es.pdf>

2. Tablada Robinet ME, Marrero Rodríguez H, López Pupo N, Mulén Tablada D, Pérez González O. Aspectos clínicos y epidemiológicos en pacientes timorenses con enfermedad de Hansen. MEDISAN [internet]. 2019 [citado 21 feb. 2022];23(1):[aprox. 20 p.]. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192019000100089&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192019000100089&lng=es&nrm=iso)

3. Manual de Organización y Procedimientos para la Lepra (enfermedad de Hansen) [internet]. Santiago de Chile; 2017 [citado 21 nov. 2022]. Disponible en:

[https://diprece.minsal.cl/wrdprss-minsal/wp-content/uploads/2017.12.21\\_MANUAL-DE-LEPRA.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss-minsal/wp-content/uploads/2017.12.21_MANUAL-DE-LEPRA.pdf)

4. Rivera Rivadulla R, Giniebra Marín GM. El examen neuro dermatológico, una técnica imprescindible, pero ¿olvidada? Rev Méd Electrón [internet]. 2020 [citado 21 nov. 2021];42(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en:

<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3150/4689>.



5. Rodríguez Rojas JL, Mir García YG, Atrio Mouriño N, Zayas Calás YS, Hernández Rodríguez H. Coinfección VIH/SIDA- Lepra. Folia dermatológica [internet]. 2018 [citado 21 feb. 2022];12(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revfdc.sld.cu/index.php/fdc/article/view/127/113>
6. Casas Figueredo N, Varela Cevallos IP, Chico Capote A, Sánchez Bruzón Y, Norales Figueroa SA. Deformidades articulares en la enfermedad de Hansen. Rev Acta Med [internet]. 2020 [citado 22 nov. 2022];21(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revactamedica.sld.cu/index.php/act/article/view/52/html>
7. Gomes Guerra M, Ferrera Cardoso Videira TM, Gomes Morais HA, Resse Nunes Santos TC, Ferreira Taipa RJ, Araújo Abreu M, *et al.* Leprosy presenting as remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting o edema syndrome - a case report. BMC Inf Dis [internet]. 2019 [citado 21 nov. 2022];(19):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6530132/>
8. Baquero Suárez JM, Gámez Sánchez D, Dueñas Moreira O. Diagnóstico de lepra en una comunidad ecuatoriana. Rev Cubana MGI [internet]. 2019 [citado 21 feb. 2022];35(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revvmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/528/268>
9. Rodríguez Rojas JL, Mir García YG, Atrio Mouriño N, Zayas Calás YS, Hernández Rodríguez H. Lepra lepromatosa asociada a VIH/SIDA presentación de un caso. Fontilles. Rev Leprol [internet]. 2019 [citado 22 feb. 2022];32(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: [https://fundacionfontilles.org/wp-content/uploads/2020/03/LEPRA-LEPROMATOSA-ASOCIADA-A-VIH.-RevLeprol\\_SepDic2019.pdf](https://fundacionfontilles.org/wp-content/uploads/2020/03/LEPRA-LEPROMATOSA-ASOCIADA-A-VIH.-RevLeprol_SepDic2019.pdf)
10. Fragozo Mendoza LC, Villalobos Caballero CA. Enfermedad de Hansen (lepra): Eritema nodoso leproso. Biociencias [internet]. 2017 [citado 22 feb. 2022];12(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6228790.pdf>



11. Montúfar Andrade F, Quiroga A, Builes C, Saldarriaga C, Aguilar C, Mesa M. *et al.* Epidemiología de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en pacientes hospitalizados en una institución de alta complejidad y enseñanza universitaria en Medellín, Colombia. *Infectio* [internet]. 2016 [citado 15 feb. 2021];20(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-93922016000100003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-93922016000100003)

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tener conflicto de intereses.

