

NUEVO ATLAS DE LEPRO

Manual fotográfico para facilitar la detección, diagnóstico y tratamiento de la Lepra al personal sanitario y voluntario

A. Colin McDougall
Yo Yuasa

SASAKAWA MEMORIAL HEALTH FOUNDATION

Tokyo, Japón

2005

NUEVO ATLAS DE LEPRO

Manual fotográfico para facilitar la detección, diagnóstico y tratamiento de la Lepra al personal sanitario y voluntario

A. Colin McDougall
Yo Yuasa

Traducción: Dr. José Ramón Gómez e Dr. Pedro Torres

SASAKAWA MEMORIAL HEALTH FOUNDATION
Tokyo, Japón
2005



Prólogo	1
Diagrama para el diagnóstico y clasificación de la lepra	2
Multiterapia (MDT) recomendada por la Organización Mundial de la Salud. ...	3
Ilustraciones para las presentaciones mensuales de MDT en paquetes blister para multibacilares (MB) y paucibacilares (PB)	4
“Antes y después de la MDT” — resultados del tratamiento	8

Las lesiones en la lepra



1. Lepra paucibacilar (PB); 1–5 lesiones cutáneas	11
2. Lepra multibacilar (MB); 6 o más lesiones	24

Lepra neural	34
Reacciones	35
Reacciones — Tipo 1 (reversión, incremento)	36
Reacciones — Tipo 2 (lepromatoso, ENL)	40
Discapacidad—deformidad	42

Diagnostico diferencial

46



(a) Afecciones mas frecuentes	47
(b) Afecciones menos frecuentes	62



Agradecimientos	73
Bibliografía y lecturas recomendadas	74
Información sobre impresión	interior contraportada



LA LEPRA SE CURA
con multiterapia que previene
las discapacidades
y deformidades.

Cogidos de la mano lucharemos hacia
UN MUNDO SIN LEPRA

El Atlas de Lepra original se elaboró en 1981 en estrecha colaboración con el Dr. R.S.Guinto y sus colegas del Leonard Word Memorial Laboratory, Cebu, Filipinas. Las 230 primeras copias de un formato mayor fueron hechas prácticamente a mano pero su acogida resultó tan favorable que decidimos producir el Atlas en 1983 con formato para imprimir. La intención era poder suministrar una colección de fotografías de lepra, tanto clínicas como histopatológicas, de buena calidad, dirigidas sobre todo a médicos y personal sanitario para facilitar su formación además de ser material de referencia para el aprendizaje. También producimos una versión con diapositivas. Nunca imaginamos que fuera a tener una acogida tan favorable, que continua hasta hoy día con 38.000 copias impresas en inglés, así como 23.000 en otros 6 idiomas. Un "líder en ventas" aunque su distribución sea gratuita.

El mundo de la lepra cambiaba casi simultáneamente con la publicación del Atlas en 1981. La multiterapia (MDT) desempeñó un importante papel en este sentido empezando con la histórica reunión del Grupo de Trabajo en Quimioterapia en octubre de ese mismo año. La resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de 1991 sobre "Eliminación de la lepra como problema de salud pública" aceleró todavía más este proceso. Los 122 países endémicos en la década de los 80 pasaron a ser solo 15 al final de ese año. La OMS propone el "Impulso Final" para que al final de 2005 no quede ningún país endémico en el mundo, es decir todos con menos de un caso por 10.000 habitantes. Sin duda constituiría un gran logro.

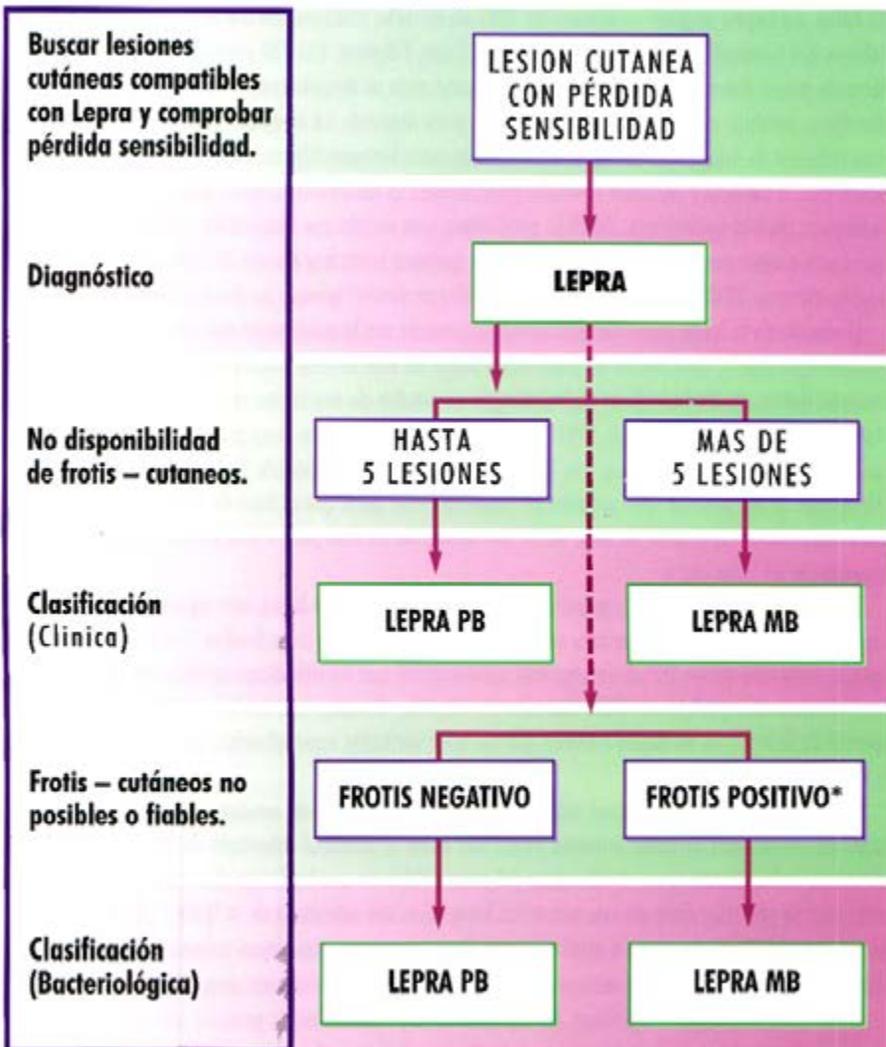
Sin embargo, para los más comprometidos en la lucha contra la lepra, este acontecimiento solo significa alcanzar una meta por muy importante que sea. Nuestra meta final es "Un mundo sin lepra" en que cada caso nuevo (sin duda seguirán apareciendo) que ha sido diagnosticado sea tratado lo más rápidamente posible con MDT. Con esta disminución de casos nuevos, las actividades básicas de control de la lepra ya no serían tratadas por servicios verticales especializados, sino por personal del servicio de salud primario.

Este nuevo Atlas, como indica el subtítulo de la portada se propone ayudar al personal sanitario tanto de los servicios de salud primaria periféricos como al personal voluntario de las aldeas en la detección de los nuevos casos. A diferencia del primer Atlas en que las fotografías eran de las Filipinas, con casos de piel muy clara en este nuevo Atlas las fotografías son sobretodo de la India y Bangladesh zonas con el 80% de los casos a nivel mundial. Nuestra meta es que hayan suficientes copias del Atlas para entregar a todos los centros de salud periféricos, probablemente unas 20.000 copias o más.

El Dr. Colin McDougall, leprólogo, ha asumido la responsabilidad de producir este volumen. Mi nombre aparece en portada sobre todo por la elección de fotografías o constatación de afirmaciones en casos en que había dudas sobre su idoneidad para este volumen.

El propósito del Atlas original era fortalecer las actividades de control de la lepra en unos momentos en que no se vislumbraba el fin de todos nuestros esfuerzos. El nuevo Atlas pretende ser de utilidad hasta el fin de los mismos ¿resulta muy ambicioso? Sí, pero espero que sea al mismo tiempo realista.

Diagrama de flujo para Diagnóstico y Clasificación (Grupos para Multiterapia)



*Cuando un paciente resulte frotis cutáneo positivo, independientemente de su clasificación clínica, debe ser tratado con multiterapia multibacilar (MB). Sin embargo, esta técnica depende de la disponibilidad de un laboratorio fiable.



Multiterapia (MDT)

Del listado de actividades vitales para conseguir la Estrategia de Eliminación, este Nuevo Atlas se centra en:

1. Diagnóstico precoz y correcto.
2. Diagnóstico diferencial – i.e. considera otras enfermedades dermatológicas cutáneas que pueden confundirse con lepra y originar diagnósticos equivocados.
3. Descripción de los paquetes blister y regímenes en uso para el tratamiento de todos los pacientes con multiterapia (MDT).

El paciente de la fotografía fue diagnosticado por el personal sanitario en el Centro de Salud y recibe su primer paquete blister calendario (BCP) de medicamento para el tratamiento de Lepra Multibacilar (MB).

Con la iniciativa de la OMS, el tratamiento para la Lepra está disponible para todos los pacientes del mundo gratuitamente.

Algunos servicios para Lepra utilizan una combinación de Rifampicina, Ofloxacino y Minociclina (ROM) en dosis única para el tratamiento de Lepra de lesión única (SSL); ver página 6 y 18 de referencia 2. La Rifampicina es un componente esencial de los regímenes, tanto para Lepra PB, como MB, como se describe en las páginas siguientes. El Ofloxacino y la Minociclina son antibióticos eficaces contra la Lepra.

MDT (MB) – Dosis ADULTOS

Vista frontal del blister MDT para adultos MB.

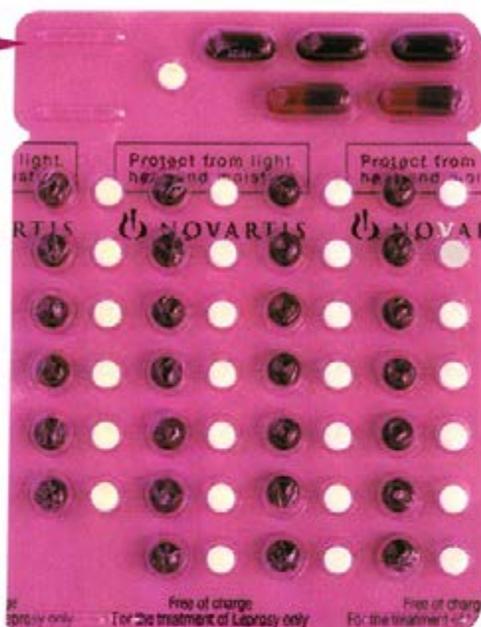
Tratamientos mensual supervisado (Día 1 – las 2 filas parte superior se separan):

Clofazimina 300 mg. (3 cápsulas de 100 mg.),
Rifampicina 600 mg. (2 cápsulas de 300 mg.)
y Dapsona 100 mg. (una tableta de 100 mg.).

Tratamiento diario no supervisado (día 2–28):

Clofazimina 50 mg. (una cápsula de 50 mg.),
todos los días y Dapsona 100 mg. (una tableta de 100 mg.) todos los días.

Duración del tratamiento: 12 blisters administrados entre 12–18 meses.



Reverso del blister de MDT para adultos MB.

R = Rifampicina: dosis mensual supervisada de 600 mg. (2 cápsulas de 300 mg. cada una).

C = Clofazimina 100 mg.: dosis mensual supervisada de 300 mg. (3 cápsulas).

D = Dapsona: dosis mensual supervisada de 100 mg. (1 tableta).

Los días 2–28 representan 4 semanas con Clofazimina (50 mg.) *todos los días* y 100 mg. Dapsona *diaria*.

Tamaño real del paquete:
106 mm x 140 mm.



MDT (MB) – Dosis NIÑOS (10–14 años)

Vista frontal del blister MDT para niños MB.

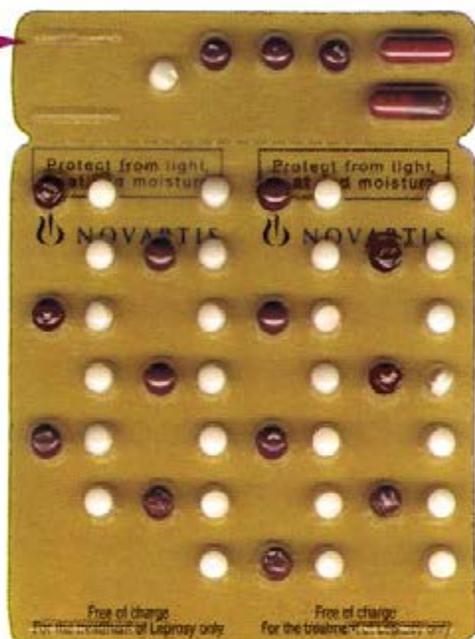
Tratamientos mensual supervisado (Día 1 – las 2 filas parte superior se separan):

150 mg. Clofazimina (3 cápsulas, cada una de 50 mg.), Rifampicina 450 mg. (2 cápsulas, 1 de 300 mg. y otra de 150 mg.), y 50 mg. Dapsona (1 tableta de 50 mg.).

Tratamiento diario no supervisado (día 2–28):

50 mg. Clofazimina (una cápsula 50 mg.) días alternos y Dapsona 50 mg. (una tableta de 50 mg.) todos los días.

Duración del tratamiento: 12 blisters administrados entre 12–18 meses.



Reverso del blister de MDT para adultos MB.

R = Rifampicina: dosis mensual supervisada de 450 mg. (2 cápsulas una de 300 mg. y otra de 150 mg.).

C = Clofazimina 50 mg.: dosis mensual supervisada de 150 mg. (3 cápsulas).

D = Dapsona: dosis mensual supervisada de 50 mg. (1 tableta).

Los días 2–28 representan 4 semanas con Clofazimina no supervisada (50 mg.) **todos los días** y Dapsona 50 mg. **diario**.

Tamaño real del paquete:
106 mm x 140 mm.



Para niños menores de 10 años se ajusta la dosis, por ejemplo, Rifampicina 300 mg., Dapsona 25 mg. y Clofazimina 100 mg. para dosis mensual supervisada, a continuación Dapsona 50 mg. y Clofazimina 50 mg. dos veces/semana.

MDT (PB) – Dosis ADULTOS

Vista frontal del blister MDT para adultos PB.

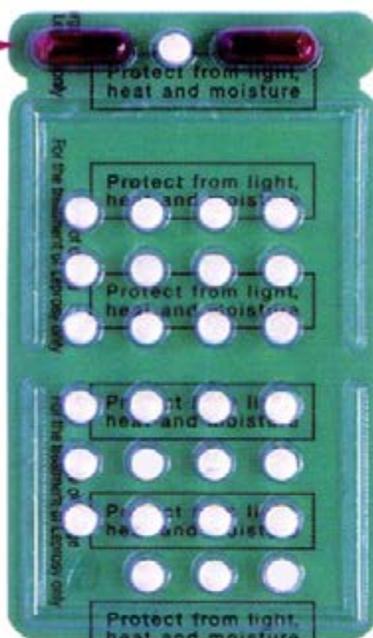
Tratamientos mensual supervisado (Día 1 – las 2 filas parte superior se separan):

Rifampicina 600 mg. (2 cápsulas de 300 mg.) y 100 mg. Dapsona (una tableta de 100 mg.).

Tratamiento diario no supervisado (día 2–28):

100 mg. Dapsona (1 tableta de 100 mg.) todos los días.

Duración del tratamiento: 6 packs, administrados entre 6–9 meses.



Reverso del blister de MDT para adultos PB.

R = Rifampicina: dosis mensual supervisada de 600 mg. (2 cápsulas de 300 mgs. cada una).

D = Dapsona: dosis mensual supervisada de 100 mg. (1 tableta).

Los días 2–28 representan 4 semanas con Dapsona 100 mg. no supervisada, *diaria*.

Tamaño real del paquete:
72 mm. x 122 mm.



MDT (PB) – Dosis NIÑOS (10–14 años)

Vista frontal del pack MDT para niños PB

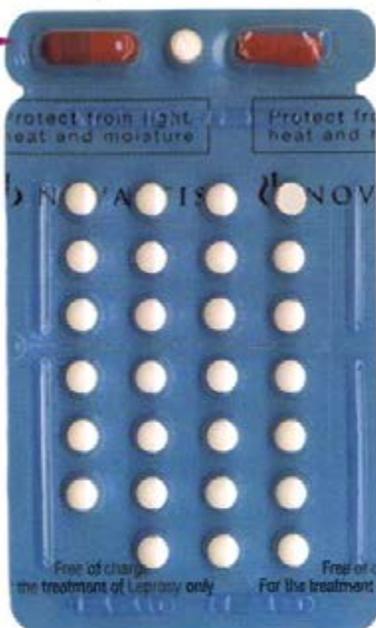
Tratamientos mensual supervisado (Día 1 – las 2 filas parte superior se separan):

Rifampicina 450 mg. (2 cápsulas de 300 mg. y 150 mg.) y 50 mg. Dapsona (2 tabletas).

Tratamiento diario no supervisado (día 2–28):

50 mg. Dapsona (1 tableta de 50 mg.) todos los días.

Duración del tratamiento: 6 packs, administrados entre 6–9 meses.



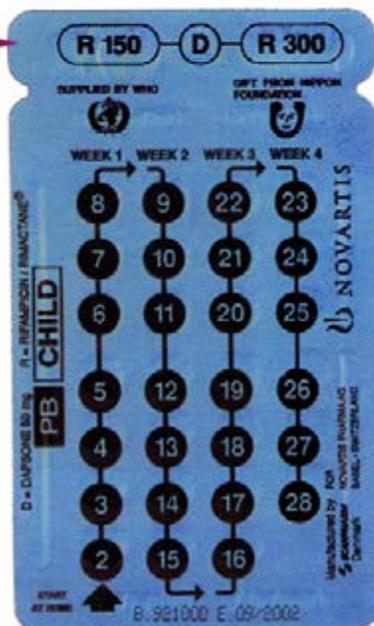
Reverso del pack de MDT para niños PB.

R = Rifampicina: dosis mensual supervisada de 450 mg. (2 cápsulas de 300 mg. y 150 mg. cada una).

D = Dapsona: dosis mensual supervisada de 50 mg. (1 tableta).

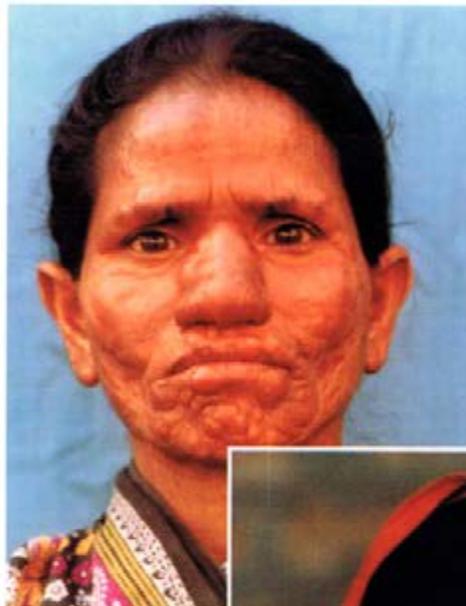
Los días 2–28 representan 4 semanas con Dapsona no supervisada (50 mg.) *diarios*.

Tamaño real del paquete:
72 mm. x 122 mm.



Para niños menores de 10 años se puede ajustar la dosis, por ejemplo Rifampicina 300 mg mensual y Dapsona 25 mg. diarios.

Antes MDT



Después
MDT



Esta paciente presentaba una forma nodular muy activa de Lepra MB. Fue tratado con régimen MB durante 12 meses (página 4) y con una excelente respuesta.

Antes MDT



Después
MDT

Este niño presentaba lesiones cutáneas y neurales activas y diseminadas. Fue tratado con 12 meses de régimen MB con dosis para niños (página 5) y con una excelente respuesta.

LEPRA

Empleando la clasificación de la página 2, las siguientes imágenes representan pacientes con:

1) Lepra Paucibacilar (PB), quien por definición presenta de 1–5 lesiones cutáneas.

2) Lepra Multibacilar (MB), con 6 ó más lesiones cutáneas.

Con la excepción de las 2 fotografías de la página 34, este Atlas no incluye información sobre los aspectos neurales o neurológicos de la Lepra: hay otras publicaciones sobre estos aspectos tan importantes de la enfermedad, algunos mencionados en referencias y lecturas adicionales en las páginas 74–76.

- **Estas imágenes pretenden ser una ayuda para el reconocimiento y el diagnóstico.**
- **En la mayoría de los casos, se puede diagnosticar Lepra solamente con los síntomas clínicos.**
- **Ante cualquier duda sobre el diagnóstico, deriven al paciente al centro de referencia más cercano.**

1. CASOS DE LEPRO PAUCIBACILARES (PB).



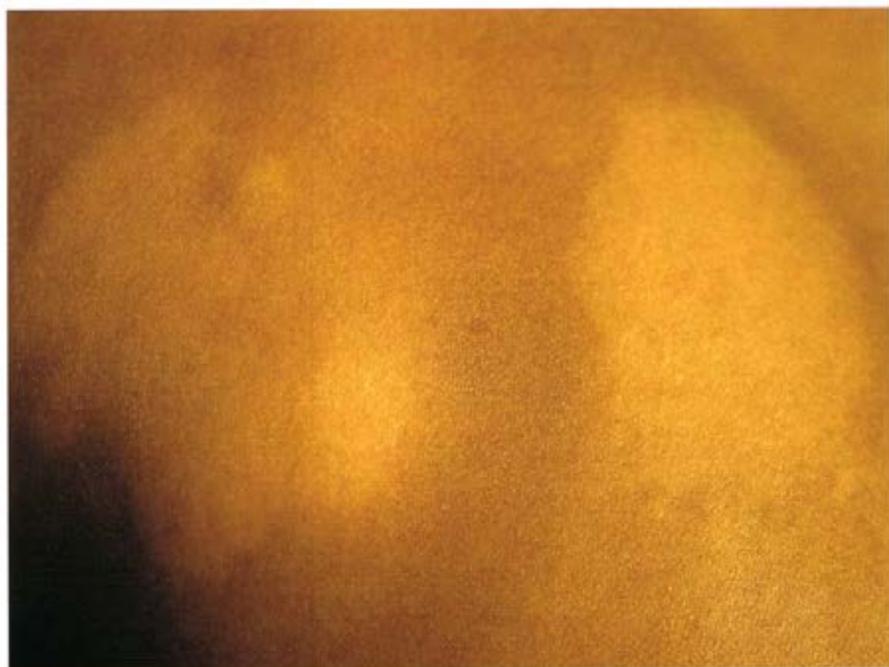
1.- Este estudiante tiene una zona clara bien definida, mancha cobriza en su mejilla izquierda que es plana (mácula). Era su única lesión. Una evaluación cuidadosa reveló que no sentía un ligero toque o pinchazo con aguja sobre la mancha. Lepra Paucibacilar (PB).



2.- Esta joven tiene una zona difusa más clara (hipopigmentación) sobre la mejilla derecha y el lado derecho de la nariz. El test de sensibilidad reveló que no podía sentir el toque con el algodón o pinchazo con aguja sobre la mancha. Lepra Paucibacilar (PB).



3.- Aparece un área bastante grande en la parte posteroinferior del antebrazo con borde mal definido, la cual aumentó durante un período de 2 meses y eventualmente mostró una reducción en la respuesta a la exploración de la sensibilidad. Lepra Paucibacilar (PB).



4.- Estas máculas mal definidas, más claras (hipopigmentación) comparadas con la piel de alrededor se encontraron en la región del hombro izquierdo. Aumentaron su tamaño durante el período de observación y revelaron pérdida de la sensibilidad al tacto y dolor. Lepra Paucibacilar (PB).



5.- Esta lesión en forma de anillo era la única manifestación de Lepra. La superficie sobre todo en los bordes estaba elevada, ligeramente rugosa y seca. La lesión presentó ausencia de sudoración incluso después del esfuerzo. Se demostró la pérdida de sensibilidad al tacto y al dolor. Lepra Paucibacilar (PB).



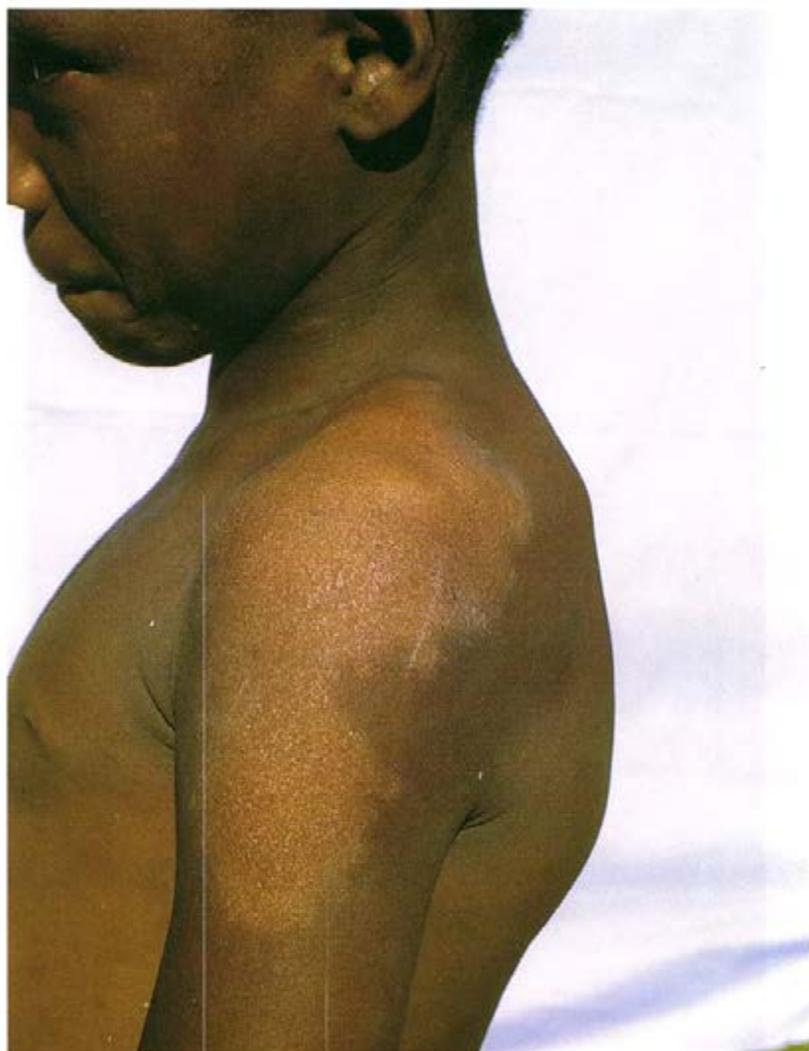
6.- Esta lesión bastante diseminada en la parte posterior del antebrazo, presentó bordes mal definidos y durante el examen clínico y la palpación con los dedos presentó un tacto duro (infiltrado), se demostró fácilmente pérdida de sensibilidad al tacto y dolor. La palpación del nervio cubital en comparación con el nervio del otro lado del cuerpo era normal. Lepra Paucibacilar (PB).



7.- Esta mujer presenta una lesión única bien definida y sobreelevada en la mejilla derecha con pérdida de sensibilidad. Lepra Paucibacilar (PB). En las lesiones en la cara que son precoces y planas (maculares), puede resultar difícil demostrar la pérdida definitiva o reducción de la sensibilidad.



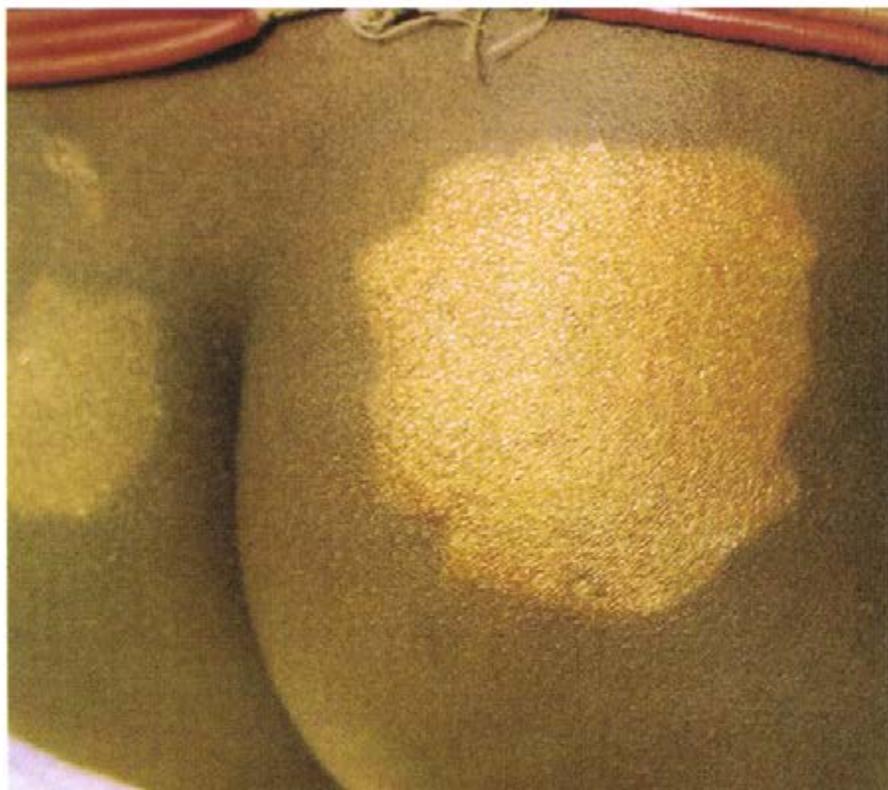
8.- Esta imagen muestra una lesión eritematosa con bordes sobreelevados en la parte superior del pie y alrededor del tobillo. Había pérdida completa de sensibilidad en la lesión. Lepra Paucibacilar (PB).



9.- Este chico muestra una lesión sobre su hombro izquierdo con color más claro (hipopigmentación) con tendencia a formar pequeñas lesiones satélites a partir de los bordes de la principal. Había pérdida de sensibilidad. Lepra Paucibacilar (PB).



10.- Se muestra una lesión grande y bien definida sobre la nalga izquierda. El borde es sobreelevado y firme a la palpación con los dedos. Presenta una pérdida definitiva de sensibilidad especialmente en los bordes. Lepra Paucibacilar (PB).



11.- Una lesión obvia y muy bien desarrollada sobre nalga derecha acompañada por otras dos menos obvias en nalga izquierda. La lesión principal presenta pérdida definitiva de sensibilidad. Lepra Paucibacilar (PB).



12.- Vemos dos lesiones bien definidas mucho más claras que la piel normal (hipopigmentación). Se demostró fácilmente la alteración de la sensibilidad. Lepra Paucibacilar (PB).



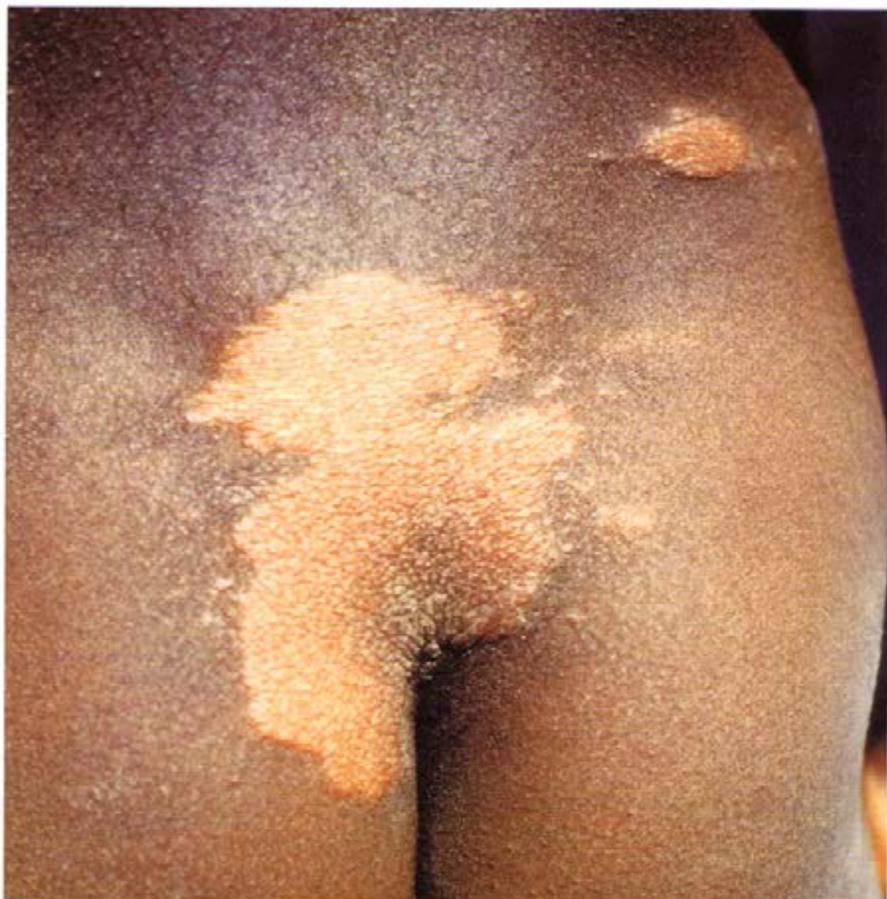
13.- La apariencia de esta lesión en la parte posterior del brazo es muy sugestiva de Lepra. Era su única lesión y presentó pérdida definitiva de sensibilidad. El nervio cubital del lado afectado era normal. Lepra Paucibacilar (PB).

Su sonrisa sugiere que no está muy afectada por el diagnóstico de Lepra, quizás el trabajador sanitario le ha explicado que se curará si toma durante 6 meses la multiterapia (MDT : ver páginas 6 y 7). Es esencial una buena comunicación entre el trabajador sanitario y el paciente para el control de esta enfermedad.

2. CASOS DE LEPRO MULTIBACILAR (MB).

14.- Este niño presenta numerosas máculas claras diseminadas por nalgas y tronco y hay muchas en la parte anterior del cuerpo y extremidades. Fíjense que en las lesiones de Lepra el color normal (pigmento) está **reducido** pero no completamente **perdido**. La **pérdida** completa del pigmento (despigmentación) se presenta en el vitiligo (ver página 57) y algunas otras enfermedades. El número total de lesiones es más de 5 y algún nervio periférico está afectado.





15.- Se observa una lesión grande con coloración reducida (hipopigmentación) entre las nalgas incluyendo algunas lesiones satélites y otras lesiones en la parte superior derecha de la imagen. Se anotaron otras tres lesiones cutáneas y dos nervios periféricos afectados. Estas lesiones presentaron pérdida de sensibilidad Lepra Multibacilar (MB).



16.- Se observan numerosas lesiones de un débil color cobrizo sobre las nalgas y región lumbar, aunque no fácilmente demostrable algunas de las máculas mayores presentaron pérdida de sensibilidad. Los frotis cutáneos fueron positivos. Lepra Multibacilar (MB).



17.- El paciente presenta numerosas lesiones en sacabocados sobre nalgas y piernas y hay muchas lesiones similares sobre tronco y brazos. Los frotis cutáneos fueron positivos. La mayoría de las lesiones presentaron alteración de la sensibilidad táctil existiendo tres nervios periféricos engrosados. Lepra Multibacilar (MB).



18.- Este es un primer plano de otro paciente con lesiones similares al de la figura 17. El área central "inmune" presentó sensibilidad reducida al tacto y dolor y los frotis cutáneos en el borde eritematoso y sobreelevado fueron positivos. Lepra Multibacilar (MB).



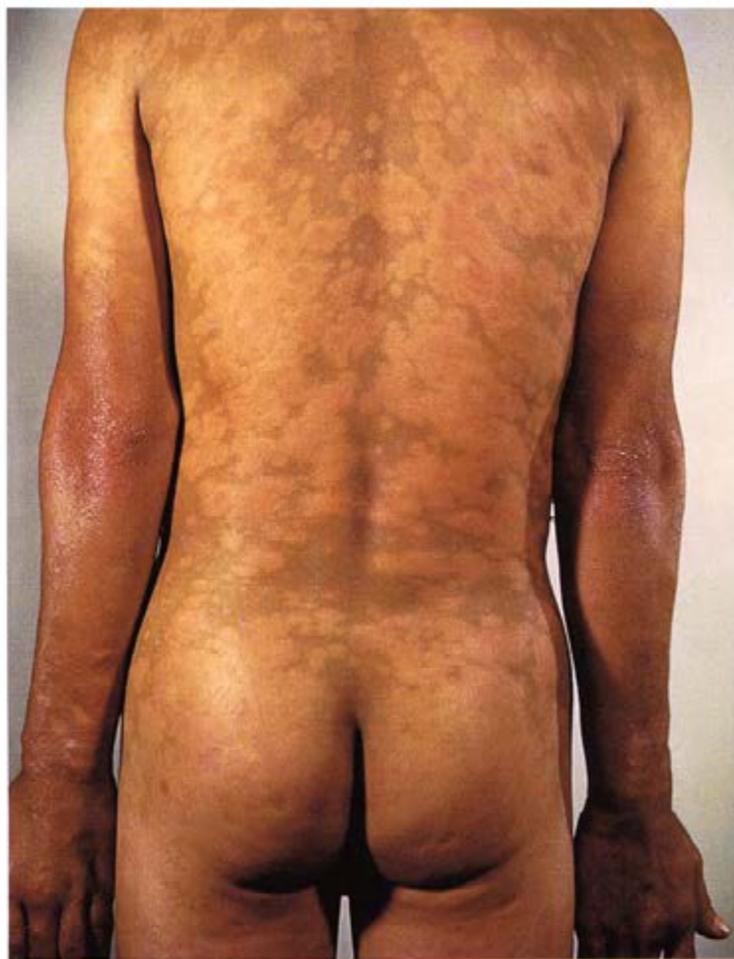
19.- Otro paciente con lesiones cutáneas similares a los de la figura 17 y 18. Los anillos de forma oval y regular y los centros típicos en sacabocados son característicos de este tipo de Lepra y casi nunca observados en otras enfermedades cutáneas. El diagnóstico se confirmó demostrando la pérdida de sensibilidad en los anillos sobreelevados y algunas de las áreas internas de piel de aspecto normal. Lepra Multibacilar (MB).



20.- Este paciente presenta numerosas manchas rojas elevadas sobre tronco y extremidades y también presenta varias en la cara. Algunos nervios periféricos estaban engrosados y los frotis cutáneos resultaron positivos. Algunas manchas presentaban ligera pérdida de sensibilidad táctil. Lepra Multibacilar (MB).



21.- Esta es la espalda del paciente de la figura 20. En este tipo de Lepra (MB) las lesiones están típicamente elevadas, en declive hacia los bordes como un plato invertido. Contrasta con los hallazgos en muchas de las máculas paucibacilares observadas en las figuras 1–13. Lepra Multibacilar (MB).

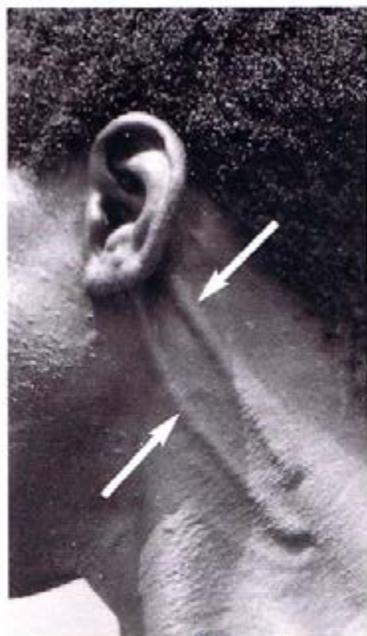


22.- Toda la espalda y la mayor parte de la superficie del brazo presenta lesiones planas (máculas) distribuidas simétricamente. Los frotis cutáneos resultaron muy positivos. No fue posible demostrar pérdida de sensibilidad en estas lesiones, pero los frotis eran muy positivos y había tres nervios periféricos afectados. Lepra Multibacilar (MB).



23.- Este niño presenta Lepra Multibacilar activa con máculas sobre la cara y cuello y muchos pequeños bultos (nódulos) ovales en la oreja derecha. La otra oreja está igualmente afectada. Examine siempre las orejas en este tipo de Lepra. En algunos casos son el principal o único lugar de inflamación y/o formación de nódulos. Lepra Multibacilar (MB).

LEPRA NEURAL



A la izquierda se presentan nervios engrosados en el cuello. Este es un hallazgo clínico típico en Lepra. Se observan aquí nervios a simple vista engrosados y son de gran valor para efectuar el diagnóstico de Lepra, porque dicho engrosamiento no ocurre en otras enfermedades.

La imagen inferior nos recuerda que en algunos países, particularmente India, los pacientes pueden presentar engrosamiento neural sin lesión cutánea.: Lepra Neural Pura (PNL).



El nervio ilustrado y señalado con flechas es el peroneal superficial de la cara superior del pie y parte inferior de la pierna, pero en PNL los típicos nervios afectados son cubital, ciático poplíteo externo, mediano, tibial posterior y facial. Este tipo de Lepra no debería diagnosticarse y tratarse sin derivarla a un clínico con experiencia.

REACCIONES

TIPO 1 REACCIONES

- A parte de las formas más comunes de “rutina” ilustrada en las páginas 11 a 33, los trabajadores sanitarios y voluntarios sobre el terreno deben ser capaces de reconocer y derivar el paciente en reacción.
 - Las reacciones de Lepra tienen lugar cuando el sistema inmune por causas esencialmente desconocidas reacciona contra la infección bacilar.
 - Estas reacciones lejos de ser protectoras deterioran frecuentemente la piel, nervios y otros tejidos.
 - Las lesiones cutáneas se vuelven inflamadas, eritematosas, calientes y dolorosas pudiéndose llegar a ulcerar.
 - De manera más importante los nervios se inflaman y se engrosan pudiendo haber deterioro de las fibras nerviosas responsables de la sensibilidad y motilidad.
 - En algunos casos dicho deterioro se presenta repentinamente en el momento del diagnóstico, durante el tratamiento o al final del mismo.
 - Las siguientes imágenes se incluyen para ayudar a los trabajadores sanitarios y voluntarios de campo a reconocer las reacciones y remitir al paciente para tener asesoramiento de un especialista.
 - En las siguientes páginas se clasifican las reacciones en tipo 1 (de reversión o incremento) y tipo 2 (Lepromatoso o ENL).
-

REACCIONES – TIPO 1 (sinónimo reversión, incremento)



1.- Esta imagen presenta una gran mácula de Lepra Paucibacilar sobre la cara y oreja con engrosamiento del nervio auricular posterior del cuello (flecha). Se desarrolló una reacción repentina después de iniciar la multiterapia (MDT). La lesión cutánea se volvió hinchada, dolorosa y sensible a la palpación. Esta imagen es un importante recuerdo de la importancia del compromiso neural en las reacciones de tipo 1. El auricular posterior presentado aquí tiene un significado clínico limitado, pero si se comprometen los nervios periféricos de las extremidades o los faciales, la pérdida de la sensibilidad y/o fuerza motora pueden tener lugar a veces rápidamente. Consulte a su supervisor o las directrices nacionales sobre el uso de analgésicos, férulas o esteroides (prednisolona) de acuerdo a la gravedad de la reacción. Reacción tipo 1.



2.- Esta es una gran mácula paucibacilar que era en principio plana pero ahora está inflamada y eritematosa, especialmente en los bordes debido a una reacción tipo 1. Las manifestaciones cutáneas observadas son muy llamativas y muchas veces conducen al reconocimiento y tratamiento de esta complicación en Lepra, pero es mucho más importante la posibilidad de un deterioro neural con compromiso de manos, pies u ojos. Si es posible estos casos en reacción están mejor tratados en un Centro de Referencia pero consulte sus directrices nacionales en relación con el tratamiento inmediato de reacciones tipo 1, moderadas o graves.



3.- Lesiones rojas eritematosas, inflamadas, dolorosas, insensibles al tacto, las lesiones observadas aquí particularmente en dedos y manos se presentaron durante el tratamiento de Lepra Multibacilar. Una reacción de tal magnitud y gravedad se controla mejor en un Centro de referencia o unidad especializada, si hay disponible, pero consulta sus directrices nacionales sobre los pasos a dar. Reacción tipo 1.



4.- Se observan lesiones eritematosas sobreelevadas encima y debajo del ombligo en un paciente con Lepra Multibacilar. Hay numerosas máculas de reacción tipo 1 en tronco y extremidades. Las reacciones de este tipo pueden ocurrir repentinamente, y como se ha insistido es el **compromiso neural periférico** la principal preocupación. Reacción tipo 1.

REACCIONES TIPO 2 (Sinónimo Lepromatosa, ENL)



1.- Se observan numerosas lesiones cutáneas y subcutáneas sobretodo rojas y elevadas con formación de pústulas y ulceración en varios puntos. ENL significa Eritema Nodoso Leproso y es una complicación frecuente de las formas de Lepra Multibacilar cerca del polo lepromatosa del espectro inmunológico. Los episodios de ENL duran normalmente alrededor de 2 semanas y se acompañan de fiebre, malestar y dolor neural, dolores articulares y complicaciones oftalmológicas. Los casos menos graves pueden ser controlados en condiciones de campo (consulte sus directrices nacionales), pero los casos graves o persistentes se controlan mejor en unidades de referencia o centros especiales. Reacción tipo 2.



2.- Los nódulos eritematosos se observan frecuentemente en cara y extremidades pero se pueden generalizar como se observa aquí en un paciente que presentó lesiones por todo el tronco. En algunos casos los nódulos de Eritema Nodoso Leproso pueden ser vesiculosos, postulosos, ampollosos o gangrenosos. Pueden abrirse con gran daño tisular. Los casos más leves pueden controlarse en condiciones de campo, pero los que presentan síntomas graves y/o compromiso de nervios periféricos está mejor controlarlos en un Centro de referencia o Unidad especial. Reacción tipo 2.

DISCAPACIDAD Y DEFORMIDAD

DEL DIAGNÓSTICO TARDIO Y TRATAMIENTO DE LEPROSA : DISCAPACIDAD Y DEFORMIDAD.

- Si se detecta y diagnostica precozmente la Lepra, la multiterapia (MDT: ver páginas 3-7) curará la enfermedad y prevendrá las discapacidades y deformidades.
- Si se diagnostica tarde y no se trata o se trata inadecuadamente se dañarán diversos nervios con pérdida de la sensibilidad y fuerza muscular.
- Las siguientes imágenes ilustran los resultados finales de un diagnóstico y tratamiento tardío. Se incluyen en este nuevo atlas para enfatizar el papel crucial de la detección precoz y MDT en la prevención de discapacidades y deformidades.
- Las deformidades son el resultado final de la Lepra no tratada o mal tratada, desgraciadamente debidas al prolongado deterioro de las fibras nerviosas que no responden a la multiterapia (MDT). Sin embargo un adecuado reconocimiento de estas condiciones es esencial y nos debe conducir a una intensificación en la detección de casos tanto en convivientes como en habitantes de la zona.



1.- **Manos.** La imagen superior tomada en una aldea ilustra

(a) manos en garra en ambos lados, sobretodo en la izquierda debido al deterioro neural, debilidad muscular y contracturas.

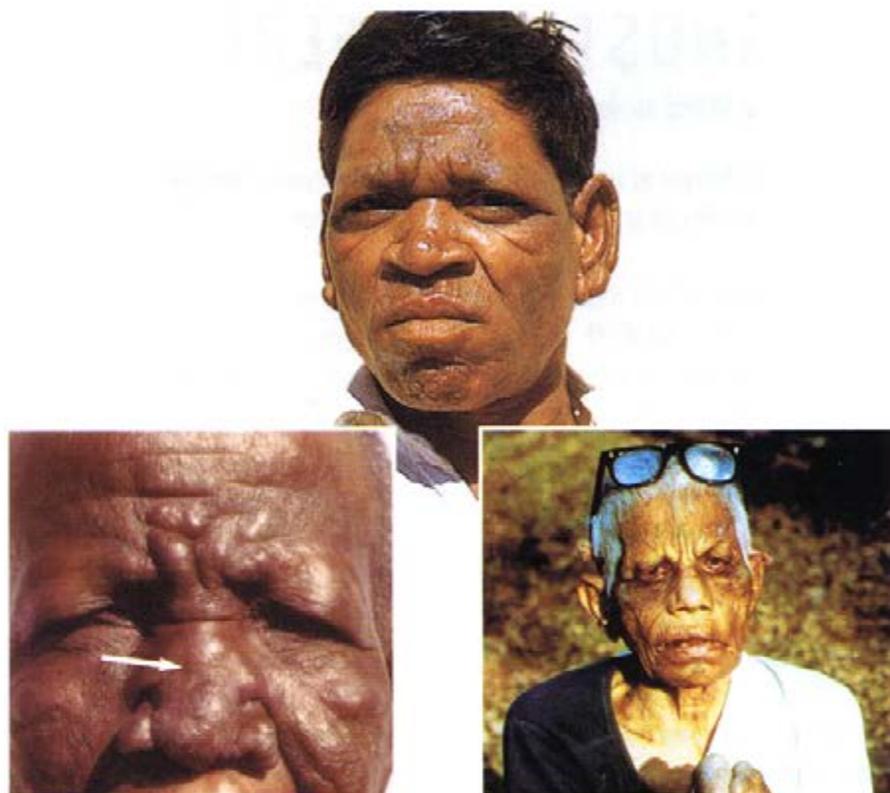
(b) quemaduras y cicatrices de los dedos de ambas manos debido a la pérdida de sensibilidad. El paciente se presentó tarde. En su primer diagnóstico tenía un compromiso claro de los nervios mediano y cubital de ambos lados. La quimioterapia detuvo el progreso de la infección bacteriana, pero poco pudo hacer en las discapacidades existentes.

La imagen inferior presenta una mano caída debido al deterioro del nervio radial del brazo en este joven con Lepra activa (MB).

2.- Pies. La imagen opuesta (derecha) presenta un pie izquierdo caído debido al compromiso del nervio ciático poplíteo externo en la pierna durante una reacción. El paciente se presentó con reacción, pérdida de fuerza muscular y sensibilidad.



La imagen opuesta presenta la superficie plantar (debajo) de un pie de un paciente con ulceración en la base del pulgar sobre uno de los principales puntos de apoyo al caminar. También hay deformidad y garra de los dedos. Se presentó tarde con un deterioro establecido o permanente de los nervios periféricos encargados de recoger sensibilidad y fuerza muscular del pie. EL DIAGNOSTICO PRECOZ Y EL TRATAMIENTO CON MDT HABRIAN PREVENIDO ESTA SITUACIÓN.



3.- Cara y ojos. Imagen superior: Lepra activa MB que presenta piel engrosada (infiltrada) y brillante sobre el rostro. Ambas orejas infiltradas y con nódulos. Han desaparecido las cejas (madarosis) común en lepra MB establecida, poco común en otras enfermedades. **Izquierda inferior:** Lepra MB activa nodular con colapso del cartilago nasal (flecha). **Derecha inferior:** pacientes ancianos con largo historial de Lepra son los que presentan mayor riesgo de complicaciones oculares y ceguera. Este paciente es incapaz de cerrar los ojos para protegerlos debido al deterioro de los nervios faciales. Esta condición (lagofthalmos) es la complicación ocular mas frecuente en Lepra. La exposición de la córnea (sin protección de los párpados) puede conllevar a ulceración e infección.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

(Afecciones de la piel no de Lepra)

Alguna de las imágenes particularmente de las afecciones “sencillas” o frecuentes pueden ser de utilidad para el personal de salud primario.

También se han incluido otras afecciones menos frecuentes ya que la distribución y utilización de este **NUEVO ATLAS DE LEPRO** puede abarcar a observadores experimentados en centros sanitarios gubernamentales o no gubernamentales, médicos cualificados a nivel distrito y dermatólogos.

No pensar en la Lepra lo cual conlleva a equivocar el diagnóstico es un asunto grave. El sobrediagnóstico o el diagnóstico equivocado es igualmente grave y puede estar ocurriendo significativamente en programas dedicados a la búsqueda intensiva de casos durante un periodo limitado de tiempo. Particularmente en estas circunstancias la OMS aconseja:

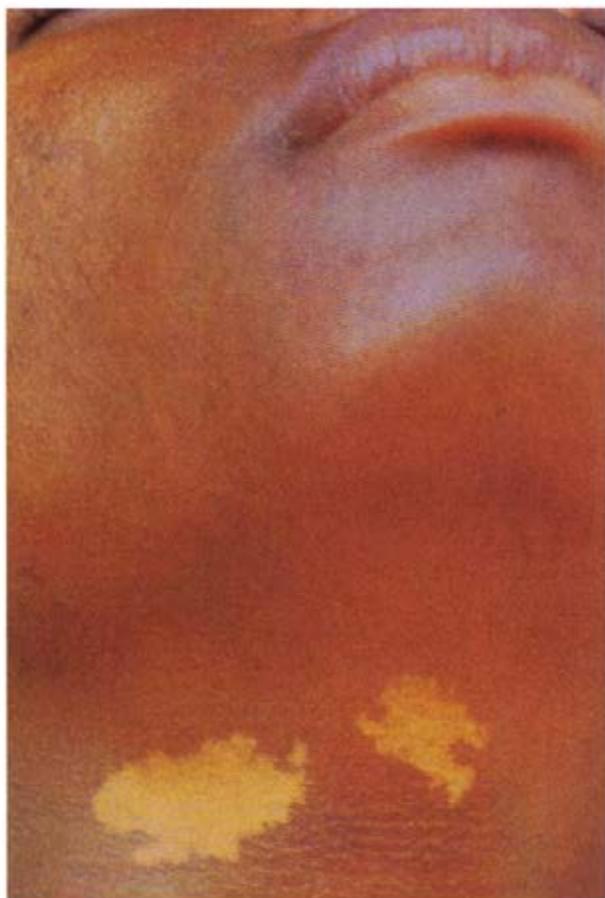
“... hay que poner mas énfasis en la especificidad del diagnóstico y es muy importante que cada nuevo caso detectado sea correctamente investigado para confirmar el diagnóstico de la enfermedad y posible identificación del caso(s) índice”.

Hemos dividido las imágenes en dos grupos:

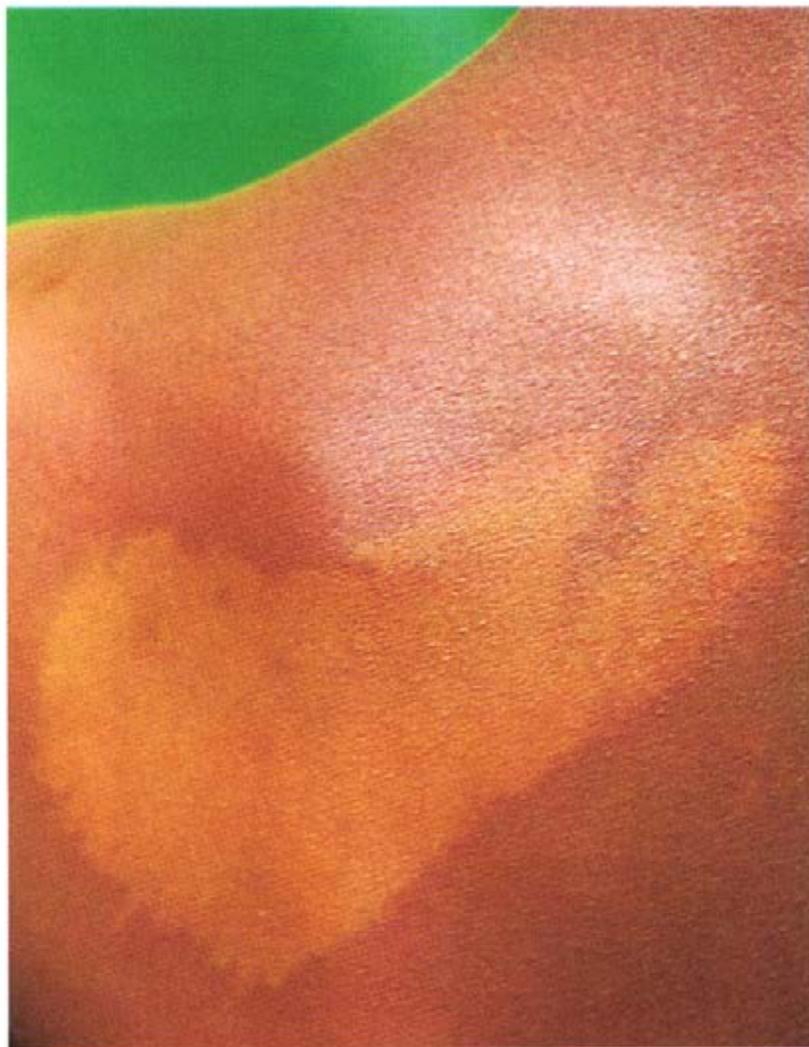
(a) Afecciones relativamente “sencillas” (obvias) que ocurren frecuentemente en la mayoría de países 1–15 y

(b) Afecciones menos frecuentes incluyendo algunas muy poco frecuentes en algunas áreas, sobre todo como recordatorio de la amplia variedad de afecciones cutáneas (dermatológicas) que pueden bajo distintas circunstancias causar confusión y un diagnóstico equivocado, 16–25.

AFECCIONES FRECUENTES Y SENCILLAS



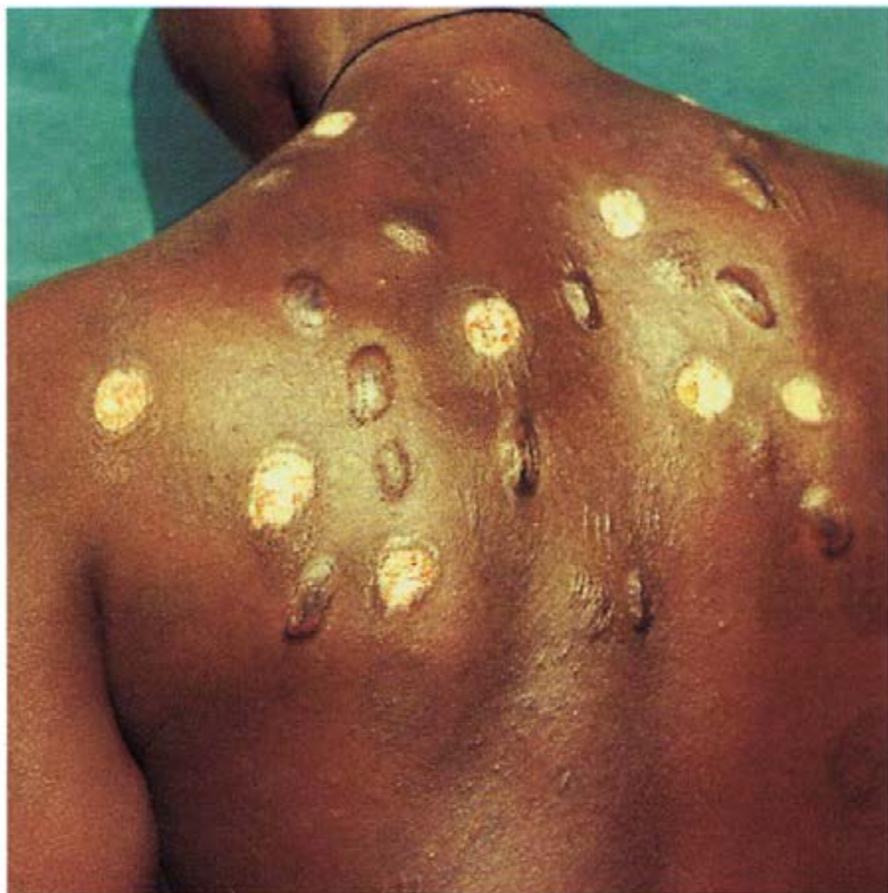
1.- **Mancha de nacimiento.** Normalmente manchas poco numerosas. Presentes desde el nacimiento que no cambian a lo largo del tiempo. Los bordes pueden ser muy bien definidos y mellados como se muestra aquí. Hipopigmentación pero con sensibilidad y sudoración normal. Algunas veces se llama nevus anemicus.



2.- **Mancha de nacimiento.** En la región del hombro derecho presente desde el nacimiento. Sensibilidad y sudoración conservada. Realice la historia: pregunte a los padres o familiares cercanos sobre la duración de la lesión y compruebe la pérdida o reducción de la sensibilidad.



3.- Hipocromia post-inflamatoria. Reducción de la pigmentación normal, en los bordes o alrededor de la zona de inflamación previa (posiblemente reciente) por heridas o condiciones inflamatorias simples como aquí se muestra. Es muy frecuente y puede imitar ocasionalmente a una Lepra inicial. Realice la historia y examine la pérdida o disminución de la sensibilidad.



4.- Tejido cicatricial. Las cicatrices se observan comúnmente en pacientes de áreas endémicas de Lepra. Pueden ser debidas a cortes, quemaduras o simples traumas (daños físicos). Las que se muestran aquí fueron tratadas con medicina tradicional. Algunas cicatrices pueden mostrar pérdida de sensibilidad y recuerdan a las máculas de Lepra PB.



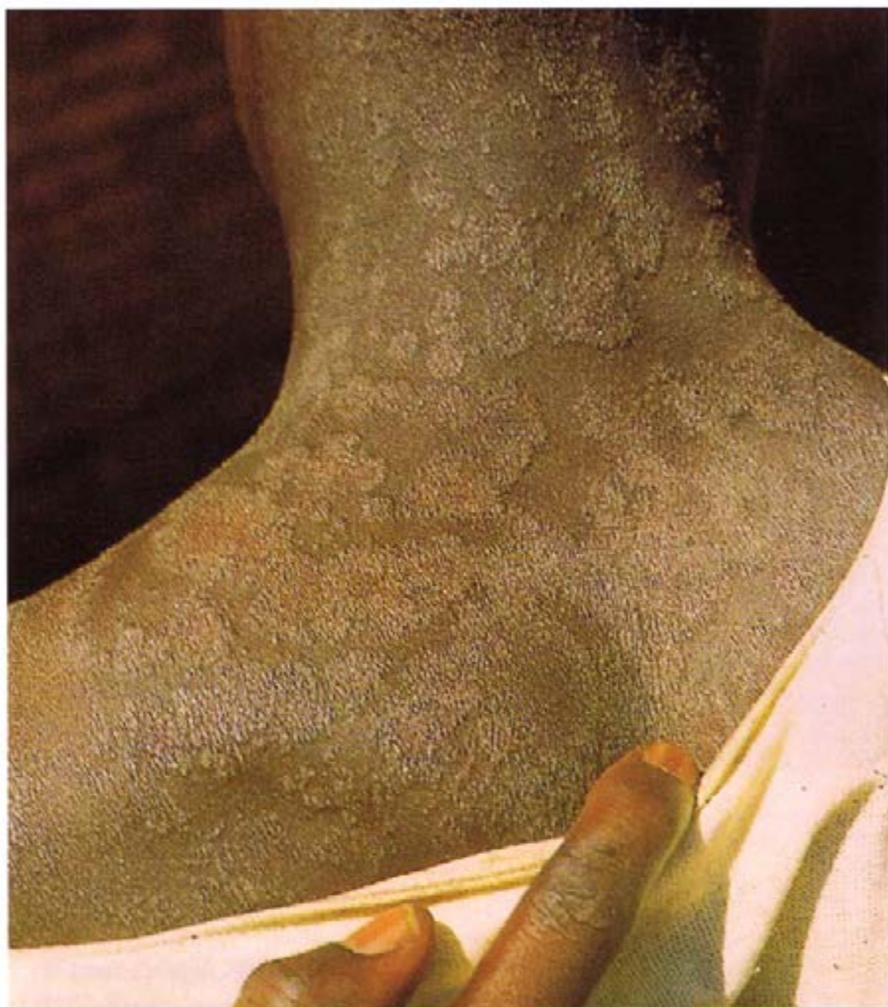
5.- **Dermatitis de contacto.** El contacto cutáneo con un amplio número de sustancias que incluyen tinturas, jabones, detergentes, plantas, plásticos, etc. en contraste con Lepra normalmente presenta prurito, especialmente en estadios iniciales. Puede ser intenso y llevar a lesiones e infecciones secundarias. La sensibilidad, sudoración y el examen de los nervios periféricos es normal.



6.- **Dermatitis seborreica.** Estas lesiones son diseminadas, en ocasiones muy pruriginosas. El cuero cabelludo puede afectarse con lesiones detrás de las orejas. La sensibilidad y sudoración están conservadas y las manifestaciones deberían responder a un tratamiento simple.



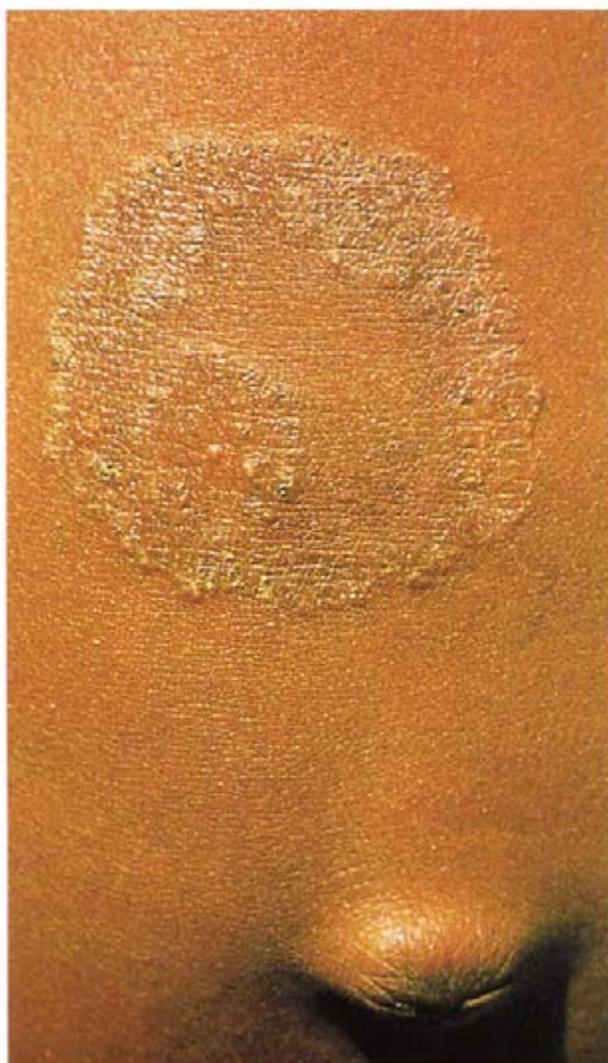
7.- Dermatitis liquenoide. Algunas veces las lesiones son circulares y parecen monedas (LD numular). Estas lesiones muy pruriginosas y escamosas con piel clara (hipopigmentación) pueden recordar algunas formas de Lepra PB. La sensibilidad y sudoración están completamente conservadas y no hay ningún otro signo que pueda sustentar el diagnóstico de Lepra.



8.- Tiña versicolor. Es una manifestación común en países tropicales. Lesiones bien definidas, escamosas, normalmente diseminadas por todo el cuerpo, cuello y miembros. A menudo coexisten con pacientes con lesiones de Lepra. La sensibilidad y sudoración son normales. Con el microscopio fácilmente podemos ver hongos.



9.- **Tiña circinata.** Se presentan típicas lesiones en cara y piernas. Es una enfermedad micótica con sensación y sudoración normal y que responde fácilmente a un tratamiento antimicótico.



10.- **Tiña corporis.** Sobre el ombligo ligeramente abultado, esta lesión prominente y escamosa es debida a una infección y debería responder a cualquier tratamiento antimicótico disponible: La sensibilidad y sudoración son normales.



11.- **Vitiligo.** Las lesiones acrómicas muy marcadas aquí observadas son debidas a una despigmentación (pérdida completa de color), en oposición a las más típicas hipopigmentaciones (reducción del pigmento) vistas en Lepra. Sin embargo en el estadio precoz de esta enfermedad antiestética, una pérdida incompleta de pigmento puede llevarnos a una confusión con Lepra. La sensibilidad, sudoración y textura son normales.



12.- **Pitiriasis rosa.** Aparece sobre todo en adolescentes y adultos jóvenes y las lesiones son rojas en forma de collar de finas escamas apuntando hacia el centro. Esta enfermedad se inicia frecuentemente con una mancha heráldica (imagen inferior), la cual es mayor que las siguientes que se diseminan sobre todo alrededor del tronco.



13.- Psoriasis. Las lesiones típicas arriba expuestas son realmente pruriginosas, múltiples y simétricas. Las lesiones ya tratadas pueden imitar alguna forma de Lepra PB. A la inversa algunas lesiones de Lepra PB en reacción (mirar páginas 36–37) pueden confundirse con psoriasis.



14.- **Granuloma anular.** Como se muestra aquí las lesiones se asemejan mucho a las formas de Lepra PB. Afecta principalmente a niños y jóvenes adultos. **La imagen superior** presenta una localización frecuente. **La imagen inferior** ilustra una forma mucho menos característica. Las pápulas o nódulos aparecen en un patrón como un anillo (anular). Las lesiones no presentan síntomas y no hay nervios periféricos engrosados. La sensibilidad y sudoración son normales.



15.- **Liquen plano.** Enfermedad relativamente común de piel y mucosas. Puede afectar a cualquier parte del cuerpo pero frecuentemente aparece en muñecas, región lumbar y tobillos. Como se muestra aquí las lesiones habitualmente tienen un color violáceo y secundariamente pueden dejar áreas de hiperpigmentación (normalmente oscuras). La sensibilidad y sudoración son normales.

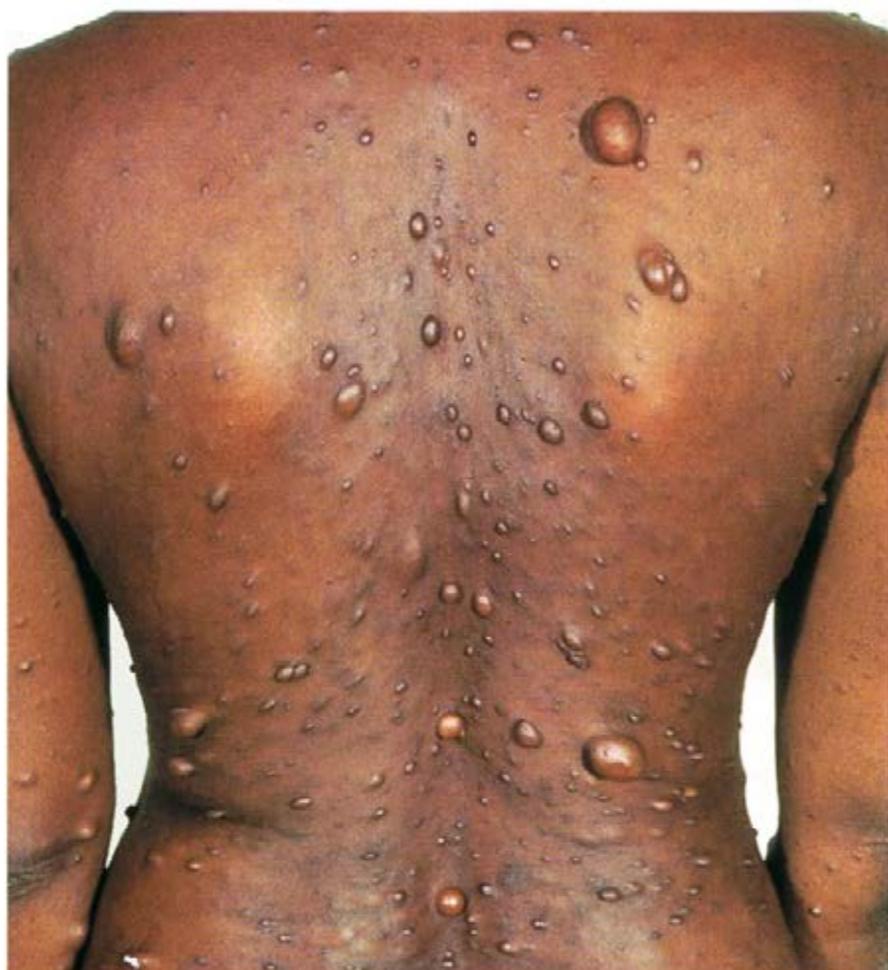
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL – AFECCIONES MENOS FRECUENTES.

Lista para supervisores, controladores de programa y centros de referencia.

Las siguientes imágenes 1–15 ilustran de manera simple y concisa afecciones frecuentes.

Las siguientes imágenes (16–25) son de afecciones menos frecuentes algunos de los cuales pueden ser incluso extrañas en su país o área. Son como un recordatorio del amplio grupo de condiciones no-Lepra pero que pueden semejar la Lepra.

- Todas las condiciones de las que se informa aquí pueden ser motivo de un diagnóstico equivocado de Lepra.
 - Esperamos que al menos algunas de las imágenes les ayudará a evitar este error que puede tener consecuencias graves tanto para el paciente como para su familia. Como ya hemos indicado anteriormente es importante averiguar que condiciones pueden causar confusión en su área de trabajo.
 - En este **NUEVO ATLAS DE LEPPA** se incluye la lista de Referencias y Lectura adicional (Página 74–76) y las imágenes (16–25) de condiciones menos frecuentes para la utilidad de supervisores, profesores, Hospitales de distrito o Centros de referencia.
-



16.- Neurofibromatosis (enfermedad de Von Recklinghausen). Lesiones nodulares múltiples blandas y que pueden ser pendulantes (colgantes). Los nervios periféricos normalmente comprometidos en Lepra no están afectados. Los frotis cutáneos son negativos. A veces la enfermedad se manifiesta como manchas y máculas color café (café con leche). Algunas pueden requerir una biopsia para poder confirmar el diagnóstico.



17.- Sarcoidosis. La apariencia de la piel es extremadamente variable y puede parecer Lepra. Esta mujer presenta una mácula grande, única, ligeramente hipopigmentada que cubre gran parte del lado izquierdo de la cara con infiltración y pequeños nódulos en el borde de la nariz. La sensibilidad es normal y no hay engrosamiento neural cerca de la mácula o en los nervios periféricos normalmente afectados de Lepra.



18.- Lupus Vulgaris (tuberculosis de la piel). Las manifestaciones cutáneas son variables y pueden confundir el diagnóstico de Lepra asemejándose a algunos tipos de Lepra PB. Las lesiones son rojas (eritematosas), infiltradas, de crecimiento lento, bien definidas y sin síntomas, pero con tendencia a la ulceración y formación de cicatrices. Los nervios no están comprometidos y (excepto en las cicatrices) la sensibilidad en las lesiones es normal. Esta niña presenta una lesión muy desarrollada en el brazo, pero las áreas más frecuentemente afectadas son cara, cuello y nalgas.



19.- **Lupus eritematoso discoide.** Las imágenes corresponden a dos pacientes. La imagen superior presenta la distribución típica de lesiones "alas de murciélago" en la cara con tendencia hacia la despigmentación (pérdida de pigmento). Esto se observa mucho más marcado en la imagen inferior de lesiones del torax y hombros. La sensibilidad y sudoración son normales y los nervios periféricos no están afectados.



20.- Xantomatosis. No es una condición frecuente pero los nódulos como se observa aquí pueden causar confusión. La enfermedad se asocia normalmente a niveles elevados de colesterol en sangre y aparece más frecuentemente en jóvenes. La región del codo, como se observa en la imagen, es un punto frecuente para la formación de nódulos.



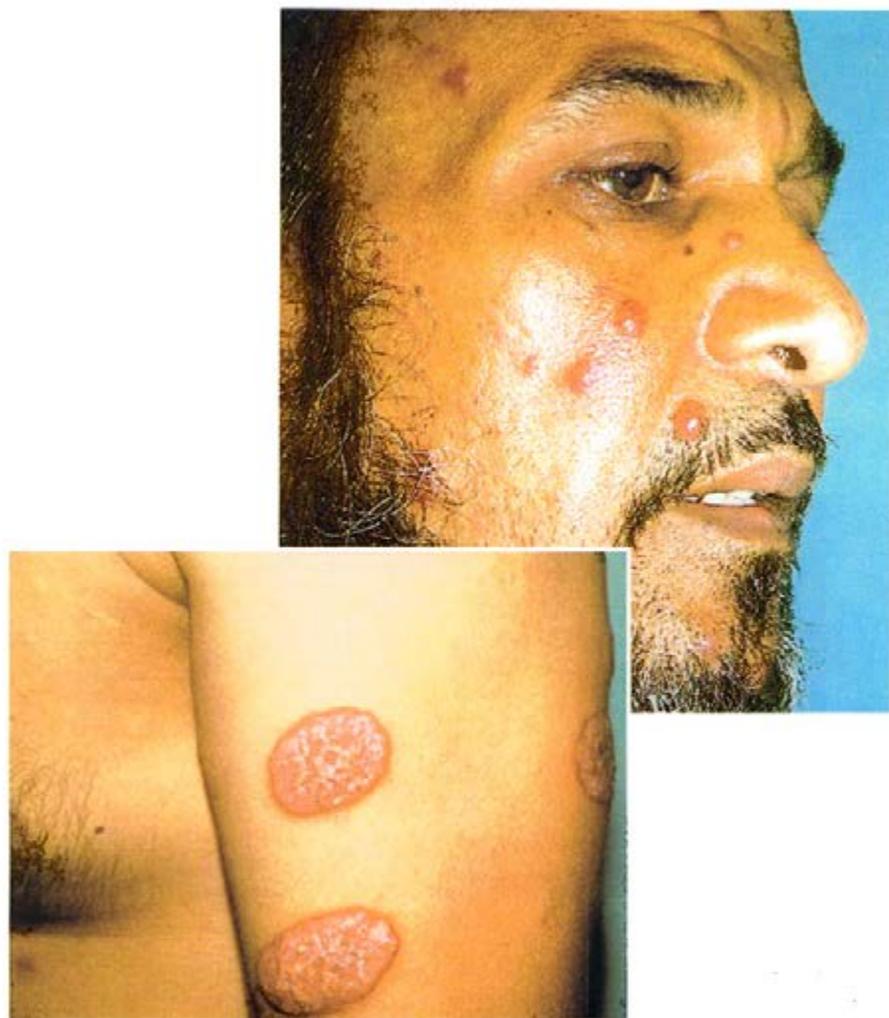
21.- **Leishmaniasis dérmica.** El paciente (derecha superior) presenta lesiones de Leishmaniasis diseminada que asemejan algunos tipos de Lepra Multibacilar (MB). El paciente (izquierda inferior) presenta lesiones nodulares de Leishmaniasis dérmica post-kala-azar (PKDL) que pueden ser confundidas con Lepra. La Leishmaniasis presenta a nivel mundial una marcada distribución regional. Es un buen ejemplo sobre la importancia de saber que afección puede originar problemas diagnósticos en el trabajo diario de su área o país.



22.- **Granuloma multiforme.** Esta condición que claramente se asemeja a la Lepra se presenta sobre todo en Nigeria donde fue descrita por primera vez. Su causa es desconocida; probablemente es una variante del granuloma anular (ver imagen 14 en página 60). Las fases iniciales se caracterizan por picor (no es típico de Lepra). Las lesiones desaparecen mas tarde o temprano y no responden a ningún tipo de tratamiento. La sensibilidad, sudoración y nervios periféricos son normales.



23.- **Pelagra.** Las máculas pueden simular Lepra Paucibacilar (PB) en reacción (ver reacciones). Las lesiones son típicamente simétricas, sin síntomas y asociadas frecuentemente con malnutrición, alcoholismo y pobreza. La sensibilidad, sudoración y nervios periféricos son normales. Las lesiones (y los síntomas generales) responden rápidamente al ácido nicotínico.



24.- **Linfoma.** (también llamado Micosis fungoide, granuloma fungoide o linfoma cutáneo de células T). Se incluye como recordatorio de que los nódulos típicos y brillantes observados en la cara pueden ocasionalmente originar confusión diagnóstica. Ocurre principalmente en adultos varones y es normalmente mortal.



25.- **Sarcoma de Kaposi.** Diversas formas de esta condición maligna pueden presentarse en países endémicos de Lepra, alguno de ellos asociado con HIV-SIDA. Las lesiones presentadas aquí son de dos pacientes distintos. Las lesiones del antebrazo (imagen superior) son de un paciente que falleció de SIDA. Los nódulos indurados y muy vascularizados sangran fácilmente. Los pies (imagen inferior) y manos son los miembros más frecuentemente comprometidos. La sensibilidad, sudoración y nerviso periféricos son normales.

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestra más sincera gratitud a todos los que nos han permitido utilizar y publicar imágenes y transparencias de sus colecciones.

1. The Leprosy Mission International, 80 Windmill Road, Brentford, Middlesex, TW8 0QH, United Kingdom (contenido, prólogo, página contigua), pp. 8, 9, 11, 12, 23, 24, 27, 38, 57).
2. Dr. Peter Stingl, Lechbrucker Strasse 10, 86989 Steingaden Germany and Cassella-Riedel Pharma GmbH, Frankfurt am Main, Germany, editado por *Dermatosen im Bild*, 1984 (pp. 18, 20, 21, 43 (abajo), 47, 48, 50, 54, 56).
3. Profesor S.J. Yawalkar, Formeli Ciba-Geigy Ltd, Basle, Switzerland and the Novartis Foundation for Sustainable Development, Basle, Switzerland (pp. 33, 34 (abajo), 39, 45 (arriba), 55 (abajo), 58 (abajo), 59 (izquierda), 60 (arriba), 65, 66 (arriba), 68, 70, 71, 72 (arriba).
4. Grupo para la eliminación de la Lepra, Desarrollo de estrategias y control para la erradicación y eliminación, Organización Mundial de la Salud, CH-1211, Ginebra 27, Suiza (pp. 3, 15).
5. Profesor W. Jacyk, Departamento de Dermatología, Universidad de Pretoria, PO Box 667, 0001 Pretoria, República de Sur Africa y German Leprosy Relief Association, Würzburg, Germany (pp. 16, 52, 53, 58 (arriba), 60 (abajo), 61, 63, 64, 66 (abajo), 69, 72 (arriba).
6. Dr. A. Thomas, Chittagong Leprosy Control Project, The Leprosy Mission, Bangladesh, India (pp. 17, 30, 31, 37).
7. Dr. T.T. Fajardo, Leonard Wood Memorial-Eversley Childs Sanatorio de investigación en Lepra, Cebu, Filipinas (pp. 13, 28, 32, 40, 49, 51, 67).
8. International Centre for Eye Health, Instituto de oftalmología, 11-43 Bath Street, Londres EC1V 9EL. Profesor I.S. Roy y Dr. S. Samanta, West Bengal, India (p. 45 (abajo derecha).
9. E. Nunzi y D.L. Leiker, *Manual de Lepra*, O.C.S.I., Bologna, Italy, 1990 (p.72 (abajo)).
10. American Leprosy Missions, Inc., 1 ALM Way, Greenville, SC 29601, USA (p. 36).
11. W.H. Jopling, anteriormente Hospital de enfermedades tropicales, London, United Kingdom (p.22).

Las imágenes en las páginas 4-7 de los blisters fueron facilitados por Novartis, Basle, Switzerland.

Todas las demás imágenes pertenecen a la colección del primer autor.

REFERENCIA Y BIBLIOGRAFIA

Del grupo para la eliminación de la Lepra, Organización Mundial de la Salud, CH-1211, Geneva 27, Suiza.

1. Chemotherapy of Leprosy for Control Programmes. Report of a WHO Study Group. TRS 675, 1982.
2. WHO Expert Committee on Leprosy, Seventh Report. TRS 874, 1998.
3. Chemotherapy of Leprosy, Report of a WHO Study Group. TRS 847, 1994.
4. Risk of Relapse in Leprosy. WHO/CTD/LEP/94.1.
5. Progress towards Leprosy Elimination. WHO Weekly Epidemiological Record, June 1997.
6. Global Strategy for the Elimination of Leprosy as a Public Health Problem. WHO/CTD/LEP/94.2.
7. A Guide to Leprosy Control. Second Edition. WHO, Geneva, 1988.
8. Managing Programmes for Leprosy Control. WHO Training Modules, 1993.
9. Prevention of Disabilities in Patients with Leprosy, A Practical Guide. WHO, Geneva, 1993.
10. Elimination of Leprosy, Questions and Answers. WHO/CTD/LEP/96.4.
11. MDT-Questions and Answers, WHO/CTD/LEP/97.8.
12. Guidelines for Personnel in Collection of Skin Smears in Leprosy Control Programmes for the Prevention and Control of Possible infection with HIV. WHO/CDS(LEP/87.1 Rev. 1.
13. On Being in Charge — A guide to management in primary health care. Second Edition, WHO, Geneva, 1992.
14. Leprosy Elimination Campaigns (LEC) and Special Action Projects for the Elimination of Leprosy (SAPEL). Questions and Answers. WHO/LEP/97.3.
15. Shortening Duration of Treatment of Multi-bacillary Leprosy. WHO Weekly Epidemiological Record, May 1997.
16. The Final Push Towards Elimination of Leprosy. Strategic Plan 2000–2005. CDS/CPE/CEE/2000.1. WHO, 1211 - Geneva 27, Suiza.
17. A Guide to Eliminating Leprosy as a Public Health Problem. Second Edition 1997. WHO/LEP/97.7.
18. Guide for General Health Workers to Eliminate Leprosy as a Public Health Problem. First Edition 2000. CDS/CPE/CEE/2000.

Grupo de material para aprendizaje y formación en Lepra (TALMILEP) Federación Internacional de las Asociaciones contra la Lepra (ILEP), 234, Blythe Road, London, W14 0HT, United Kingdom.

Tel: +44 (0) 2076026925

Fax: +44 (0)2073211621

E-mail: ilep.org.uk

Website: <http://www.ilep.org.uk>

1. Leprosy: A Briceson and R E Pfaltzgraff (1989) — un libro de referencia para estudiantes de medicina y médicos en general. Precio £ 2.00.
2. A Guide to Eliminating Leprosy as a Public Health Problem (1997), WHO — libro de bolsillo para diagnóstico y control. Gratuito.
3. Leprosy for Field Staff: Alison Summers (1993) — excelente libro para personal sanitario de programa especializado en Lepra o personal de salud primario que diagnostica regularmente Lepra. Gratuito.
4. Atlas of Leprosy. Gunto et al. (1997) Sasakawa Memorial Health Foundation, Tokyo, Japan. Este libro con abundantes fotografías en color resulta muy adecuado para la lepra con piel clara como el este de Asia. Gratuito.

5. *Leprosy in Africans*: Jacyk (1986)* — Folleto con fotografías en color y breves anotaciones en inglés y francés. Disponible en árabe. Una guía de referencia popular y práctica para personal sanitario. Gratuito.
6. *Care of the Eye in Hansen's Disease*: M. Brand (1993). — Describe el control de las complicaciones oculares en la Lepra para oftalmólogos y personal sanitario. Gratuito.
7. *Insensitive feet*: P Brand (1994). — Sobre los problemas de los pies insensible. Gratuito.
8. *Prevention of disabilities in patients with leprosy: a practical guide*. H Srinivasan (WHO, 1993). — Para los interesados en la evaluación, tratamiento y aprendizaje en auto-cuidados de las personas afectadas de Lepra. Precio (en países en desarrollo) £9.50.
9. *Essential action to minimize disability in leprosy patients*: J Watson (1994)*. — Excelente libro con texto claro e ilustraciones para personal sanitario al cuidado de pacientes de Lepra. Gratuito.
10. *Leprosy Surgery for General Hospitals*: H Srinivasan, WHO. Gratuito para utilizar en países en desarrollo.
11. *Guide to health education in leprosy*: P J Neville (1993). — Contiene información para la educación del paciente.
12. *Don't treat me like I have Leprosy*: Frist. — Sobre la historia de la Lepra y la importancia de los temas sociales. Gratuito.

***También disponible en Francés.**

Estos libros e información sobre otro tipo de material, puede obtenerse directamente de TALMilep. TALMilep está revisando y actualizando todo el material que suministra y como resultado algunas publicaciones pueden ser sustituidos y revisados.

TALMilep también distribuye un catálogo sobre cursos de formación y material audio-visual con información sobre videos relacionados con lepra y como pedirlos.

TALMilep puede ayudar a intentar producir material local para el aprendizaje y formación en Lepra en general, combinado o para programas especializados, al facilitar información sobre material ya existente producido en otros lugares junto con consejos técnicos y de redacción

INFOLEP, organización hermana de TALMilep basada en la Netherlands Leprosy Relief, proporciona información sobre literatura y trabajos con Lepra. Dispone de bases de datos sobre material de Lepra (incluyendo material en varios idiomas). Se puede acceder a INFOLEP en:

<http://infolep.antenna.nl> o por e-mail a infolep@antenna.nl.

En asociación con Division para la Lepra the Directorate General o Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, New Delhi.

1. *Facilitators Guide*. Programa de Aprendizaje para personal de Salud Primaria, 1999 (libro de bolsillo 48 páginas).
2. *Learning Material on Leprosy for Capacity Building of General Practitioner* (folleto tamaño postal encuadernado en espiral. 36 páginas).
3. *Learning Material on Leprosy for Capacity Building of Health Assistants and Other Supervisory Staff* (folleto tamaño postal, encuadernado en espiral, 36 páginas).
4. *Learning Material on Leprosy for Capacity Building of Medical Offices Working, in Hospita/PHC/CHC and dispensaries* (tamaño postal, encuadernado en espiral, 84 páginas).
5. *Guidelines on Leprosy for Village Health Workers* (Página desplegable).
6. *Fotografías clínicas, medicación en blisters para MDT, texto explicativo.*

Desde Teaching Aids at Low Cost (TALC) po box 49, St. Albans, Hertfordshire, AL1 ETX, United Kingdom

Tel: +44 (08) 1227 853869

Fax: +44 (0) 1727 846852

e-mail: talcuk@btinternet.com

Web site: www.talcuk.org

Libros

1. *Leprosy for medical Practitioners and Paramedical Workers*: S Yawalkar, 1994. Proporciona Información básica sobre la Lepra y su tratamiento junto con detalles sobre prevención, control y rehabilitación. Para médicos y estudiantes de medicina. Gratuito con pedidos.

2. *Leprosy for Field Staff*: A Summers, 1993. Ideal para el personal sanitario responsable del diagnóstico, tratamiento y educación de los pacientes de Lepra. Texto claro con excelentes ilustraciones. Precio £ 1.00.

3. *Disabled Village Children*: D Werner, 1994. Guía para personal sanitario comunitario y de rehabilitación, sobre todo los que viven en zonas rurales donde los accesos son muy limitados. También disponible en español. Precio £ 10.95.

4. *I Can Do It Too (Child-to-Child Reader No 10. Level 2)*, 1998. Tres relatos que ayudan a los niños a reconocer que todos los niños discapacitados o no tienen fuerzas y flaquezas. Enseña a los discapacitados a sobreponerse a sus limitaciones físicas con la ayuda y apoyo de otros niños. Precio £ 2.00.

5. *Techniques for the Care of Leprosy Patients*: J Harris, 1993. Un libro de 30 páginas con listados de 30 libros relacionados con el cuidado de los pacientes. Gratis al realizar un pedido.

Diapositivas (Transparencias)

Care of the Nerve Damaged Limb: (LPN) 1986.

Describe como la Lepra origina el deterioro neural en las extremidades, para que puedan cuidar y proteger sus extremidades y conservar su función. También útil para personal sanitario responsable del deterioro neural por cualquier otra causa. Precio £7.00 archivo/carpeta.

2. *Community Based Rehabilitation*: (CBR) 1989. Una introducción general a las necesidades de los niños discapacitados y sus familias y el papel del personal CBR. Sobre todo para el personal sanitario y comunitario con interés en niños discapacitados de Africa. \$5.00 montado, £ 7.00 archivo/carpeta.

3. *Leprosy in Childhood*: (LP) 1998. Una introducción general a la Lepra, con referencia particular a los niños. Describe el tratamiento con multiterapia. Para personal sanitario en áreas con Lepra. Texto revisado. Precio £ 5.00 montado, £ 7.00 archivo/carpeta.

Desde The Wellcome Trust, temas en Salud Internacional, London, United Kingdom

CD-ROM, cubren los principales aspectos de la Lepra con 10 temas interactivos y aproximadamente 1000 imágenes. Incluye una revisión del diagnóstico y clasificación histopatológica, características clínicas y clasificación, prevención y control, inmunología, epidemiología y control físico y social. Pedidos y más información: CABI Publishing, CAB International, Wallingford, Oxon, OX10 8DE, United Kingdom.

Tel: +44 (0) 1491 832111

Fax: +44 (0) 1491 8229292.

E-mail: publishing@cabi.org.

Del International Resource Centre International Centre for Eye Health, Institute of Ophthalmology, 11-43 Bath Street, London, ECTV 9EL, United Kingdom

Tel: +44 (0) 207 608 6923

Fax: +44 (0) 207 250 3207.

E-mail: eyesource@ud.a.uk.

Texto de diapositivas sobre Lepra y el ojo. Veinticuatro diapositivas (transparencias en color) con texto sobre el reconocimiento y tratamiento de la afectación ocular en Lepra.

The Nipón Foundation ha apoyado económicamente la publicación de este Atlas.

Publicado y financiado por Sasakawa Memorial Health Foundation, Nippon Zaidan Bldg 5F, 1-2-2 Akasaka, Minato-ku, Tokyo 107-0052, Japón
Teléfono: +81 (0) 3 6229-5377 Fax: +81 (0) 3 6229-5388
e-mail: smhf@nfb.jp

Fontilles

Plaza de Tetuán, 6
46003 Valencia
España

Teléfono: +34 963 51 15 83

Fax: +34 963 51 11 87

e-mail: fontilles@fontilles.org



日本財団

The Nippon Foundation



Fontilles 100 años

MIEMBRO DE ILEP

Federación internacional de lucha contra la lepra

Publicado inicialmente 2000.

Reimpresión y actualización 2000 Sasakawa Memorial Health Foundation, Japón.

Copyright © 2000, 2001, 2002 Sasakawa Memorial Health Foundation, Japón.

Primera edición en español 2005.

Traducción: Dr. José Ramón Gómez e Dr. Pedro Torres.

Reservados todos los derechos. No se puede reproducir ninguna parte de esta publicación sin permiso escrito del editor.

British Library Cataloguing-in-Publication Data

Disponible previa petición a los autores.

Antecedentes publicación: primera edición (inglés): 50 000 copias; segunda reimpresión (inglés): 60 000 copias; tercera reimpresión (portugués de Brasil): 10 000 copias; cuarta reimpresión (inglés): 40 000 copias; quinta reimpresión (francés): 10 000 copias; sexta reimpresión (portugués de Brasil): 7000 copias; séptima reimpresión (hindi): 30 000 copias; actual reimpresión (español): 5000 copias.

Colección de material, edición y contenido técnico: A. Colin McDougall, Department of Dermatology, The Churchill Hospital, Headington, Oxford OX3 7LJ, United Kingdom.

Diseño, producción y control del proyecto: Spires Design, Oxon SN7 8SF, United Kingdom.

Tel: (+44) 1865 821356 e-mail: spiresdesign@btinternet.com

Página web: www.spiresdesign.co.uk

NUEVO ATLAS DE LEPRA

Sasakawa Memorial Health Foundation, Tokyo, Japón

EL ATLAS DE LEPRA se publicó en inglés en 1981 y fue revisado en 1983. Como respuesta a su amplia y continua demanda fue reimprimido en 10 ocasiones entre 1984 y 1987 y distribuido virtualmente a todos los países endémicos de Lepra del mundo. En 1986 se publicó en chino, español, francés y arábico y en 1990 en portugués e indonesio. En total se han publicado 38.000 copias de la versión inglesa y 23.000 copias traducidas a otros idiomas.

El propósito original era proporcionar fotografías en color de buena calidad como ayuda para el reconocimiento y diagnóstico de la enfermedad. Este **NUEVO ATLAS DE LEPRA** mantiene este objetivo, incorporando algunos cambios en el contenido y formato. El Atlas original contenía una sección sobre histopatología de la Lepra que en esta edición ha sido eliminada. La mayoría de las fotografías, originalmente de las Filipinas, han sido realizadas con pacientes de la India y Sur este Asiático ya que el 75% del problema mundial de la Lepra está en estas áreas.

En zonas del Mundo con menor prevalencia disminuyen las oportunidades de ver a pacientes de lepra y adquirir experiencia clínica. Con el cambio desde programas especializados de Lepra a la integración en los servicios de salud primaria, será cada vez más importante proporcionar al personal sanitario periférico con la adecuada información, incluyendo material escrito e ilustrado sobre el diagnóstico y tratamiento de la Lepra.

Esperemos que este **NUEVO ATLAS DE LEPRA** contribuya no sólo al Plan estratégico, 2000–2005 para el Impulso Final hacia la eliminación de la Lepra recientemente publicado por la Organización Mundial de la Salud (CDS/CPE/CEE/2000.1), sino a ayudar nuestros esfuerzos durante muchos años después del 2005 hasta conseguir **UN MUNDO SIN LEPRA.**