

Comportamiento de la lepra en dos policlínicos del municipio La Lisa

Leprosy course analyzed in two polyclinics from La Lisa municipality

Diana Karina Oramas Fernández^I; Larixa Cruzata Rodríguez^{II}; Juan David Sotto Vargas^{III}; Santos Poulot Limonta^{IV}

^IEspecialista de I Grado en Medicina General Integral y Dermatología. Máster en Educación Médica Superior. Instructora. Policlínico Docente «Aleida Fernández Chardiet». La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Dermatología. Policlínico Docente «Cristóbal Labra». La Habana, Cuba.

^{III}Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Higiene y Epidemiología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Instructor. Policlínico Docente «Aleida Fernández Chardiet». La Habana, Cuba.

^{IV}Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Salud Pública. Instructor. Policlínico Docente «Aleida Fernández Chardiet». La Habana, Cuba.

RESUMEN

La lepra es una enfermedad crónica transmisible tan antigua como el hombre mismo. En Cuba se ha desarrollado un programa nacional orientado a prevenirla, diagnosticarla oportunamente y tratarla de forma adecuada. En este trabajo nos propusimos caracterizar su comportamiento en 2 policlínicos del municipio La Lisa, en el período de 2000 a 2008, estableciendo la relación entre la forma clínica y la demora del diagnóstico en los años estudiados, además caracterizar a los pacientes de acuerdo con su edad, sexo y raza, así como determinar el grado de incapacidad. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo para caracterizar el comportamiento de la lepra, y el universo estuvo constituido por la totalidad de los pacientes con lepra notificados y registrados en los 2 policlínicos en este período. Se confeccionó una planilla que recogió las variables clínicas, sociodemográficas y epidemiológicas. Como registro primario se utilizaron las historias clínicas y las encuestas epidemiológicas de todos los casos de lepra del área objeto de estudio. Se utilizó el método estadístico de por cientos para el procesamiento de los datos que fueron

plasmados en las tablas y el texto. Se obtuvo como resultado, cuando se analizó la fecha de diagnóstico con la de los primeros síntomas, según forma clínica de la enfermedad, que el mayor por ciento de los enfermos fueron diagnosticados tardíamente, y de este grupo la forma clínica lepromatosa aportó el mayor número de casos. Es evidente que el año de mayor incidencia de la enfermedad fue el 2008, el grupo etario más afectado está entre los 45 y 54 años de edad, mayormente del sexo masculino, fueron los mestizos los más afectados, y solo 1 paciente con incapacidad grado 2.

Palabras clave: Lepra, lepra lepromatosa, lepra indeterminada, lepra tuberculoide, lepra dimorfa, diagnóstico tardío, incapacidad.

ABSTRACT

Leprosy is a chronic and communicable disease as ancient as the man per se. In Cuba a national program has been developed aimed to its prevention, early diagnosis and treatment in a appropriate way. Aim of present paper was to characterize its course in two polyclinics from La Lisa municipality from 2000 to 2008, establishing the relation between the clinic way and the late diagnosis in study years, and also to characterize patients according to age, sex and race, as well as to determine the inability degree. A retrospective and analytical study to characterize the leprosy course and sample included all the notified and registered leprosy cases in the two polyclinics during this period. A form including the clinical, sociodemographic and epidemiologic variables as well as the epidemiologic surveys of all the leprosy study cases was designed. The statistical percentage method was used for data processing showed in tables and in text. As result, when diagnosis date with the first symptoms was analyzed according to the clinical way of disease, we noted that the higher percentage of sick persons was late diagnosed, and from this group the clinical leprosy presentation provides the great number of cases. It is evident that the year of greater disease incidence was the 2008 one, the more affected age group is between the 45 and 54 years old with a prevailing of male sex and the black people and only one patient with inability degree 2.

Key words: Leprosy, lepromatous form, indeterminate leprosy, tuberculoid leprosy, dimorphous leprosy, late diagnosis, inability.

INTRODUCCIÓN

La lepra es una enfermedad infectocontagiosa crónica, y constituye uno de los males más antiguos que recuerda la humanidad.¹ Es producida por el *Mycobacterium leprae*, y afecta fundamentalmente nervios periféricos y piel.² Ella es, entre las afecciones crónicas, si no se atiende precoz y eficazmente, la principal causa de deformidades e incapacidades en la población mundial, lo que implica una gran repercusión social.^{3,4} Afectó en un momento determinado a todos los continentes, y dejó tras de sí, en la historia de la humanidad, una imagen terrible de mutilación, rechazo y exclusión de la sociedad. A pesar de ser una de las

enfermedades más antiguas conocidas en el mundo, existe desconocimiento en algunos de sus aspectos.⁵

Sus manifestaciones clínicas están en dependencia de la capacidad de la respuesta inmunitaria mediada por células, o la aparición de reacciones inmunológicas desfavorables, ya sea por inmunidad celular o por inmunocomplejos que se observan en la mayoría de las formas clínicas de lepra, y que pueden llevar al paciente a las deformidades y discapacidades.⁶ Sin embargo, no es más que una dolencia escasamente contagiosa y totalmente curable, sobre todo, cuando se diagnostica precozmente.^{7,8} A pesar del desarrollo de nuestro sistema de salud, cada año se reportan casos nuevos en todo el país, aunque estas cifras nos mantienen con baja endemidad, y por consiguiente, esta enfermedad ha dejado de ser un problema de salud.

En Cuba se ha desarrollado un programa nacional que tiene como propósito reducir la incidencia y la prevalencia de la lepra en Cuba, y entre sus objetivos figura lograr un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno de los enfermos.⁹

El diagnóstico tardío de la lepra en la Ciudad de La Habana en los últimos 10 años se ha registrado entre el 79 y el 42 % de los casos, lo que sugiere que la sospecha de la lepra en los profesionales de la APS ha sido deficiente, lo que pudiera estar relacionado directamente con la falta de adiestramiento sobre este tema, no frecuente en la práctica diaria, y por otro lado, en general existe poca información a la población acerca de las manifestaciones tempranas de la enfermedad, y por tanto, no reclaman atención médica oportunamente. Esto trae como consecuencia que estas personas se mantengan como fuente de infección en la comunidad por varios años antes de ser diagnosticadas y tratadas, dando lugar a nuevos casos en años venideros.^{10,11}

La importancia de la búsqueda de los contactos de lepra es bien conocida y recomendada por la OMS para el diagnóstico precoz de los enfermos, como lo señalan los trabajos consultados.¹² En el año 2008, el incremento del número de pacientes que se diagnosticaron tardíamente motivó la realización este trabajo.

Caracterizar el comportamiento de la lepra en 2 policlínicos del municipio La Lisa en el período de 2000 a 2008 fue el objetivo general de este trabajo, mientras los específicos consistían en, caracterizar a los pacientes de acuerdo con las variables clínicas y epidemiológicas (edad, sexo, raza y forma clínica), así como la relación entre la forma clínica y la demora de diagnóstico en los pacientes objeto de estudio, y determinar grado de incapacidad.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo cuyo universo estuvo constituido por la totalidad de los pacientes de lepra (10 pacientes) notificados y registrados en 2 policlínicos del municipio La Lisa, «Aleida Fernández Chardiet» y «Cristóbal Labra», en el período 2000-2008. Se estableció la relación entre la forma clínica y demora del diagnóstico en los años estudiados. Se confeccionó una planilla que recogió las variables clínicas, sociodemográficas y epidemiológicas, que se obtuvieron de las historias clínicas y de las encuestas epidemiológicas realizadas a los pacientes.

La planilla incluyó aspectos dirigidos a conocer el año de diagnóstico, la edad, el sexo, la raza, la relación desde el inicio de los primeros síntomas hasta el diagnóstico, las formas clínicas más frecuentes (para lo cual se consignará la clasificación de Madrid, que ha sido la vigente hasta el momento: lepra indeterminada, dimorfa, tuberculoide y lepromatosa), así como el grado de incapacidad.

Una base de datos computarizada sirvió para almacenar y procesar la información. Se utilizó el método estadístico de por cientos para el procesamiento de los datos. El análisis estuvo basado en los cálculos de frecuencias simples para cada una de las variables, que fueron plasmadas en las tablas y el texto.

RESULTADOS

Se encontró un total de 10 pacientes, lo que representó nuestro universo de trabajo, y fue evidente que el año de mayor incidencia de la enfermedad fue 2008 (50 %) ([tabla 1](#)). Al analizar la edad de los pacientes y el sexo más afectado, encontramos que el grupo etario que más casos incluye es el de 45-54 años, y representa el 40 % de los casos en estudio. El 60 % de los enfermos es del sexo masculino ([tabla 2](#)). En relación con el color de la piel, predominaron, con un 80 %, los mestizos ([tabla 3](#)).

Tabla 2. Distribución de pacientes según grupo de edades y sexo

Grupos de edades (en años)	Sexo fem		Sexo masc		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15-24	0	0	0	0	0	0
25-34	0	0	0	0	0	0
35-44	1	10	2	20	3	30
45-54	1	10	3	30	4	40
55-64	1	10	0	0	1	10
65 y +	1	10	1	10	2	20
Total	4	40	6	60	10	100

Fuente: Historia clínica y encuesta epidemiológica de los pacientes.

Tabla 3. Distribución de pacientes según color de la piel

Raza	Indeterminada		Dimorfa		Lepromatosa		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Blanca	0	0	1	10	0	0	1	10
Negra	0	0	1	10	0	0	1	10
Mestiza	3	30	1	10	4	40	8	80
Total	3	30	3	30	4	40	10	100

Fuente: Historia clínica y encuesta epidemiológica de los pacientes.

Por formas clínicas 4 casos eran lepra lepromatosa y 3 lepra dimorfa, por lo que 7 casos, correspondieron con las formas más severas de la enfermedad. Cuando analizamos la fecha de diagnóstico con la de los primeros síntomas, según forma clínica de la enfermedad, un aspecto que llama la atención es que el 70 % de los enfermos fueron diagnosticados tardíamente, y de este grupo la forma clínica lepromatosa aportó 4 pacientes para un 40 % (tabla 4). El grado de incapacidad solo está presente en 1 paciente de nuestro estudio, que corresponde con incapacidad grado 2, con diagnóstico tardío, y presenta la forma clínica de la lepra dimorfa.

DISCUSIÓN

La cifra por años en que fueron diagnosticados los pacientes es entre 1 y 2 anual, y existen 4 años en que no se notificaron casos de lepra en el área objeto de estudio, pero sí llama la atención que en el año 2008 se diagnosticaron 5 casos, situación diferente al país, en que la notificación ha sido sistemática anualmente y con cifras más elevadas.^{10,13,14}

No se reportaron casos menores de 15 años en nuestro estudio, lo cual no se ajusta a estudios realizados en varios países,^{15,16} que plantean que el pico de incidencia es en la infancia. En Cuba se ha demostrado que la notificación de casos de menores de 15 años ha presentado una tendencia a la disminución.¹⁶ Otras investigaciones plantean que los grupos de edades más afectados son de los 35 a 54 años.^{17,18} En un trabajo realizado en Brasil se demostró que el predominio de edades se encuentra entre 14 y 54 años de edad.¹⁹

El resultado de nuestro estudio respecto al sexo más afectado refuerza lo que al respecto se ha encontrado en Latinoamérica, donde la prevalencia de la lepra es de cerca de 1,8/1,0 en hombres y mujeres, respectivamente,²⁰ al igual que en la mayoría de las regiones del mundo, con excepción de algunas zonas de África donde la mujer llega a ser más afectada,²¹ pero no dejan de ser una excepción, según los autores que han revisado la relación entre sexo y enfermedad. Aunque en un estudio reportado en 1990, se detectó, en una región del Brasil, que la tasa de prevalencia por sexo fue de 0,99 hombres por mujeres,²² otras investigaciones reportan para países como Venezuela (Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Programa de Control de la lepra en Venezuela. VII Congreso Venezolano de Salud Pública. Ponencias, Caracas. 1986; 1-56) que en la distribución por sexo hay un ligero predominio de los hombres, y se señala, en el caso de Venezuela por

ejemplo, una proporción de casos del sexo masculino, expresada en una tasa de 2:1.

En relación con el color de la piel, no coincidimos con lo que plantean algunos autores como *Falabella*,²³ quien señala que todas las razas son susceptibles pero varían en su expresión clínica. Entre el 70-80 % de los casos de lepra lepromatosa se desarrolla en caucasianos y solo el 5-10 % de estos casos lepromatosos se observan en raza negra. En su experiencia, los blancos superan a los negros en la misma proporción 2/1.

Según predominio de las formas clínicas correspondieron con las más severas de la enfermedad, en plena coincidencia con lo que se plantea en la bibliografía revisada por los diferentes autores, y es que a menor edad se dan las formas más benignas, y generalmente a mayor edad es que se pueden presentar las más severas.²⁴ Cuando analizamos la fecha de diagnóstico con la de los primeros síntomas, según forma clínica de la enfermedad, un aspecto que llama la atención es que el mayor por ciento de los enfermos fueron diagnosticados tardíamente (transcurridos 12 meses y más de la aparición de los primeros síntomas).

Este hecho concuerda con lo registrado por el Departamento de Estadística Provincial, en el que plantean que el diagnóstico tardío de la lepra en la provincia Ciudad de La Habana en los últimos 10 años se ha registrado entre el 79 y 42 % de los casos (y se ha propuesto como indicador eficiente no más del 10 %),^{10,11} lo que sugiere que existe poca información en la población acerca de las manifestaciones tempranas de la enfermedad.

Esto se podría asociar a que algunos autores plantean que una proporción creciente de los nuevos casos va asociada a un largo período de incubación, aunque también podría pensarse que la causa fuera por no realizarse diagnósticos precoces en los primeros momentos de la enfermedad (lepra indeterminada).¹²

Como esta enfermedad puede ser de difícil diagnóstico, fuera de las áreas endémicas, debido a su gran variedad de lesiones cutáneas, a las neuropatías que en ocasiones solo se detectan inicialmente, mediante un examen neurológico exhaustivo y al largo período de incubación, hace posible que los pacientes hayan abandonado la zona de contagio mucho antes de que aparecieran los primeros síntomas, de ahí la importancia de un buen interrogatorio y de realizar una correcta encuesta epidemiológica, para brindarle al dermatólogo o médico de asistencia toda la información necesaria, y poder realizar, con la clínica, un diagnóstico temprano que permita un tratamiento rápido para evitar la secuela y el contagio de la enfermedad.

Las discapacidades no se presentan en todos los enfermos al diagnóstico, por lo que hay que evaluar el grado de riesgo que tienen los pacientes para que estas se presenten, y clasificarlos para poder intervenir en este proceso, realizando un interrogatorio y examen clínico exhaustivos.²⁵ El grado de incapacidad que se evidenció en nuestro estudio podría vincularse por ser un enfermo multibacilar, con numerosos troncos nerviosos engrosados, que, según la literatura, son los grupos más expuestos a las discapacidades.

Se evidenció en nuestro estudio que en el año 2008 la detección de casos mostró una tendencia al ascenso, y similar se comportó el diagnóstico tardío de la enfermedad, correspondiendo a la forma clínica de lepra lepromatosa, por lo que debe ser una meta del programa cubano lograr el diagnóstico temprano de casos, y teniendo en cuenta que la lepra no tiene prevención primaria, solo en la medida

que logremos realizar un diagnóstico suficientemente temprano e imponer tratamiento para interrumpir la cadena de transmisión, se logrará ir disminuyendo la incidencia y alcanzar, a largo plazo, la interrupción de su transmisión en Cuba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González PM. Historia de la lepra en Cuba. La Habana: Publicaciones del Museo de Historia de Ciencias Médicas «Carlos J. Finlay»; 1993:308-401.
2. Saunderson P, Gebre S. Reversal reactions in the skin lesions of AMFES patients: incidence and risk factors. *Lepr Rev.* 2000 Sep; 71(3):309-17.
3. Carrazana Hernández GB, Ferrá Torres TM, Pila Pérez R. Estudio de las incapacidades causadas por la lepra. *Rev Leprol Fontilles.* 1990; 17:547-55.
4. Sengupta V. Inmunopatología de la lepra. Estado actual. *Indian J Lepr.* 2000; 72(3):381-91.
5. Organización Mundial de la Salud. Lepra al día. Boletín. Eliminación de la Lepra en las Américas; 2001; 9:1-2.
6. Pérez M. Hallazgos sobre el bacilo causante de la lepra. *Nature.* 2001; 409:1007-11.
7. Terencio de las Aguas J. Todo contra la lepra (Editorial). *Rev Leprol Fontilles.* 1996; 20:935-6.
8. Alabí GA. Guía para la eliminación de la lepra como problema de la salud pública: Organización Mundial de la Salud 1995; 1-85.
9. Gil SR, Hernández GO, Rojas V. Programa de control de lepra para el médico de la familia. 2da. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1994.p.1-43.
10. MINSAP. Anuario estadístico. La Habana; 2005.p.5-23.
11. MINSAP. Anuario estadístico. Incidencia y prevalencia de lepra según provincias. La Habana; 2001.p.1-18.
12. WHO. Leprosy Elimination Project. Desafíos para la consecución de la eliminación de la lepra. *Indian J Lepr.* 2005; 72(1):33-45.
13. Gómez JR, Moll F. Lepra: enfermedad olvidada. Situación actual y trabajo en el terreno. *Enf Emerg.* 2005; 7(2):110-9.
14. MINSAP. Anuario estadístico. La Habana; 2004.p.1-13.
15. Íñiguez Rojas L. Geografía de la lepra en Cuba. Proyecto conjunto con la UCU de Venezuela. En prensa. 2004.p.1-8.
16. Ortega González LM. Lepra. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p.430-4.

17. Manssur J, Almeida JD, Cortes M. Dermatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.p.200-22.
18. Carrazana Hernández GB, Ferrá Torres TM. Incidencia de la lepra según sexo, edad y formas clínicas. Ciudad de Camagüey, 1984-1994. Rev Leprol Fontilles. 1996;20(5):1051-6.
19. Lana FCF, Lima RFD, Araujo MG, Fonseca PTS. Situacao epidemiológica da hanseniose no município de Belo Horizonte/MG-periodo 92-97. Hansen Int. 2000;25(2):121-32.
20. Ulrich M, Zulueta AM, Caceres-Pittmar G, Sampson C, Rinardi M. Leprosy in women: characteristics and repercussions. Social Science and Medicine. 1993;37:445-56.
21. OMS. Una guía para el control de la lepra. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1988.p.27-9.
22. Andrade V, Chagastelles-Sabroza P, Castro A. Leprosy spread in urban area. Part I: Epidemiological characteristics of an endemic urban area for leprosy: the county of São Gonçalo, Rio de Janeiro State, Brazil. Hansenologia Internationalis. 1990;15:24-45.
23. Falabella FR. Tratado de dermatología. 6ta. ed. Colombia: Editorial Corporación para Investigación Biológica; 2002.p.147-56.
24. Aranzazu N, Zerpa O, Acosta L. Enfermedad de Hansen. En: Dermatología, pautas diagnósticas y terapéuticas, Venezuela: IAES Universidades Médicas; 2003.p.269-75.
25. De O Feliciano K. Percepción de la lepra y las discapacidades antes del diagnóstico en Recife, Brasil. Rev Panam Salud Pública. 1998;3(5):293-302.

Recibido: 18 de mayo de 2009.

Aprobado: 5 de junio de 2009.

Dra. *Diana Karina Oramas Fernández*. Policlínico Docente «Aleida Fernández Chardiet». Calle 160, esquina 65, municipio La Lisa, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: kof@infomed.sld.cu

Tabla 1. Distribución de pacientes según años de diagnóstico y forma clínica

Años de diagnóstico	Indeterminada		Tuberculoide		Dimorfa		Lepromatosa		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
2000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2001	1	10	0	0	0	0	0	0	1	10
2002	0	0	0	0	1	10	1	10	2	20
2003	1	10	0	0	0	0	0	0	1	10
2004	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2005	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2006	0	0	0	0	0	0	1	10	1	10
2007	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2008	1	10	0	0	2	20	2	20	5	50
Total	3	30	0	0	3	30	4	40	10	100

Fuente: Historia clínica y encuesta epidemiológica de los pacientes.

Tabla 4. Paciente según forma clínica de la enfermedad y demora en el diagnóstico

Forma clínica	< 1 año		1 año		2 años		3 años y más		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Demora en el diagnóstico										
Indeterminada	2	20	1	10	0	0	0	0	3	30
Tuberculoide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dimorfa	1	10	1	10	1	10	0	0	3	30
Lepromatosa	0	0	2	20	0	0	2	20	4	40
Total	3	30	4	40	1	10	2	20	10	100

Fuente: Historia clínica y encuesta epidemiológica de los pacientes.