

Comportamiento de la Lepra en el Municipio Habana del Este durante 20 años

Dra. Jacqueline Díaz Acosta, Dr. Roy Meriño Heredia

Policlínico Docente Camilo Cienfuegos, La Habana, cuba

RESUMEN

Objetivos. Describir el comportamiento de la Lepra en las diferentes áreas de salud según el tipo de Lepra, sintomatología y lugar de diagnóstico.

Metodología. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal de la Lepra en el Municipio Habana del Este en un período de 20 años (1990-2009). Nuestro universo de estudio estuvo constituido por todos los pacientes con diagnóstico de Lepra y la muestra la conformaron 40 casos obtenidos del registro archivado del programa de control de lepra, del Centro Municipal de Higiene y Epidemiología. Se estudió la edad, sexo, raza, tipo de Lepra según clasificación de Madrid, sintomatología y lugar de diagnóstico. Los datos fueron procesados de forma automatizada calculándose medidas de resumen para variables en escala cualitativa (número absoluto, porcentaje y tasas).

Resultados. Se estudió el 100 % de los casos de Lepra, con 40 pacientes, el 75% eran masculinos, el 55% se encontraba entre 41 a 60 años, la raza negra ocupó el 55%, la Lepra Lepromatosa predominó en el 70% de los casos, seguida de la Tuberculoide con un 15%, el 95% de los pacientes presentaron manchas hipocrómicas anestésicas. La epixtasis apareció en el 100% de la forma Tuberculoide. Se diagnosticó el 85% fuera del área de salud.

Conclusiones. La Lepra no constituye un problema de salud en nuestro municipio. Se observó con más frecuencia en los hombres, en la raza negra y el tipo Lepromatoso fue el que más incidió. Existe una baja pesquiza de la enfermedad en la atención primaria.

Palabras clave: Lepra, atención primaria de salud, manchas hipocrómicas, anestesia.

ABSTRACT

Objectives. Describe the behavior of Leprosy in the different areas of health by type of leprosy, symptoms and place of diagnosis.

Methodology. We performed an observational, descriptive, cross-section of Leprosy in the municipality of East Havana over a period of 20 years (1990-2009). Our universe of study was composed of all patients diagnosed with leprosy and formed the sample obtained from the register 40 cases filed in the leprosy control program, the Municipal Center for Hygiene and Epidemiology. We studied age, sex, race, type of leprosy according to classification of Madrid, symptomatology and place of diagnosis. The data were processed in an automated manner calculated summary measures for qualitative scale variables (absolute number, percentage and fees).

Results. We studied 100% of leprosy cases, with 40 patients, 75% were male, 55% were between 41 to 60 years, blacks had 55% lepromatous leprosy prevailed in 70% of cases, tuberculoid followed by 15%, 95% of patients had hypochromic spots anesthetic. The epixtasis appeared in 100% of the tuberculoid form. 85% were diagnosed outside the health area.

Conclusions. Leprosy is not a health problem in our town. Was observed more frequently in men, blacks and lepromatous type was the most impacted. There is a low pesquisa of the disease in primary care.

Keywords: Leprosy, hypochromic spots, anesthesia, epixtasis.

INTRODUCCIÓN

La Lepra es una enfermedad infecciosa y crónica del hombre⁽¹⁾, comúnmente distinguida con los eufemismos de mal de Hansen o mal de San Lázaro.⁽²⁾ Las descripciones más antiguas de la lepra corresponden al texto indio del siglo VI a.C. La primera referencia escrita sobre la llegada de leproso a Cuba data del 17 de enero de 1613 y aunque en 1873 el médico noruego Gerhard Henrik Armauer Hansen identifica al *Mycobacterium Leprae* como causante de la enfermedad⁽³⁾, no es hasta los años 80 del pasado siglo que se crean nuevos medicamentos para combatir y curar la lepra, puestos una buena parte de ellos a disposición de los enfermos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para intentar reducir las tasas, principalmente en los países más pobres.⁽⁴⁾

Aunque está difundida por casi todo el planeta, es más frecuente en los países tropicales o templados. En los Estados Unidos (EUA), se diagnostican aproximadamente 100 casos cada año⁽⁵⁾. Es frecuente en Asia, África, América Latina y las islas del Pacífico. Esos países representan aproximadamente un 75% de la carga mundial de la enfermedad.⁽⁶⁾ En Cuba se manifiesta un bajísimo índice de aparición de la enfermedad. De hecho, en el 2003 fue confeccionado un quinto programa de control de la lepra, atendiendo a las incidencias anuales presentadas en los últimos 5 años, que fluctuaron entre 250 y 625 personas infectadas.⁽⁷⁾

No existen en nuestro municipio estudios anteriores sobre el comportamiento de esta enfermedad y hemos observado tras el estudio de los análisis de la situación de salud

que existe un alza de esta patología por lo que conocer la prevalencia de la lepra en La Habana del Este durante un período de veinte años, constituye nuestro propósito fundamental al realizar este trabajo.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, de corte transversal de la lepra en el Municipio La Habana del Este en un período de 20 años (1990-2009), con el objetivo de describir el comportamiento de la misma en las diferentes áreas de salud que componen dicho municipio. Nuestro universo de estudio estuvo constituido por todos los pacientes con diagnóstico de Lepra y la muestra la conformaron 40 casos diagnosticados con dicha enfermedad en este período estudiado. La información necesaria para el estudio fue obtenida del registro archivado en el programa de control de lepra, en el Centro Municipal de Higiene y Epidemiología, y datos sobre población suministrados por el Departamento Provincial de Estadística y Comité Estatal de Estadística. Las variables recogidas fueron edad, sexo, raza, tipo de Lepra según clasificación de Madrid en Lepra Lepromatosa(LL), Tuberculoide (LT), Dimorfa(LD) e Indeterminada (LI), sintomatología y lugar de diagnóstico(área de salud o extra área) . Una vez obtenidos los datos, estos fueron almacenados en una base de datos de Microsoft Excel, la cual fue procesada de forma automatizada mediante el procesador estadístico SPSS versión 11.5 y EPINFO 6.0 calculándose medidas de resumen para variables en escala cualitativa (número absoluto, porcentaje y tasas). Los resultados obtenidos fueron presentados en tablas y gráficos estadísticos.

RESULTADOS

En nuestro estudio obtuvimos un total de 40 casos para un 100% de la población con diagnóstico de Lepra en el período de estudio, siendo más significativo en las edades comprendidas entre 41 y 60 años con 22 pacientes para un 55%, la variable sexo tuvo su mayor expresión en los masculinos con 75 %. Existe un alto porcentaje de la presencia de esta enfermedad en la raza negra con un 55%, observamos que el policlínico Neninger de nuestro municipio fue el que más cantidad de casos presentó ([Tabla 1](#)). Del total de la población de estudio de nuestro municipio, 28 casos fueron clasificados como Lepra Lepromatosa como lo representa la ([gráfico 1](#)). Todas las formas clínicas presentaron manchas hipocrómicas anestésicas, siendo este síntoma el más predominante en los pacientes estudiados para un 95%, especialmente en la Lepromatosa donde se vió en el 100% de los casos, los nódulos cutáneos fueron más frecuente en la Lepromatosa para un 71%, como también lo fue la infiltración difusa 53%, y la neuritis periférica 86%. La epítaxis apareció como síntoma predominante en la forma Tuberculoide con la presencia de la misma en el 100% de los casos. Los síntomas generales fueron más significativos en la Tuberculoide para un 83%. Nuestro estudio arrojó un alto porcentaje de diagnósticos extra-áreas con 34 pacientes para un 85%, como muestra la [tabla 2](#).

DISCUSIÓN

Cualquier persona puede contraer Lepra. Sin embargo, los niños parecen ser más susceptibles que los adultos. En nuestro estudio no se demuestra dicho planteamiento y pensamos que es debido a la amplia cobertura con la vacuna BCG a todos los niños recién nacidos, e indudablemente, a la interrupción de las fuentes de infección por la terapia multidroga utilizada en el país desde 1986. Hoy se acepta que la infección

tuberculosa natural compite con la infección de Lepra y que la vacuna BCG protege contra la misma hasta en un 70%, por mecanismos de inmunidad cruzada a la posible competencia con la micobacteria de la tuberculosis (TB).⁽¹⁾ En estudios multicéntricos realizados se demostró la presencia de la misma secuencia repetitiva del ADN *M. bovis* (BCG) y de *M. TB*, pero no está presente en *M. leprae*.⁽⁸⁾ En *M. TB* esa secuencia repetitiva es polimórfica, pero no lo es en BCG. El análisis de la Dot sugiere que esta secuencia repetitiva podría utilizarse para la identificación de gérmenes patógenos del género *Mycobacterium* en muestras clínicas.⁽⁹⁾ Muchos de los estudios realizados comienzan a aparecer los casos a partir de los 40 años coincidentes con el nuestro.^(3,8,10)

Análisis realizados en el país y en otras latitudes muestran como en el sexo masculino aparece la enfermedad con más frecuencia al igual que vimos en nuestro trabajo^(4,11-14), lo que pudiera explicarse por una mayor resistencia del sexo femenino, aunque existen países latinoamericanos que han publicado series en las que no se aprecian diferencias significativas por sexo. En otros más numerosos se mantienen esas diferencias.^(15,16)

Revisiones amplias refieren algunas zonas africanas en donde la mujer llega a ser más afectada, pero no dejan de ser una excepción, según los autores que han revisado la relación de sexo y enfermedad.⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ De este modo, la mayor afectación de los varones en estos resultados refleja una de las características de la enfermedad de Hansen, que todavía mantiene la controversia respecto a su origen inmunológico, fisiológico, hormonal o ambiental.

En algunos estudios realizados, las migraciones no constituyen un factor determinante en la detección de casos en el territorio, lo que nos corrobora una endemia mantenida.⁽²⁰⁾ Contrario a estos resultados, *Juventino*⁽²¹⁾ (en México) y *Ricardo*⁽²²⁾ (en Venezuela) encuentran una importante corriente migratoria de los estados y países circunvecinos. Nuestros resultados en cuanto a la raza pensamos se deban a la gran cantidad de migración y al estudio geográfico de esta enfermedad. En un estudio realizado en Colombia, en las región del Chocó, predominantemente habitados por personas de piel negra, predominó la LT.⁽²³⁾ Extrayendo los datos por policlínicos nos llama la atención la disparidad de casos en cada uno de ellos esto es debido a que este sitio pertenece a Alamar, una ciudad nueva con gran cantidad de emigrantes sobre todo de las provincias orientales de donde proviene en inicios la enfermedad de Hansen. Estudios realizados revelan que con la llegada de los esclavos africanos y luego con su masiva introducción en la isla, desde 1517, para trabajar en plantaciones cañeras, cafetales y minas, irrumpe a principios del siglo XVII la Lepra.^(24,25) Estudios realizados en nuestro país demuestran al igual que en el nuestro, la mayor prevalencia de la raza negra en los enfermos de Lepra.⁽²⁶⁾

La intensidad de la respuesta inmunológica específica mediada por células para el *M. Leprae* correlaciona la clase de enfermedad histológica y clínica y puede tomar dos formas tuberculoide o lepromatosa. Estudios realizados en EUA demuestran que las formas clínicas LL y LD tienen mayor representatividad lo que no concuerda con nuestro estudio donde la LT estuvo representada en segundo lugar.⁽²⁷⁾ En toda la literatura revisada se observó que la forma LL es la más frecuente.^(2,8,10,21)

Todas las formas de esta enfermedad causan finalmente daño neurológico periférico que ocasiona pérdida de la sensibilidad cutánea y debilidad muscular. En un estudio realizado en EUA las afectaciones neurológicas se detectaron en todas las formas de

lepra, excepto en la LI. ⁽²⁷⁾ Toda la literatura revisada coincide con nuestro trabajo donde de la sintomatología dependerá de las condiciones inmunológicas de la persona contagiada, y las características de su evolución serán determinadas por el tipo de lepra que se padece, observándose las lesiones más características de cada tipo de Lepra. ^(2,8,10,21,28)

Se demuestra que a pesar de existir poca incidencia de esta enfermedad en nuestro municipio, hay poca detección precoz de la misma, lo que podría explicarse en primer lugar por poco conocimiento de los médicos de familia del programa de Lepra, así como de la sintomatología de la misma y por otro lado lo poco que la conocemos debido a la escasa incidencia. Otros autores plantean que la Lepra es casi desconocida para la mayor parte de los profesionales sanitarios en los países donde la enfermedad no es endémica. ⁽²⁶⁾ La doctora Alicia desde Venezuela informó ⁽²⁹⁾ que el pasado año en la provincia se detectaron seis nuevos casos de lepra, y en lo que va de este se confirmaron otros tres y a su criterio, es normal que las manifestaciones más tempranas de la lepra pasen inadvertidas por quien no conoce la enfermedad, por lo que la persona o sus familiares no le darán la importancia que requiere y no se buscará la atención especializada. Según la doctora Laura C Hurtado, contrario a lo que muchos piensan, aún con una tasa de menos de uno por cada 10 mil habitantes, la enfermedad se halla entre nosotros. ⁽³⁰⁾

Conclusiones

La edad más frecuente de aparición de la enfermedad de Hansen fue de 41 a 50 años, no hubo incidencias en niños menores de 10 años, el sexo masculino fue el que más predominó así como la raza negra. El tipo de Lepra que más predominó fue la Lepromatosa seguida de la Tuberculoide, La sintomatología que más se observó fue la presencia de manchas hipocrómicas y anestésicas, predominando estas en todos los tipos de Lepra, los nódulos cutáneos y la neuritis periférica prevalecieron en el tipo Lepromatosos y la epíxtasis en la Tuberculoide y los casos se diagnosticaron mayormente en la atención secundaria.

Llegamos a otras conclusiones en nuestro trabajo: La lepra no constituye actualmente un problema de salud en el municipio. El mayor número de pacientes estudiados refirieron presentar los síntomas alrededor de 15 años antes del diagnóstico lo que nos justifica aún más la falta de diagnóstico precoz que existe de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De la Osa JA. Hansen (monografía en Internet). Citado 20 octubre 2010. Disponible en URL: <http://www.granma.cubaweb.cu/salud/consultas/h/c18.htm>
2. Fitzpatrick, T, Polano, MK. Atlas de dermatología clínica. Madrid. Ediciones Doyma. 1990.
3. López ME, Carrazana GB, Castaño S. Indicadores epidemiológicos de la incidencia de lepra en un distrito de salud. RevLeprolFontilles 2008; 20(1):625-44.

4. OPS-OMS. Boletín Eliminación de la lepra de las Américas. Noviembre de 2000. No. 8.
5. World Health Organization. Weekly epidemiological record. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2007;80(13):13-124.
6. Lombarda C, Ramírez R, Gil S, Reinaldo E. Tendencia temporal de la detección de la lepra en el Estado de Sao Paulo (Brasil) 1934-1983. RevLeprolFontilles 2008;20(4):359-86.
7. MINSAP. Anuario estadístico. La Habana; 2005.p.5-23.
8. Nordeen SK. The Epidemiology of Leprosy. In: Leprosy, Edimburg: Churchill Livingstone; 2009:15-20.
9. World Health Organization. Report of the Scientific Working Group on Leprosy. Geneva: WHO, 2010.
10. Benenson Abram S. Manual para el control de las enfermedades transmisibles. Informe oficial de la Asociación Estadounidense de Salud Pública. Washington. 2008.
11. Organización Panamericana de la Salud. Estratificación de la eliminación de la lepra. Lepra al día. 2009;1(4):1.
12. Íñiguez L, Barcellos C, Peiter P. Utilização de mapas no campo da Epidemiologia: Reflexões sobre trabalhos apresentados no IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. InfEpidemiol. 1999;18(2):29.
13. World Health Organization. Weekly epidemiological record. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2008 ;80(13):13-124.
14. Escoto Umanzor C. La lepra en Honduras (monografía en Internet). Citado 30 mayo 2008 . Disponible en URL: <http://www.scn.es/cursos/tropical/lepra.htm>
15. Demapura D. Lucha contra la lepra en Sri Lanka. Foro MundDalud 2009;15(2):188-9.
16. Odom RB, James WD, Berger TG. Andrew´s. Dermatología Clínica. Marbán Libros, SL.; 2009, p. 792-93, v. 2.
17. Burgoon C.F. Ped. Clin. North Am. 2008; 8 (3): 673 -674.
18. KortingG.W.Geriatric Dermatology. Ph: W.B.Saunders Company; 2010.
19. Orozco González MI, Palú Orozco A, Batista Duharte A, Romero García LI, Rodríguez Valdés A. Caracterización epidemiológica de familias con casos secundarios de lepra. MEDISAN 2009; 11(3).
<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol11_3_07/san07307.htm > [consulta: 2 febrero 2010].

20. M. Contreras-Steys, N. López-Navarro, E. Herrera-Acosta, R. Castillo, G. Ruiz del Portal, R.J. Bosch, E. Herrera Actas Dermo-Sifiliográficas, Volume 102, Issue 2, March 2011, Pages 106-113
21. Juventino González B. Panorama de la lepra en Nuevo León. Ciudad de México. RevMex Dermatol.2009;38(Suppl): 32-6.
22. Ricardo Dávila L. Fronteras confusas: impactos sociales de la migración (monografía en Internet). Citado 20 octubre 2010. Disponible en URL: <http://www.denison.edu/collaborations/istmo/n04/articulos/fronteras.html>
23. Escoto Umanzor C. La lepra en Honduras (monografía en Internet). Citado 30 mayo 2009. Disponible en URL: <http://www.scn.es/cursos/tropical/lepra.htm>
24. Fernández Miranda R, Gil Fernández RM. Historia y epidemiología de la lepra en Almería. RevLeprFontilles. 2007 ;16(1):45-50.
25. López ME, Carrazana GB, Castaño S. Indicadores epidemiológicos de la incidencia de lepra en un distrito de salud. RevLeprFontilles 2008;20(1):625-44.
26. Rodríguez García PL, Rodríguez Pupo L. Bases para el examen del sistema nervioso. <<http://www.sbn-neurocirurgia.com.br/site/download/artigos/tmp44edbd34.pdf>> [consulta: 2 febrero 2009].
27. British Journal of Dermatology. October 2009; 149(4).
28. D. Joseph Demis. Clinical Dermatology. Philadelphia. New York: Lippincott-Raven; 2010, v. 3.
29. Flores A, Feal C, García-Doval I, Abalde MT. Enfermedad de Hansen: a propósito de dos casos de lepra lepromatosa en Pontevedra. Med Clin. 2009;118(18): 718-9.
30. Gómez G, Velásquez A, López R. Sospechar la lepra. Rev Aten Primaria. 1999;20(2):107-8.

Recibido: 2 de febrero de 2012.
Aprobado: 10 de marzo de 2012.

Dirección de contacto

Jacqueline Díaz Acosta. Departamento MGI. FCM Calixto García Iñiguez. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba.

E-mail: jdacosta@infomed.sld.cu