

## **Situación de la lepra en el municipio 10 de Octubre (ene./2001-dic./2008).**

MSC. ROSA TERESITA BARREAL GONZÁLEZ. Lic. en Microbiología. Máster en Microbiología Clínica. Profesora instructora.

Dra. Bárbara Ivonne Matutes García. Médico Especialista 1<sup>er</sup> Grado en MGI y en Microbiología.

### **Resumen**

La lepra acarrea dificultades en su detección debido a su diversidad de expresiones clínicas y su baja prevalencia, que contribuye a que se realicen diagnósticos erróneos y tardíos, y no se piense en la lepra como posible diagnóstico. Como objetivo general se presenta: valorar la situación del diagnóstico precoz de la lepra en el municipio de 10 de Octubre (2001-2008). Comprende un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo. Con un universo que estuvo conformado por 89 pacientes y una muestra de quince pacientes positivos al diagnóstico. Se realizó la investigación con los pacientes con enfermedades dermatológicas sugestivas de lepra, procedente de las ocho unidades de atención primaria de salud del municipio 10 de Octubre, en el período comprendido de enero de 2001 hasta diciembre de 2008.

### **Summary**

The leprosy carries difficulties in its detection due to its diversity of clinical expressions and its low prevalence that it contributes to that you/they are carried out diagnostic erroneous and late, and don't think of the leprosy like possible diagnosis. As general objective it is presented: To value the situation of the precocious diagnosis of the leprosy in the municipality of October 10 (2001-2008). He/she understands a retrospective longitudinal descriptive study. With a universe that was conformed by 89 patients and a sample of fifteen positive patients to the diagnosis.

## Introducción

La lepra es una enfermedad crónica causada por *Mycobacterium leprae*. Afecta el árbol respiratorio superior y nervios periféricos y en algunas formas graves existe compromiso de algunas vísceras. Se conoce desde el mundo antiguo y fue considerada una enfermedad misteriosa asociada a un cierto tipo de maldición. El médico noruego Gerhard A. Hansen descubrió el agente causal de la lepra y 7 años después el alemán Albert Neisser logró teñirla.<sup>1</sup>

El bacilo de Hansen es una bacteria ácido alcohol resistente (BAAR), de vida intracelular obligada que pertenece al orden Actinomicetales, familia Mycobacteriaceae. La Baciloscopia es la técnica para el examen directo, que tiene una especificidad de 100% y una sensibilidad del 92%.<sup>2</sup>

En 1999, la comunidad sanitaria internacional decidió crear la Alianza Mundial para la eliminación de la Lepra, como un problema de salud en el año 2005. Esto no ha sido posible, aunque a lo largo de los últimos 20 años, más de 14 millones de enfermos se han curado. La morbilidad por esta causa se ha reducido de 5,2 millones en 1985 a 286 000 al final de 2004.<sup>3</sup>

En Cuba, el primer reporte aparece registrado en el Acta del cabildo de La Habana del 17 de enero de 1615. El 1<sup>er</sup> programa de control aparece en el año 1962, después del triunfo revolucionario, y fue modificado en 1972, 1977, 1988 y en el 2005. Desde 1993, la lepra no es un problema de salud en nuestro país al obtener una tasa de prevalencia de 1 por 10 000 habitantes.<sup>4</sup>

Este padecimiento acarrea dificultades en su detección, debido a su diversidad de expresiones clínicas y su baja prevalencia, que contribuye a que se realicen diagnósticos erróneos y tardíos, y no piensen en la lepra como posible diagnóstico.<sup>4</sup>

Para valorar cómo marcha el diagnóstico precoz de la enfermedad en el municipio de 10 de Octubre nos preguntamos:

1. ¿Cuál es la situación de la lepra en el municipio?
2. ¿Cómo se encuentra la detección de la lepra indeterminada, como fase de comienzo de la enfermedad?
3. ¿Cuál es la incidencia por sexo, grupo de edades y consanguinidad?
4. ¿Cuál fue el modo de detección y comportamiento del grado de discapacidad en los enfermos?

Todas estas interrogantes nos motivaron a realizar la presente investigación, ya que el diagnóstico y tratamiento temprano de esta enfermedad es la clave para prevenir el desarrollo de incapacidades y eliminar el estigma social que lleva ya más de 3 000 años. Teniendo en cuenta que la lepra no tiene prevención primaria, solo en la medida que logremos realizar un diagnóstico suficientemente temprano e imponer

tratamiento, se irá interrumpiendo la cadena de transmisión, se logrará ir disminuyendo la incidencia y se alcanzará a largo plazo la interrupción de la transmisión de la lepra en Cuba.

Por todo lo antes expuesto nos trazamos los siguientes objetivos:

Objetivo general: Valorar la situación del diagnóstico precoz de la lepra en el municipio de 10 de Octubre (2001-2008).

Objetivos específicos:

1. Valorar la situación de la enfermedad y su tendencia en el municipio.
2. Especificar la detección de la lepra indeterminada, como fase de comienzo de la enfermedad. Determinar la forma clínica predominante.
3. Mostrar la incidencia por sexo, grupo de edades y consanguinidad.
4. Valorar el diagnóstico precoz de la lepra según el modo de detección de los enfermos y el comportamiento según el grado de discapacidad.

## **Materiales y métodos**

Se realizó la investigación con los pacientes con enfermedades dermatológicas sugestivas de lepra, procedentes de las ocho unidades de atención primaria de salud del municipio 10 de Octubre, en el período comprendido de enero de 2001 hasta diciembre de 2008.

Tipo de estudio: Descriptivo longitudinal retrospectivo.

Universo de trabajo: El universo estuvo conformado por 89 pacientes.

Muestra: Quince pacientes positivos al diagnóstico.

Criterios de diagnóstico: manifestaciones clínicas y examen físico, baciloscopia, prueba cutánea.<sup>5</sup>

Criterios de exclusión: criterios diagnósticos negativos.

Manifestaciones clínicas y examen físico: lepra lepromatosa (multibacilar), tuberculoide (paubacilar), indeterminada, borderline o dimorfa.<sup>5</sup>

Técnica de baciloscopia: Se utilizó para diagnóstico de certeza de este padecimiento, ya que puede demostrar el bacilo. Se tomaron muestras de exudado nasal, de la dermis, animizando codos y aurículas con pinza, haciendo una pequeña incisión de la parte afectada y de la lesión (corte en el borde) y colecta en un trozo de pañuelo de celofán o nylon.

Las muestras se extendieron de forma homogénea en todo el círculo. Se fijaron añadiendo un papel de filtro con unas gotas de formol al 40%. Después de 4 a 24 horas a temperatura ambiente se sacaron de la solución, se lavaron con agua corriente, se dejaron secar al aire y se colorearon con el método de Ziehl Neelsen para detectar BAAR: se cubriendo el extendido con carbol fucsina por tres minutos, se calienta (sin hervir) a 60 °C por cinco minutos, se enjuaga y se decolora con alcohol ácido y se tiñe con azul de metileno. Finalmente, después de enjuagar se observa al microscopio con lente objetivo de inmersión (ampliación: 600-800x).<sup>2</sup>

Recolección de la información: Se revisaron los libros de registro mensual de la sección de microbacterias del Laboratorio de Microbiología Sanitaria del Centro Municipal de Higiene y Epidemiología de 10 de Octubre. Además, se revisaron las encuestas epidemiológicas de cada paciente, así como las historias clínicas presentes en la consulta de dermatología de la unidad correspondiente y las variables en estudio fueron: sexo y edad.

Métodos estadísticos: Para una mejor comprensión de los resultados se utilizaron:

Análisis de frecuencias en escala cualitativa: razón, proporción, porcentaje, tasa y coeficiente de regresión; así como análisis de frecuencia en escala cuantitativa: promedio aritmético y moda y las variaciones de la enfermedad en el tiempo, hallándose la línea de tendencia mediante semipromedios. Los resultados se presentan en gráficos y tablas.

## Resultados y discusión

En la Tabla No. 1, se reafirma que la lepra no es un problema de salud en nuestro territorio, solo 15 casos que corresponden a una tasa de 0,6 por 10 000 habitantes, y una media anual de incidencia de 2 casos anuales; por lo que se consolidan los resultados alcanzados y se reafirma la estabilización entre casos nuevos que se detectan y los que salen de la prevalencia, para ayudar a su reducción. Aunque no está totalmente eliminada, dado que aún se observa prevalencia de la enfermedad con existencia de casos nuevos, incluso en diferentes áreas de salud.

Tabla No.1. Tasa de morbilidad de lepra por unidades de salud y años en el municipio 10 de Octubre. (ene./ 2001-dic./ 2008).

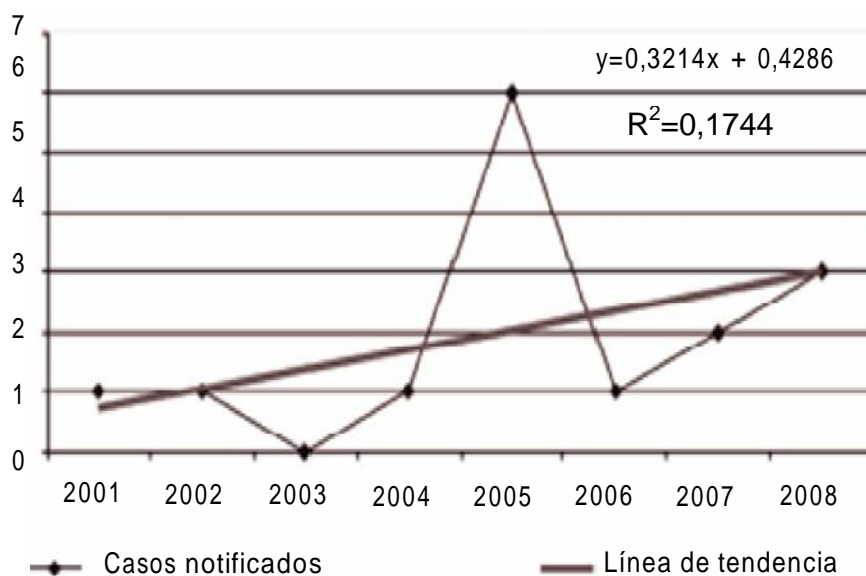
Unidad de salud	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	No	T	No	T	No	T	No	T	No	T	No	T	No	T	No	T
Lawton	0	0	0	0	0	0	1	0,4	3	0,8	0	0	0	0	1	0,4
L. P. Uceda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,2	1	0,2
Luis Pasteur	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,3	0	0	1	0,3	0	0
Turcios Lima	1	0,3	0	0	0	0	0	0	1	0,3	0	0	0	0	0	0
R. Gómez	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,2	1	0,2	0	0	0	0
30 Noviembre	0	0	1	0,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14 Junio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,3
Luyanó	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	1	0,4	1	0,4	0	0	1	0,4	6	1,6	1	0,4	2	0,8	3	1,3

Fuente: Libros de registro de la sección de microbacterias del Laboratorio de Microbiología y Química Sanitaria, CMHE municipio 10 de Octubre y libros de población 2001-2008.

También se puede observar que de ocho unidades de salud de nuestro municipio, solo Luyanó no ha presentado casos a pesar de la vigilancia, para un 6,6% de no incidencia. Se destaca Lawton con 5 casos (33,3%) en todo el período. El año de mayor tasa de morbilidad fue el 2005 con 1,6 por 10 000 habitantes, por encima de los índices de la carpeta metodológica y el Policlínico Lawton fue el que más incidió ese año, con una tasa de morbilidad específica para esta enfermedad de 1,8 por 10 000 habitantes.

En el gráfico No. 1, vemos los casos notificados en el municipio 10 de Octubre por años en el período analizado. La línea de tendencia indica que van aumentando los casos, a pesar de reportarse una tasa de morbilidad baja, resultando significativo estadísticamente ( $R^2 = 0,1744$ ).

Gráfico No. 1. Tendencia de la lepra en el municipio 10 de Octubre. (ene./ 2001dic./ 2008).

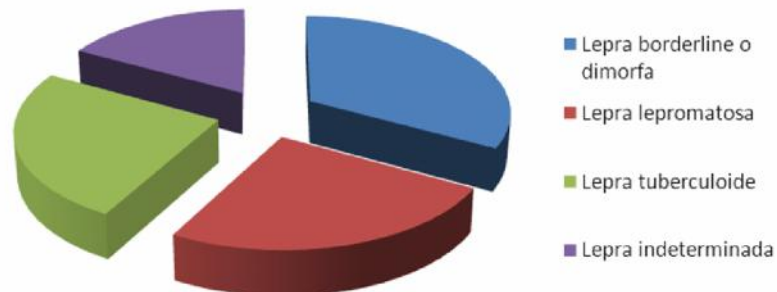


Fuente: Encuestas epidemiológicas de cada paciente, así como las historias clínicas presentes en la consulta de dermatología de las unidades de salud.

En el gráfico No. 2, aparecen las formas clínicas presentes en los pacientes. Aunque se plantea que cada individuo manifiesta clínicamente la enfermedad según su estado inmunológico,<sup>(6)</sup> hay autores que plantean que la lepra indeterminada es la fase de comienzo de la enfermedad<sup>7</sup> y en nuestro estudio solo se presenta en un 17 por ciento.

Hay que tener en cuenta, que el máximo transmisor de la enfermedad es el paciente sin tratamiento, porque expulsan en sus secreciones nasales más de 100 millones de bacilos diariamente, por lo que las inhalaciones de estos bacilos durante un tiempo prolongado causan la infección del nuevo hospedero, el cual puede desarrollar o no la enfermedad, según el estado de su sistema inmunológico. Todo lo cual nos hace pensar que a pesar de la baja incidencia en nuestra área, debemos mejorar en el diagnóstico precoz de esta enfermedad, para mantener o mejorar los indicadores que hoy exhibimos, ya que si se trata en las primeras fases, se evita la discapacidad.

Gráfico No. 2. Formas clínicas predominantes de lepra en 10 de Octubre. (ene./2001dic./2008).



Fuente: Encuestas epidemiológicas de cada paciente, así como las historias clínicas presentes en la consulta de dermatología de las unidades de salud.

Podemos apreciar en la tabla No. 2 que el sexo femenino predominó con 10 casos y la intensidad de la relación es aproximadamente de 2:1, es decir hay aproximadamente 2 mujeres por cada hombre enfermo con lepra. Además, proporcionalmente de cada 2 enfermos uno es del sexo femenino. Con estos resultados, podemos pronosticar que hay en nuestra población 66,6% de probabilidad que sea una mujer la que enferme con este padecimiento.

Sin embargo, se reporta a nivel mundial que incide más el sexo masculino que el femenino, como lo muestran los resultados de Rodríguez y Castilla, que obtuvo una proporción de 2:1 y Urbina y colaboradores con 71,9% de masculinos. En cambio, Jiménez y Martínez coinciden con nuestros resultados ya que presentó un 64,3% del sexo femenino.<sup>6,7,8</sup>

En cuanto a la incidencia de las diferentes formas clínicas según el sexo, se observa que de un total de 15 pacientes 7 (46,7%) presentaron la forma lepromatosa (46,7%), seguidos de borderline (33,3%) y la indeterminada y tuberculoide con 2 (20%). Solo en el sexo femenino hubo lepra indeterminada.

Predominó en el femenino la borderline o dimorfa con 3 (25%) y en el sexo masculino con 2 casos (13,3%) la forma lepromatosa. En cuanto a lo ocurrido en el sexo masculino coincide con los resultados de Jiménez y Martínez.<sup>8</sup>

Tabla No. 2. Formas clínicas según el sexo de los enfermos de Lepra en el municipio 10 de Octubre. (ene./ 2001-dic./ 2008).

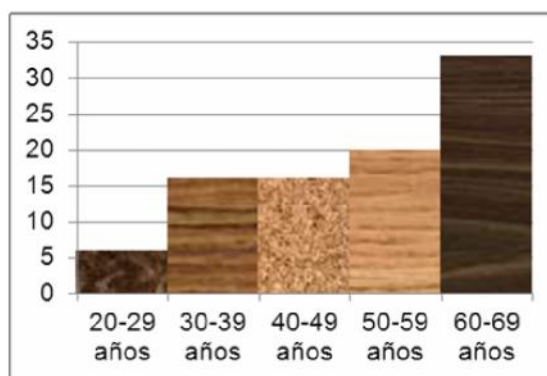
Formas clínicas	Masculi		Femenin		Ambos	
	No.	%	No.	%	No.	%
Lepra indeterminada	0	0	2	13,3	2	20
Lepra tuberculoide	1	6,6	0	0	1	20
Lepra borderline	0	0	5	33,3	5	33,3
Lepra lepromatosa	4	26,7	3	20	7	46,7
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>33,3</b>	<b>10</b>	<b>66,6</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuestas epidemiológicas de cada paciente, así como las historias clínicas presentes en la consulta de dermatología de las unidades de salud.

Con relación a la distribución por grupos de edades, el Gráfico No. 3 muestra que el mayor número de casos estuvo comprendido entre 60 y 69 años (33,3%). El valor mediano fue de 58 y el promedio de edad es de 54 años.

Estos datos corroboran lo planteado en la literatura, que aunque el padecimiento se inicia en la niñez y adolescencia, suele diagnosticarse en la edad adulta.<sup>9,10</sup> Aunque se han detectado fuera de este rango porque el período de incubación es variable y multifactorial y puede ser debido al perfil inmunológico del individuo, frecuencia y duración de las exposiciones, susceptibilidad al contacto, puerta de entrada, así como por la existencia de condiciones socioeconómicas bajas con inadecuada insalubridad y pobre nutrición.<sup>11</sup>

Gráfico No. 3. Distribución general de pacientes con lepra por grupos etáreos, municipio 10 de Octubre. (ene./ 2001-dic./ 2008)

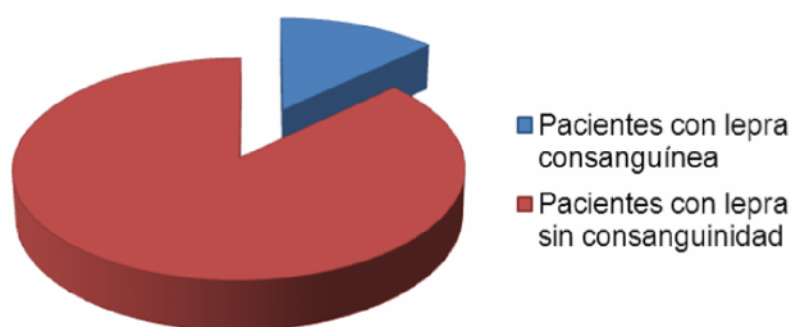


Fuente: Encuestas epidemiológicas de cada paciente, así como las historias clínicas presentes en la consulta de dermatología de las unidades de salud.



Aunque esta enfermedad no se hereda, sí se hereda la deficiencia inmunológica que brinda la susceptibilidad para adquirirla.<sup>12</sup> En el gráfico No. 4, vemos que solo corresponde a 2 pacientes (13%) la lepra consanguínea, de ellos una lepra indeterminada (fuente: la madre) y una lepra tuberculoide (fuente: el hermano). Hubo predominio (87%) de lepra sin antecedente familiar en nuestro estudio.

Gráfico No. 4. Fuente consanguínea de la Lepra en el municipio 10 de Octubre. (ene./2001-dic./2007).



Fuente: Encuestas epidemiológicas de cada paciente, así como las historias clínicas presentes en la consulta de dermatología de las unidades de salud.

No encontramos casos de lepra conyugal, ni transmisión entre otros convivientes con el enfermo, como ocurrió en el estudio de Meléndez y colaboradores.<sup>12</sup> La baja patogenicidad de *M. leprae* y la alta resistencia de los adultos ante la bacteria, conduce a estos resultados, a pesar del contacto íntimo, repetido y directo.

En las formas clínicas y modo de detección de los enfermos de lepra, se observa en la Tabla No. 3 que 14 pacientes (91,6%) fueron detectados de modo espontáneo, seguido de un paciente (8,3%) en estudio de contactos. No se detectaron casos en estudio de contactos, encontrándose diferencias significativas ( $p \leq 0,05$ ).

Jiménez y Martínez, en su estudio detectaron 51 pacientes de modo espontáneo (79,9%).<sup>6</sup> Aunque la mayoría de los autores plantean que el estudio de contactos y población de riesgo es el que más nuevos casos debe aportar.<sup>9,13</sup>

Tabla No. 3. Formas clínicas y modo de detección de los enfermos de Lepra en el municipio 10 de Octubre. (ene./ 2001-dic./ 2007).

Forma clínica	Estudios de población						Total	
	Espontánea		Contacto		De riesgo			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Lepromatosa	3	25	0	0	0	0	3	25
Dimorfa	4	33,3	0	0	0	0	4	33,3
Indeterminada	1	8,3	1	8,3	0	0	2	16,6
Tuberculoide	3	25	0	0	0	0	3	25
<b>Total</b>	14	91,6	1	8,3	0	0	12	100

Fuente: Encuestas epidemiológicas de cada paciente, así como las historias clínicas presentes en la consulta de dermatología de las unidades de salud.

En el estudio de incapacidades y notificación de los enfermos, se muestra en la Tabla No. 4 que de un total de 15 pacientes, el 60% fueron notificados precozmente, por lo que no llegaron a presentar ningún grado de incapacidad, mientras que dentro de los notificados tardíamente hubo 2 pacientes (16,6%) con algún grado de incapacidad. Aunque el 60% se detectó precozmente, hay que tener en cuenta que el grado de incapacidad o discapacidad, según la OMS solo tiene en cuenta anestesia, deformidad o lesión visible en manos y pies, además si presenta problemas oculares y pérdida visual. Sin embargo, en caso de que se presenten lesiones en el tronco u otra parte del cuerpo no se tienen en cuenta.<sup>3</sup>

Tabla No. 4. Grado de discapacidad y notificación de los enfermos de lepra en el municipio 10 de Octubre. (ene./ 2001-dic./ 2007).

Grado de discapacidad	Precoz		Tardío		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Grado 0	9	60	4	26,6	13	86,6
Grado I	0	0	1	6,6	1	6,6
Grado II	0	0	1	6,6	1	6,6
<b>Total</b>	9	60	6	40	15	100

Fuente: Encuestas epidemiológicas de cada paciente, así como las historias clínicas presentes en la consulta de dermatología de las unidades de salud.

## **Conclusiones**

Dicha enfermedad en nuestro municipio, no es un problema de salud aunque se observa una tendencia ascendente.

La lepra indeterminada, como fase de comienzo de la enfermedad solo se presenta en un 17% de los casos. Hubo predominio de lepra lepromatosa.

Predominó el sexo femenino, los casos están comprendidos entre 60 y 69 años y sin antecedente familiar.

Se detectó los mayores por cientos de forma espontánea y sin grado de discapacidad.

## **Recomendaciones**

1. Lograr realizar el diagnóstico en el primer año de la aparición de los síntomas de la enfermedad.
2. Cumplir el adiestramiento sistemático para el diagnóstico de la lepra a todos los médicos de la atención primaria.
3. Cumplir con el Programa Nacional de Lepra (2005).

## Referencias bibliográficas

1. TIERNEY. Diagnóstico clínico y tratamiento. 39° edic, 2004. Manual Moderno.
2. ABRAHAM, B. Y A. CARIAPPA: Inter and intra laboratory variation in the reporting of smears in leprosy. *Int J Other Mycobact Dis*, 2001; 59 (1): 76-81.
3. WHO. A Global Alliance for Leprosy Elimination, Draft. Strategic Plan, 2000-2005.
4. VALERA, I.; AM. PRIOR; A. URIBEECHEVERRÍA; S. FAUSTINO Y K. DURÁN: Conocimientos de los médicos de familia sobre lepra. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.* 2006; 22(3).
5. NARANJO, JA.; A. DELGADO; C. FONCELLEDO Y K. ÁLVAREZ: Características clínicas de la lepra. *Bol. Med. Gen. Int.*; 8 (3) jul./2004sep./2004.
6. RODRÍGUEZ, M. Y S. G. CASTILLA: Reporte de 9 casos nuevos de lepra estudiados en el Centro Dermatológico de Pascua en el año 2001. *Rev. Cent. Dermatol. Ene./2004abr./2004*; 12(1): 15-22.
7. URBINA, J. R.; M<sup>a</sup> P. GARCÍA; M<sup>a</sup> M. LETÓN Y R. RUIZ: Epidemiología de la Lepra a través del estudio de la frecuentación del Hospital Especializado de Trillo durante el período 1943-1995. *Rev. Esp. Salud Pú. Sep./1997-oct./1997*; 71 (5):1-14.
8. JIMÉNEZ, J. Y M. J. MARTÍNEZ: Comportamiento epidemiológico social de la Lepra en el policlínico Raúl Sánchez, años 1990-2000. *Bol. Med. Gen. Int.* 2005; 9 (3): 1-6.
9. NARANJO, JA; A. DELGADO; C. FONCELLEDO; AM. VALDÉS; A. GONZÁLEZ Y K. ÁLVAREZ: Aspectos epidemiológicos de la Lepra. *Bol. Med. Gen. Int.* oct./2004-dic./2004; 8 (4): 1-10.
10. CORTEZ-FRANCO, F. Y L. ÁNGELES-PAREDES: Lepra indeterminada. *Dermatol. Perú*, may/2004–ago./2004; 14 (2): 1-5.
11. BAKKER, MI.; M. HATTA; A. KWENANG; WR. FABER; SM. BEERS Y PR. KLASTSER: Population survey to determine risk factors for Mycobacterium leprae transmission and infection. *Int J. Epidemiol* 2004;33: 1-8.
12. MELÉNDEZ, E.; J. FUENTES Y G. RODRÍGUEZ: Lepra conyugal. *Rev. Sal. Pú.*, may./2006.; 8 (1): 1-8.