

Lepra Hoy Consideraciones Epidemiológicas del Hospital Nacional

Leprosy Today epidemiological Considerations of the National Hospital

Aldama A, Rivelli V, Aldama O, Ozecoski D, Gorostiaga G
Servicio de Dermatología, Hospital Nacional, Itauguá, Paraguay.

Resumen

La lepra o enfermedad de Hansen, enfermedad infectocontagiosa producida por el *Mycobacterium leprae*, sigue siendo un problema de salud pública en países como el nuestro en pleno siglo XXI.

Objetivo: estudiar los aspectos epidemiológicos de la lepra en los casos registrados en nuestro servicio en los últimos 10 años y detectar las debilidades de la atención de estos pacientes.

Material y método: estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de los casos de consultorio externo e interconsultas hospitalarias, registrados en el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional en el periodo de 1999 al 2009.

Resultados: se registraron 184 casos, con predominio del sexo masculino, de edades comprendidas entre 40 y 69 años, de formas multibacilares (lepra lepromatosa y dimorfa lepromatosa). El 35% presentó episodios reaccionales y sólo 78 completaron el tratamiento específico. De 741 contactos del enfermo, sólo fueron controladas 46 personas.

Conclusiones: la lucha contra la lepra, a pesar de algunas fortalezas como la distribución gratuita de los fármacos específicos, sigue presentando grandes desafíos como el elevado número de abandono del tratamiento y el escaso control de las personas contactantes, máxime considerando que el 82% de los pacientes son bacilíferos.

Palabras clave: Lepra, Enfermedades Endémicas, Paraguay

ABSTRACT

Leprosy or Hansen's disease, an infectious disease caused by *Mycobacterium leprae*, remains a public health problem in countries like ours in the XXI century.

Objective: To study the epidemiologic aspects of cases in our department over the past 10 years and detect weaknesses in the management of these patients.

Methods: A retrospective, observational and descriptive study of cases of hospital outpatient and inter recorded at the Dermatology Department of the National Hospital in the period 1999 to 2009.

Results: There were 184 cases, predominantly male, aged between 40 and 69 years, of multibacillary forms (lepromatous and borderline lepromatous leprosy). 35% had reactions episodes and only 42% completed the specific treatment. Of 741 patient contacts, only 46 people were controlled.

Conclusions: The fight against leprosy, despite some strengths such as free distribution of specific drugs, continues to present major challenges as the large number of discontinuation and the small number of clinical examinations of persons contacted directly, especially since 82% were smear-positive patients.

Keywords: Leprosy, Endemic Diseases ,Paraguay

INTRODUCCIÓN

La lepra, llamada también enfermedad de Hansen, en honor a quien descubrió la bacteria en 1873, es una enfermedad infectocontagiosa causada por el *Mycobacterium leprae*. Presenta varias formas clínicas que dependen de la inmunidad específica del huésped y se fundamentan en criterios clínicos, histopatológicos, inmunológicos y bacteriológicos.¹

Ridley y Jopling, en 1962, clasificaron el espectro clínico en lepra tuberculoide (LT), dimorfa tuberculoide (LDT), dimorfa dimorfa (LDD), dimorfa lepromatosa (LDL) y lepra lepromatosa (LL). (ver figura 1). La forma indeterminada (LI) es la forma de inicio. Las dimorfias son también llamadas borderlines (HBL, HBT, HBB)¹. (ver figura 2)

Figura 1. Formas clínicas de la lepra

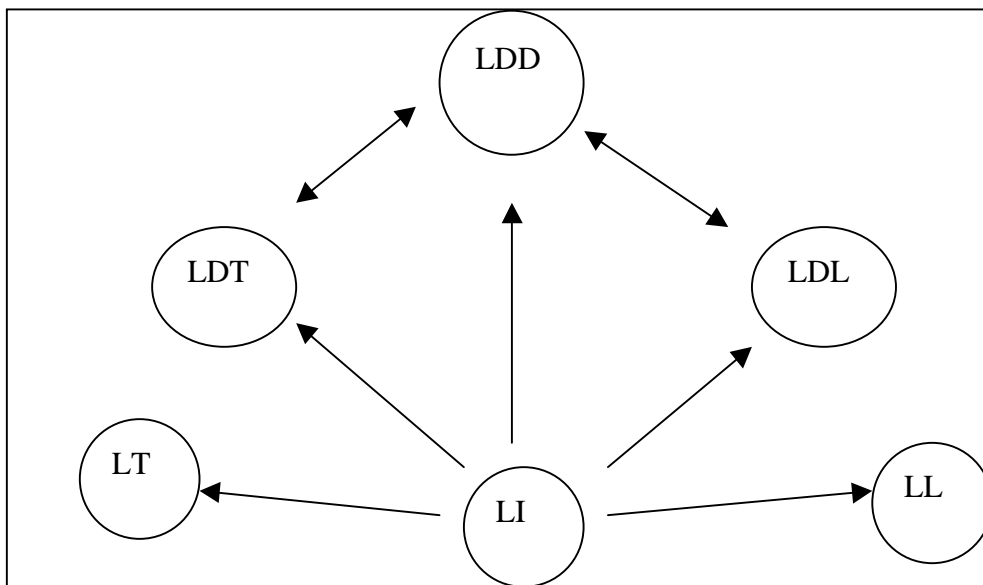


Figura 2. Lepra lepromatosa. Lepromas, infiltración y alopecia de cola de cejas.



Es endémica en los países subdesarrollados de Asia, África y América Latina. En muchos países la lepra se considera eliminada (prevalencia menor de 1 caso por 10.000 habitantes), sin embargo, la incidencia (número de nuevos casos por año) permanece estable desde hace 15 años con casi 250.000 casos nuevos por año en todo el mundo.^{1,2}

Todavía quedan áreas muy endémicas en algunas zonas de Angola, Brasil, India, Madagascar, Mozambique, Nepal, República Centroafricana, República Democrática del Congo y República Unida de Tanzania. Estos países siguen muy comprometidos con la eliminación de la enfermedad y están intensificando sus actividades de control de la lepra.²

En nuestro país, según datos del Programa Nacional de Lepra, se diagnosticaron en los últimos 10 años un promedio de 450 pacientes por año, de los cuales 20 fueron menores de 15 años. El 73% fue multibacilar y con predominio en el sexo masculino (64%). En todo el país la tasa es menor a 1 caso por 10.000 habitantes, a excepción de los departamentos de Amambay, San Pedro, Ñeembucú y Concepción, donde esta cifra es mayor.³

Desde 1985, la OMS proporciona gratuitamente la medicación a los pacientes de todo el mundo. En 1981 un grupo de estudio había recomendado el uso de la terapia multidroga (MDT) o poliquimioterapia (PQT) que consiste en la administración de tres medicamentos: dapsona, rifampicina y clofazimina. El medicamento está disponible para todos los pacientes en forma de blisters programados para uso mensual.^{4,5}

Para aplicar el esquema de tratamiento se divide a los casos en dos grupos: multibacilar (LL, LDL, LDD, LDT con más de 5 lesiones y LI con baciloscopía positiva) y paucibacilar (LT; LDT con menos de 5 lesiones y LI con baciloscopía negativa).

Las dosis para adultos son las siguientes:

Multibacilar: Rifampicina 600 mg 1 vez por mes, toma supervisada. Dapsona: 100 mg/día. Clofazimina: 300 mg 1 vez por mes, supervisada, luego se sigue con 50 mg/día. Duración: 12 blisters en no más de 18 meses. Los que tienen índice bacilífero (IB) (+++) o más, al completar el esquema y si clínica y laboratorialmente no mejoran, deberán recibir 12 blisters más.

Paucibacilar: Rifampicina 600 mg 1 vez por mes toma supervisada. Dapsona 100 mg/día. Duración: 6 blisters en no más de 9 meses.^{4,5}

Las condiciones de contagio se dan en las formas multibacilares (MB) en una proporción 10 veces mayor que en las paucibacilares (PB). Los pacientes dejan de ser contagiosos tras la primera dosis de PQT.⁶

El curso crónico de la lepra se ve alterado por las reacciones lepromatosas, que son episodios agudos, subagudos, a veces subintrantes o recidivantes, de lesiones polimorfas muy llamativas con importante sintomatología general y compromiso neural, ocular y visceral que obliga a varios diagnósticos diferenciales.^{1,7} La clasificación de las reacciones se ilustra en (tabla 1).

Tabla 1: Reacciones en la lepra

Tipo 1: Relacionado a la inmunidad celular: en la lepra dimorfa

1. Aumento de la inmunidad celular ----R. Reversa (más frecuente) LDL ----- LDD-----LDT----Viraje hacia polo T
2. Disminución de la inmunidad celular
LDT----LDD---LDL----Viraje hacia polo L

Tipo 2: Relacionado a la inmunidad humoral: en LL, LDL

1. Eritema nudoso lepromatoso (más frecuente)
2. Eritema polimorfo
3. Fenómeno de Lucio

La lepra sigue teniendo fuerte presencia en nuestra práctica hospitalaria con presentaciones clínicas a veces desafiantes. Por tanto hemos revisado el total de casos registrados en el Servicio de Dermatología en los últimos 10 años y analizados aspectos relacionados a esta patología milenaria, con el objetivo de describir las características clínicas y epidemiológicas de la lepra.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, a través del registro clínico de pacientes que consultaron en el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional, ya sea en consulta externa o internación, desde junio de 1999 a junio del 2009. Se incluyen todos los pacientes con diagnóstico clínico de lepra y confirmado por anatomía patológica y/o bacteriología.

RESULTADOS:

Se registraron 184 casos, predominando el sexo masculino: 123 casos (66,8%). El grupo etario más frecuente fue de 40 a 49 años (ver tabla 1).

Tabla 2: distribución etaria de pacientes con lepra (n=184)

10 a 19 años	8	4,3%
20 a 29 años	15	8,1%
30 a 39 años	23	12,5%
40 a 49 años	37	20,1%
50 a 59 años	36	19,5%
60 a 69 años	34	18,4%
70 a 79 años	27	14,6%
>80 años	4	2,1%

La procedencia era de los siguientes departamentos: Central: 96, Paraguari: 23, Cordillera: 13, Caaguazú: 10, otros departamentos: 42 casos.

Las formas clínicas halladas fueron: LI 3 casos, LT 20 casos, LBT 31 casos, LBL 32 casos y LL 98 casos.

En relación al sexo y las formas clínicas, en mujeres se hallaron formas paucibacilares en 23 casos y multibacilares en 38 casos, mientras que en los varones, formas paucibacilares en 34 casos y multibacilares 89 casos (OR 1,5 IC 95% 0,7-3,2 $p=0,1$ prueba χ^2)

Las reacciones lepromatosas detectadas fueron: Tipo I 18 casos y Tipo II 49 casos: eritema nudoso: 43, fenómeno de Lucio: 5 y eritema multiforme: 1 (ver figuras 3 y 4)

Figura 3. Eritema nudoso en paciente con lepra lepromatosa.



Figura 4. Fenómeno de Lucio en paciente con lepra lepromatosa.



Las intercurrencias detectadas fueron: anemia por dapsona 17 casos, hepatitis medicamentosa 3 casos y neutropenia en 3 casos.

Las comorbilidades fueron diabetes mellitus en 12 pacientes e hipertensión arterial en 20 casos. La evolución fue: alta terapéutica: 78, óbito: 4, abandono del tratamiento: 86 y traslado a otro centro especializado: 16.

Los contactos intradomiciliarios se detectaron en 741 sujetos y fueron controlados para despistaje en nuestro servicio sólo 46 casos.

DISCUSIÓN:

En el periodo 1999-2009, de un total de 18.305 pacientes que consultaron por primera vez en el servicio, 184 fueron por lepra (1% del total). El promedio de casos por año fue de 18,4 casi el 5% del total de casos registrados en el país. En esta serie hay un mayor porcentaje de enfermos varones (66,8%) que en el registro de los casos que incluye todo el país (64%).³

Las franjas etarias más comprometidas fueron las comprendidas entre 30 y 69 años y sólo se registraron 8 pacientes entre 10 y 19 años; y ninguno antes de los 10 años probablemente debido al largo periodo de incubación de la enfermedad pero también debido al deficiente control de contactos, pues en los niños la forma predominante es la lepra indeterminada.

En una revisión anterior del servicio (periodo 1993-1998)⁷ se comunicaron 120 pacientes, que representan un promedio de 24 casos por año, lo cual sugiere un ligero descenso del número de casos atendidos en este servicio. En todo el país se consiguió disminuir la incidencia a menos de 1 caso por 10000 habitantes.³ En esta serie también predominaban los casos bacilíferos, y el sexo y grupo etario coincidían con la actual.

En cuanto a las formas clínicas, las formas bacilíferas (LL-LDL) representan el 71,1%, porcentaje que se repite en todo el país (73%). Este es el dato fundamental para explicar la gravedad del problema, pues estos son los casos contagiantes, que exigen el estricto cumplimiento del tratamiento y el examen clínico de los contactantes.

Dos aspectos son preocupantes en esta serie: 1. sólo el 42% completó el tratamiento con las pautas establecidas por la OMS. Si bien algunos pidieron ser trasladado a otras instituciones para su seguimiento, la mayoría no acudió a los controles periódicos y probablemente no recibió el tratamiento. Tampoco hemos recibido la información del Departamento de Lepra del MSP y BS, al que se notifica cada caso, de que algunos de estos pacientes están siendo controlados en otras instituciones. 2. En el registro de contactos se consignan 741 personas que conviven en el mismo domicilio de nuestros enfermos, de los cuales sólo 46 acudieron a control para examen de despistaje. Este grupo debería ser el objetivo de campañas de detección de casos tempranos, incluso en algunos estudios ya se ensayan exámenes laboratoriales.^{8,9}

El dato que revela este deficiente manejo es el escaso número de casos indeterminados (sólo 3), forma inicial, ideal para el tratamiento.

Se necesita que los médicos y profesionales de la salud estén atentos ante las primeras manifestaciones de la enfermedad para tratar oportunamente y evitar las discapacidades en un grupo poblacional generalmente vulnerable por sus condiciones socioeconómicas y culturales precarias. También las instituciones de formación de profesionales de la salud, que se concentran en el departamento Central, región de donde provienen la mayoría de los casos, deberían dar énfasis en sus programas a enfermedades con impacto en salud pública como es la lepra y realizar trabajos de campo para educación sanitaria y control de pacientes y contactos.

Un total de 67 pacientes (35%) presentaron reacciones por la lepra siendo la más frecuente el eritema nudoso (43 casos). Los casos leves de eritema nudoso se tratan con antiinflamatorios no esteroideos, los moderados a severos requieren talidomida, droga a veces no proveída y muy riesgosa en mujeres en etapa reproductiva (con absoluta contraindicación durante el embarazo) por lo que se debe recurrir a la prednisona que a su vez tiene varios efectos colaterales. La diabetes y la hipertensión arterial, comorbilidades frecuentes en estos pacientes (32 casos), pueden ser desencadenadas o agravadas por la corticoterapia.

El fenómeno de Lucio, una forma reaccional con importante morbimortalidad, se observó en 5 casos, 4 de los cuales ya fueron comunicados anteriormente, falleciendo uno¹⁰ y el quinto

registrado últimamente también falleció. Uno de los casos requirió amputación por la necrosis e infección muy severa.

Estos cuadros reaccionales, muchas veces muy aparatosos, exigen diagnósticos diferenciales como las vasculitis, colagenopatías, linfomas, crioglobulinemia, meningococemia y deben ser siempre considerados en las salas de urgencias en países endémicos como el nuestro.⁷

Otro aspecto que exige un seguimiento clínico y laboratorial son los efectos colaterales de las drogas específicas, pues 23 pacientes presentaron anemia, neutropenia o hepatitis atribuidas a la dapsona por lo que tuvo que suspenderse esa medicación.

La provisión gratuita de medicamentos constituye una fortaleza del programa que debe ser mantenida, pero otros factores deben ser implementados para el control efectivo de esta enfermedad muy asociada a las malas condiciones de vida.^{11,12}

CONCLUSIONES

La lepra, enfermedad bíblica, aun hoy en países como el Paraguay, sigue siendo un marcador de subdesarrollo. Además del mejoramiento de las condiciones generales de la población necesita un trabajo coordinado para diagnosticar y tratar oportunamente los casos y evitar las secuelas invalidantes. Para ello, creemos necesario mejorar el control de los contactantes y disminuir el abandono del tratamiento.

Referencias bibliográficas

1. Aldama A, Rivelli V. Dermatología. 1ª ed. Asunción: EFACIM; 2009.
2. www.OMS.org
3. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Programa Nacional de Lepra. Manual de Normas y Procedimientos. Paraguay, 2008.
4. Terencio de las Aguas J. Situación de la lepra en el mundo. Med Cutan Iber Lat Am 2005; 33(5): 191-192.
5. Rodríguez O. La lucha contra la lepra en México. Rev Fac Med UNAM 2003; 46 (3).
6. Terencio de las Aguas, J. Consideraciones epidemiológicas sobre la lepra. Revista de Leprología - Fontilles 1998; 21 (4): 435
7. Rivelli V, Aldama A, Correa J, Mendoza MG. Aspectos de la enfermedad de Hansen en pacientes internados en un Hospital General. Revista de Leprología Fontilles 1998; 21 (6): 665 – 675
8. Ramírez R, Rodríguez I, Recalde H, Basualdo D, Murasioli D, Colombo M. Estudio seroepidemiológico de lepra en Formosa, República Argentina. Revista de Leprología - Fontilles, 2001; 23 (2): 159
9. Dos Santos Pereira, E, S Cunha MG, Maroja MF, Tavares T. Campaña para la eliminación de la lepra. Amazonas - Brasil (1997). Revista de Leprología-Fontilles, 2000; 22 (4): 377
10. Aldama A, Correa J, Rivelli V, Mendoza G. Fenómeno de Lucio. Comunicación de 4 casos en lepra no difusa. Med Cutan Iber Lat Am 2002; 30 (5): 229 - 233
11. Allevato M. Lepra. Act Terap Dermatol 2006; 29: 12
12. Atrio N, Vidal I, Cruz A, De Armas R, Sifontes R. Estudio socioeconómico de los casos diagnosticados de lepra en la provincia de Camaguey (Cuba) en los años 1998 -1999. Revista de Leprología - Fontilles, 2001; 23 (1): 9