

Aspectos clínicos y epidemiológicos en pacientes timorenses con enfermedad de Hansen

Clinical and epidemiological aspects in Timor patients with the Hansen disease

Dra. María Elena Tablada Robinet^{1*}

Dra. Haidee Marrero Rodríguez¹

Dra. Natacha López Pupo¹

Dra. Danelis Mulén Tablada²

Dr. Oleidis Pérez González³

¹Hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso”, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

²Policlínico Docente “Armando García Aspuru”, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

³Hospital Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”. Las Tunas, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: mtablada@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de 14 pacientes con lepra, diagnosticados y atendidos en la consulta de Dermatología del Hospital Nacional “Guido Valadares”, en Dili, Timor Oriental, de julio a diciembre del 2015, con vistas a caracterizarles y describir algunos aspectos clínicos y epidemiológicos de la enfermedad. En la serie se obtuvo una mayor frecuencia de pacientes en el grupo etario de 26 a 35 años y del sexo masculino, la forma clínica predominante fue la multibacilar y el tiempo de evolución de los síntomas hasta que fuera establecido el diagnóstico fue de

menos de un año. Igualmente, en la mayoría existieron reacciones agudas, principalmente de tipo II o eritema nudoso leproso, y diferentes grados de discapacidad.

Palabras clave: lepra lepromatosa; lepra tuberculoide; lepra dimorfa; lepra multibacilar; *Mycobacterium leprae*; discapacidad.

ABSTRACT

An observational, descriptive and cross-sectional study of 14 patients with leprosy, diagnosed and assisted in the Dermatology Service of "Guido Valadares" National Hospital, in Dili, Timor Lester was carried out from July to December, 2015, with the aim of characterizing them and to describe some clinical and epidemiological aspects of the disease. In the series a higher frequency of patient was obtained in the age group 26 to 35 years and of the male sex, the predominant clinical form was the multibacilar and the time of clinical course of the symptoms up to reaching the diagnosis was shorter than a year. Equally, in most of them acute reactions were presented, mainly of type II or from the erythema leprosy group, and different degrees of inability.

Key words: lepromatous leprosy; tuberculoid leprosy; borderline lepromatous leprosy; multibacillary leprosy; *Mycobacterium leprae*; inability.

Recibido: 26/09/2017

Aprobado: 15/10/2018

Introducción

La lepra es una enfermedad granulomatosa, de evolución crónica, infecciosa, pero poco contagiosa, producida por el *Mycobacterium leprae*, que es un bacilo ácido-alcohol resistente. Se caracteriza por lesiones cutáneas y de los nervios periféricos, aunque puede afectar otras estructuras, como las mucosas de las vías respiratorias superiores, los ojos, los músculos, el hígado, los testículos, entre otros. Sus manifestaciones clínicas están en dependencia de la respuesta inmunitaria, mediada por células o por la

aparición de reacciones inmunológicas desfavorables, ya sea por inmunidad celular o por inmunocomplejos.⁽¹⁾

Es una afección curable y, si se encuentra en las primeras fases, se puede evitar la discapacidad en la persona afectada. Desde las antiguas civilizaciones de China, Egipto y la India la lepra ya era conocida y, a lo largo de la historia, los sujetos contagiados con la enfermedad han sido condenados al ostracismo por sus comunidades y familias.^(2,3)

En el pasado el tratamiento en las personas con lepra era distinto. El primer avance importante se realizó en los años 40 del siglo XX con la obtención de la dapsona, pero la larga duración de la terapéutica por años o, a menudo, para toda la vida dificultaba su cumplimiento. Luego, en la década de los 60, el *Mycobacterium leprae* empezó a manifestar resistencia a la dapsona, el único medicamento antileproso conocido por entonces y, a principios de esa etapa, se descubrieron la rifampicina y la clofazimina, que posteriormente se añadieron al régimen terapéutico, que más tarde se denominó tratamiento multimedicamentoso (TMM).^(2,3)

En 1981, un grupo de estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó el TMM que consiste en la administración de 2 o 3 fármacos, según sea necesario, pues a la unión de la dapsona y la rifampicina se añade la clofazimina si la enfermedad es multibacilar. Esta combinación elimina el bacilo y logra la curación.⁽³⁾

Desde 1995 la OMS proporciona el tratamiento multimedicamentoso gratuitamente a todos los pacientes con lepra del mundo, lo que es una opción curativa simple, pero muy eficaz contra todos los tipos de la infección; inicialmente lo hizo por mediación del fondo para medicamentos de la Fundación Nippon y desde 2000 a través de un acuerdo de donación con Novartis.⁽³⁾

La incidencia anual de la enfermedad es de unos 250 000 nuevos casos en todo el mundo, principalmente en el sudeste asiático. A lo largo de los últimos 20 años, se ha aplicado el tratamiento multimedicamentoso a más de 16 millones de pacientes con lepra.⁽⁴⁾

El control de la lepra ha mejorado mucho gracias a las campañas nacionales y locales llevadas a cabo en la mayor parte de los países donde la enfermedad es endémica. El diagnóstico y tratamiento se ha facilitado por la integración de los servicios básicos contra la lepra en los servicios sanitarios generales. La detección de todos los individuos

afectados en cada comunidad y la compleción del tratamiento multimedicamentoso prescrito eran los principios básicos de la estrategia mundial (2011-2015), mejorada para reducir la carga de morbilidad por lepra.^(3,5,6)

Luego, en 2016, la OMS presentó la nueva “Estrategia Mundial contra la Lepra 2016-2020: avancemos rápidamente hacia un mundo sin lepra”,⁽⁷⁾ cuyo objetivo es reforzar las medidas de control de la enfermedad y evitar las discapacidades, sobre todo entre los niños afectados de los países donde es endémica.

Dicha estrategia hace hincapié en la necesidad de mantener los conocimientos especializados y aumentar el número de personal capacitado, con el fin de mejorar la asistencia de estos pacientes a los servicios especializados para ello y, además, reducir las deformidades visibles (también llamadas discapacidades de grado 2), así como la estigmatización relacionada con la enfermedad. En la estrategia también se aboga por un compromiso político renovado y una mejor coordinación entre los asociados, y se destaca la importancia de la investigación y la mejora de la recopilación y el análisis de datos (afecta a hombres y mujeres de cualquier edad; puede aparecer 5 años después del contagio). Cabe señalar que la tasa de prevalencia de la enfermedad ha disminuido en el mundo en 90 %; es decir, de 21 casos por 10 000 habitantes había disminuido a menos de 1 por 10 000 habitantes en el 2000.^(8,9) El diagnóstico temprano y el tratamiento antibiótico continúan siendo los pilares para lograr la eliminación de la lepra.

La lepra existe actualmente en más de 100 países. La mayoría que eran anteriormente altamente endémicos han alcanzado el objetivo de eliminación; solo en Brasil, Nepal y Timor Oriental persisten tasas de incidencia por encima de 1 por 10 000 habitantes.

Asimismo, la incidencia de lepra en Timor Oriental en el año 2015 fue de 4,9 por 10 000 habitantes, con un incremento en el número de pacientes diagnosticados respecto a años precedentes. Esto motivó a realizar la presente investigación en pacientes con la enfermedad que acudieron a la consulta de Dermatología en el Hospital Nacional “Guido Valadares” de ese país.

Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, de 14 pacientes con lepra, mayores de 15 años de edad, diagnosticados y atendidos en la consulta de Dermatología del Hospital Nacional “Guido Valadares”, en Dili, Timor Oriental, en el periodo de julio-diciembre de 2015, con el fin de caracterizar dicha población según variables biológicas y describir algunos aspectos clínicos y epidemiológicos de la enfermedad.

Los datos fueron recolectados de las historias clínicas que se confeccionan en dicha consulta por el médico de asistencia. Entre las variables de interés figuraron la edad, el sexo, las formas clínicas según síntomas y signos en el paciente, el tiempo de evolución desde la aparición de las manifestaciones, así como la presencia de reacciones agudas y discapacidad (escala de grado 0, I y II, de acuerdo a lo referido en el programa nacional). La información fue procesada con el paquete estadístico SPSS versión 13.0, y los resultados fueron resumidos posteriormente en frecuencias absolutas y relativas (porcentajes).

Resultados

Al relacionar la edad y el sexo de los pacientes con lepra, se obtuvo un mayor número del grupo etario de 26-35 años, con 10 pacientes, para 71,4 %, y del sexo masculino, con 8 varones, para 57,1 % (tabla 1).

Tabla 1. Pacientes según edad y sexo

Grupo etario	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15-25			2	14,2	2	14,2
26-35	2	14,2	8	57,1	10	71,4
36-45			2	14,2	2	14,2
Total	2	14,2	12	85,8	14	100,0

La forma clínica que con mayor frecuencia se observó en el estudio fue la multibacilar en todos los pacientes, entre los cuales 10, para 71,4 %, presentaban la lepra lepromatosa y 4 (28,6 %) la dimorfa lepromatosa.

Según el tiempo de aparición de los síntomas y el momento en que el paciente acudiera a consulta, en la casuística predominó el período de evolución de menos de un año, con 6 casos (42,8 %), seguido del intervalo de 1 a 5 años, con 5 pacientes (35,8 %). En los 3 afectados restantes no se pudo precisar el tiempo de evolución.

En relación con las reacciones agudas de la enfermedad, se confirmó que el mayor porcentaje correspondió al eritema nudoso leproso (tipo II), con 57,1 (8 pacientes), lo que estuvo en relación con las formas clínicas diagnosticadas; a este le siguió la reacción de reversión (tipo I), con 7,1 (un paciente). Los otros 5 pacientes (36,0 %) no presentaron reacción aguda alguna.

De 14 integrantes de la serie, 10 pacientes (71,4 %) presentaron discapacidad: 7 en el grado I (50,0 %) y 3 en el grado II (21,4 %), lo que pudo estar relacionado con la forma clínica multibacilar, con numerosos troncos nerviosos engrosados. Solo 4 pacientes no mostraron discapacidad alguna, para 28,4 %.

Discusión

Según la bibliografía revisada,^(8,10) la lepra se presenta en hombres y mujeres independientemente de la edad; sin embargo, en este estudio predominó el sexo masculino. El resultado anterior reafirma los hallazgos en Latinoamérica,⁽²⁾ donde la prevalencia de la lepra es de cerca de 1,8/1,0 en hombres y mujeres, respectivamente, al igual que en la mayoría de las regiones del mundo, con excepción de algunas zonas de África donde la mujer llega a ser la más afectada, según informes donde se han revisado la relación sexo-enfermedad.^(11,12)

La lepra se clasifica por las características clínicas e histopatológicas (anomalías de las células de los tejidos afectados por la enfermedad) en lepromatosa, una forma generalizada; tuberculoide, una forma con escasas lesiones y mucho daño neural; dimorfa (*borderline*), que tiene características de alguna u otra de las formas anteriores;

e indeterminada, que es donde las manifestaciones clínicas son tan escasas que a veces solo se constata una sola lesión con hipoestesia que pasa desapercibida por el paciente. Cuando el estado inmunitario del paciente es bueno (ofrece una gran resistencia a la enfermedad) se desarrolla la forma tuberculoide. La ausencia de resistencia frente al microorganismo origina la forma lepromatosa, en la que la enfermedad no afecta solo los nervios periféricos, sino también la piel, las extremidades, las membranas, las mucosas y los ojos, así como otras vísceras: hígado, testículo, bazo, pulmón.

Al respecto, la OMS creó una clasificación operacional para esta entidad clínica, con el objetivo de diagnosticarla de forma más sencilla y facilitar el tratamiento e indicarlo de forma adecuada por el personal de salud que labora en este programa. Así, la clasifica en paucibacilar, si existe una sola lesión o hasta 5 lesiones en el cuerpo con trastornos sensitivos y una baciloscopia con resultado negativo, se incluyen la lepra tuberculoide y la indeterminada. La clase multibacilar es aquella donde el paciente presenta más de 5 lesiones en su cuerpo con trastornos sensitivos y una baciloscopia positiva; en esta se incluyen las formas clínicas lepromatosa, dimorfa e indeterminada.⁽¹⁰⁾

Las formas multibacilares son las más frecuentes, pues los pacientes acuden tardíamente a la consulta al no existir percepción de riesgo. Según se ha notificado, de 30 a 50 % de los pacientes presentan una reacción humoral, mediada por los complejos inmunes en pacientes que poseen la forma multibacilar.^(13,14)

De igual modo, se ha referido⁽¹⁵⁾ que a menor edad las formas de la infección son más benignas y que, generalmente, a mayor edad se pueden presentar las formas más graves. Cuando se analiza la fecha de diagnóstico con la de los primeros síntomas, según forma clínica de la enfermedad, llamó la atención que el mayor porcentaje de los enfermos fueron diagnosticados tardíamente (transcurridos 12 meses) a diferencia de lo encontrado en esta serie, donde predominó un diagnóstico temprano, a pesar del desconocimiento y la falta de divulgación de la enfermedad en este país en el momento del estudio.

La forma clínica que predominó fue la multibacilar: la lepromatosa y la dimorfa, lo que coincidió con los resultados de otros autores.^(16,17) Las reacciones agudas que con mayor frecuencia se presentaron fueron la de tipo II o eritema nudoso leproso, lo que también concordó con lo referido por esos mismos investigadores.

Existió un elevado número de pacientes con grados de discapacidad diferentes; de hecho, llamó la atención que más de 50 % de los pacientes presentaban discapacidad y que la mayoría había sido diagnosticada antes del año de haber comenzado los síntomas, por lo que no se descarta que exista un sesgo de la información ofrecida por el paciente. En ocasiones las manifestaciones clínicas pueden haber comenzado desde hace más de un año y el paciente no recordarlo con exactitud; a veces hasta acuden a la consulta cuando ya presentan una úlcera perforante plantar, que es una secuela irreversible, citada en la bibliografía médica.⁽¹⁸⁾ Ninguno de los pacientes de la casuística lo padeció.

Las discapacidades no están presentes en todos los afectados por lepra cuando se realiza el diagnóstico, por lo que hay que evaluar el grado de riesgo para evitarlas, y establecer la clasificación a través de un interrogatorio y un examen clínico exhaustivo, a fin de intervenir en este proceso morboso.

Finalmente, se recomienda realizar una intensa labor docente y la difusión general de los conocimientos básicos sobre la enfermedad de Hansen y su diagnóstico precoz en diferentes ámbitos sanitarios, científicos y comunitarios: cursos presenciales, eventos científicos y capacitación a médicos generales y especialistas de diferentes disciplinas. Asimismo, se debe profundizar en el Programa Nacional de Control de Lepra, e interactuar en la discusión y elaboración de las normas técnicas al respecto, de gran importancia para todo el país.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Manual de resoluciones y decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1973 [citado 10/05/2018]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/79016>
2. World Health Organization. Global strategy for further reducing the leprosy burden and sustaining leprosy control activities (Plan period: 2006-2010). Regional Office for South-New Delhi: WHO; 2006 [citado 10/05/2018]. Disponible en: http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B0330.pdf

3. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Enhanced global strategy for further reducing the disease burden due to leprosy (Plan period: 2011-2015). New Delhi: WHO; 2009 [citado 10/05/2018]. Disponible en: http://www.searo.who.int/entity/global_leprosy_programme/documents/enhanced_global_strategy_2011_2015.pdf
4. World Health Organization. WHO Expert Committee on leprosy: eighth report. Geneva: World Health Organization; 2012 [citado 14/05/2018]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75151>
5. World Health Organization. Global leprosy: update on the 2012 situation. Weekly Epidemiological Record. 2013; 88(35): 365-80.
6. World Health Organization. Global leprosy update, 2014: need for early case detection. Weekly Epidemiological Record. 2015; 90(36): 461-76.
7. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la lepra 2016–2020. Acelerar la acción hacia un mundo sin lepra. Guía de monitoreo y evaluación. Ginebra: OMS; 2017 [citado 14/05/2018]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254907/9789290225874-sp.pdf?sequence=11>
8. World Health Organization. WHO Expert Committee on Leprosy: seventh report. Geneva: WHO; 1998. (WHO Technical Report Series 874)
9. World Health Organization; Regional Office for South-East Asia. Bangkok Declaration. Towards a leprosy-free world. International Leprosy Summit: Overcoming the remaining challenges, Bangkok, Tailandia, Julio 24 al 26 Del 2013. Delhi: WHO-SEARO; 2013 [citado 10/05/2018]. Disponible en: http://www.searo.who.int/entity/global_leprosy_programme/bangkok_declaration.pdf
10. World Health Organization; Regional Office for South-East Asia. Guidelines for strengthening participation of persons affected by leprosy in leprosy services. Nueva Delhi: WHO-SEARO; 2011 [citado 14/05/2018]. Disponible en: http://www.searo.who.int/entity/global_leprosy_programme/publications/guide_strengthening_participation_persons_affected_2011.pdf

11. World Health Organization. Accelerating work to overcome the global impact of Neglected Tropical Diseases: A roadmap for implementation. Geneva: WHO; 2012 [citado 14/05/2018]. Disponible en: https://www.who.int/neglected_diseases/NTD_RoadMap_2012_Fullversion.pdf
12. World Health Organization. Sustaining the drive to overcome the global impact of Neglected tropical diseases. Second WHO report on neglected tropical diseases. Geneva: WHO; 2013.
13. Uniting to combat neglected tropical diseases. London Declaration on Neglected al Tropic Diseases [citado 18/05/2018]. Disponible en: https://unitingtocombatntds.org/wp-content/uploads/2017/11/london_declaration_on_ntds.pdf
14. Organización Mundial de la Salud. Resolución aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la base del informe de la Tercera Comisión (A/65/456/Add.2 (Parte II); Eliminación de la discriminación contra las personas afectadas por la lepra y sus familiares. Principios y directrices para la eliminación de la discriminación contra las personas afectadas por la lepra y sus familiares. Nueva York: Naciones Unidas, 2015.
15. Moreira Rios I, Moreno Diaz EN, Sotolongo Castillo A, Rivera Moreira A, Carballea Suárez Y. Enfoque de los factores de riesgo de la lepra con las determinantes sociales de la salud. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2014 [citado 14/05/2018]; 52(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032014000100002
16. Oramas Fernández DK, Cruzata Rodríguez L, Sotto Vargas JD, Poulot Limonta S. Comportamiento de la lepra en dos policlínicos del municipio La Lisa. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009 [citado 20/05/2018]; 25(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000400008
17. Urbina Torrija JR, García Salazar MP, Letón Pastor MM, Ruiz Pérez R. Epidemiología de la lepra a través del estudio de la frecuentación en el hospital especializado de trillo durante el período 1943-1995. Rev Esp Salud Pública. 1997 [citado 20/05/2018]; 71(5): 463-77. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n5/lepra.pdf>
18. Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ. Lepra (Enfermedad de Hansen). En: Harrison. Principios de Medicina Interna. 19 ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2015. p. 1162-7.



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).