

Caracterización clínico epidemiológica de la lepra en el municipio Guisa

Clinical-Epidemiological Characterization of Leprosy in Guisa Municipality

Joel Rondón Carrasco^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-3352-2860>

Roberto Rondón Aldana¹ <https://orcid.org/0000-0003-1045-8122>

Mislaidis Fajardo Rodríguez¹ <https://orcid.org/0000-0003-4744-6045>

Carmen Luisa Morales Vázquez¹ <https://orcid.org/0000-0002-7420-0545>

Rosa Yurien Rondón Carrasco¹ <https://orcid.org/0000-0002-1291-0488>

¹Policlínico Docente “Guillermo González Polanco”. Guisa, Granma. Cuba.

* Autor para la correspondencia: joelrondon@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La lepra es una de las primeras enfermedades descritas en el mundo antiguo. Es una enfermedad bacteriana, granulomatosa crónica de etiología infecciosa, provocada por el *Mycobacterium leprae*.

Objetivo: Caracterizar el comportamiento clínico epidemiológico de la lepra.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal en el municipio Guisa, provincia Granma. El universo del estudio estuvo constituido por el total de pacientes diagnosticados con lepra en el período de enero 2015 a diciembre 2020 (N=9). Se aplicó el método estadístico de cálculo de porcentajes.

Resultados: La mayor incidencia se presentó en el año 2016 con 5 casos (55,6 %), el sexo masculino fue el más representativo con 6 casos (66,7 %), y el grupo de edades de 45 a 59 años con 5 casos (55,6 %). La forma clínica lepromatosa (clasificación de Madrid) resultó ser la de mayor incidencia con 5 casos (55,6 %), de acuerdo con la clasificación operacional o sanitaria la multibacilar.

Conclusiones: La lepra no constituye actualmente un problema de salud en el municipio de Guisa. La pesquisa activa y el diagnóstico oportuno de esta enfermedad pueden disminuir la aparición de sus complicaciones y la invalidez que causa.

Palabras clave: lepra; epidemiología; incidencia; prevalencia.

ABSTRACT

Introduction: Leprosy is one of the diseases first described in the ancient world. It is a chronic, bacterial, granulomatous disease of infectious etiology, caused by *Mycobacterium leprae*.

Objective: To characterize leprosy clinical-epidemiologically.

Methods: An observational, retrospective, descriptive and cross-sectional study was carried out in Guisa Municipality, Granma Province. The study universe was made up of the total number of patients diagnosed with leprosy in the period from January 2015 to December 2020 (N=9). The statistical method of percentage calculation was applied.

Results: The highest incidence was observed in 2016, with five cases (55.6 %). The highest representation corresponded to the male sex, with six cases (66.7 %); and the age group 45-59 years, with five cases (55.6 %). The lepromatous clinical form (Madrid classification) had the highest incidence, with five cases (55.6 %); while, according to the operational or sanitary classification, the multibacillary form had the highest representation.

Conclusions: Leprosy is not currently a health concern in Guisa Municipality. Active screening and timely diagnosis of this disease can reduce the appearance of its complications and the disability that it causes.

Keywords: leprosy; epidemiology; incidence; prevalence.

Recibido: 30/12/2020

Aprobado: 07/01/2021

Introducción

La lepra o enfermedad de Hansen fue una de las primeras enfermedades descritas en el mundo antiguo. A lo largo del tiempo, tuvo diferentes denominaciones, entre las que destacan: lepra leonina, lepra de la edad media, lacería, mal rojo de cayena, enfermedad de Crimea, mal de San Lázaro, lepra tuberculosa de Alibert, lepra negra y lepra blanca. Es una enfermedad bacteriana, granulomatosa crónica, de etiología infecciosa provocada por el *Mycobacterium leprae* y ahora se sabe, que también, por el *Mycobacterium*

lepromatosis, que afecta principalmente a la piel, los nervios periféricos y en ocasiones las vías respiratorias superiores. El *Mycobacterium leprae* es un bacilo ácido-alcohol resistente y no puede crecer ni en medios para bacterias, ni en cultivos celulares.⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en el año 2016 la estrategia mundial para el enfrentamiento a la lepra, estrategia aplicable por todos los países en el período 2016-2020. Entre sus objetivos se describe prevenir las discapacidades en los niños en los países donde es endémica. Así mismo se establece el reforzamiento de las medidas de control y el desarrollo de medidas de prevención por los países. En esta normativa se insiste en la necesidad de capacitación de los profesionales de la salud designados para la atención integral a los enfermos en los servicios especializados, así como en la necesidad de prevenir o reducir las discapacidades grado 2 y las secuelas que en el orden psicológico trae la enfermedad.

En la estrategia se aboga por el fomento y desarrollo de investigaciones, y se insiste en la importancia de la recogida y análisis de los datos primarios. En ella se propone que para el 2030 no se registren personas con esta enfermedad, y se insiste en la necesidad de disminuir la morbilidad oculta por esta causa. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno son los pilares fundamentales para prevenir las secuelas y eliminar la incidencia de la enfermedad.⁽²⁾

A nivel mundial la lepra representa un problema de salud de índole universal. Según reportes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a principios del presente siglo existía una prevalencia de 2,4 millones de casos para una tasa de 5,0 x 10 000 habitantes con mayor incidencia en las zonas rurales de las regiones tropicales y subtropicales, donde las condiciones socioeconómicas desfavorables son más favorecedoras que el mismo clima. Actualmente se reportan casos en más de 100 países. La incidencia anual de la enfermedad es de unos 250 000 nuevos casos en todo el mundo, principalmente en el sudeste asiático. Se estima que existen 2,8 millones de casos no diagnosticados en todo el mundo. Alrededor del 70 % de los casos positivos de lepra se diagnostican en países como: Timor Oriental, India, Birmania y Nepal, donde persisten tasas superiores a 1 por 10 000 habitantes.⁽³⁾

En los EE.UU. se diagnostican aproximadamente 100 casos cada año. Es también frecuente en Asia, África, América Latina y las Islas del Pacífico, países que representan aproximadamente el 75 % de la carga mundial de la enfermedad.

Las principales zonas endémicas del planeta son el sur y sureste de Asia, África Central Tropical, Mesoamérica y la parte septentrional de Suramérica, donde según la OPS, para

estas dos últimas regiones, las tasas notificadas oscilan entre 0,1 y 14 por cada 10 000 habitantes. En 24 países de las Américas se han notificado casos de lepra, algunos con más de 100 casos por año: Argentina, Colombia, Cuba, México, Paraguay, República Dominicana, Venezuela y Brasil. Éste último concentra el 94 % de los casos de toda la región.⁽⁴⁾

En Cuba en el año 2019 se registró una incidencia de la enfermedad de 1,7 por 100 000 habitantes, según datos publicados en el anuario estadístico de ese año. En Granma la incidencia fue de 35 casos, con predominio de la lepra multibacilar con 34 casos según la clasificación operacional de la OMS. La tasa de incidencia de la provincia fue de 4,2 por 100 000 habitantes, de modo que a nivel de país ocupa la segunda posición en incidencia superada solo por la provincia de Guantánamo con una tasa de 4,3 por 100 000 habitantes. Granma alcanzó una tasa de prevalencia en el 2019 de 0,6 por 100 000 habitantes, que resultó la mayor del país.⁽⁵⁾

Esta enfermedad no constituye un problema de salud en la provincia, pero por su impacto biopsicosocial es una preocupante que ocupa a los líderes de salud, por lo que se intensifica la pesquisa activa de la enfermedad en cada área de salud. En el municipio de Guisa la incidencia fue de 9 casos en el período de estudio, con predominio de la lepra multibacilar con 9 casos según la clasificación operacional. La tasa de incidencia del municipio en el año 2020 fue de 0,2 por 10 000 habitantes.

En Cuba se han realizado y publicado numerosos estudios sobre la enfermedad, sin embargo, en el municipio de Guisa no existen trabajos sobre la misma, lo que motivó la presente investigación, con el objetivo de caracterizar el comportamiento clínico-epidemiológico de la lepra en este municipio, durante el período 2015-2020.

Métodos

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal, aprobado por el Consejo científico y por el Comité de ética médica del hospital. El universo del estudio estuvo constituido por el total de pacientes diagnosticados con lepra en el municipio Guisa en el período comprendido entre enero de 2015 y diciembre de 2020 (N= 9). Los datos fueron recolectados de las historias clínicas confeccionadas en el servicio de Dermatología. Las variables estudiadas fueron: incidencia por año, edad, sexo, formas clínicas (según clasificación de Madrid y clasificación operacional o sanitaria). Se

utilizaron las técnicas estadísticas de tipo descriptivas con distribución de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) como medidas de resumen. Los resultados se presentan en tablas.

Los procedimientos realizados estuvieron de acuerdo con las normas éticas establecidas en la Declaración de Helsinki de 1975, enmendadas en 1983.

Resultados

En el período comprendido entre el 2015 y el 2020 en el municipio de Guisa se diagnosticaron 9 pacientes con la enfermedad, lo que constituyó el universo de esta investigación. El 2016 fue el de mayor incidencia con 5 casos (55,6 %). Se debe destacar que en el 2017 no se diagnosticaron casos, y en el resto de los años objeto de estudio solo se detectó un caso por año (Tabla 1).

Tabla 1 - Distribución de pacientes según incidencia por año

Año	Cantidad	%
2015	1	11,1
2016	5	55,6
2017	0	0
2018	1	11,1
2019	1	11,1
2020	1	11,1
Total	9	100

Con respecto al comportamiento según sexo y edad, se pudo comprobar que la mayor incidencia se presentó en el sexo masculino con 6 casos (66,7 %), y el grupo de edades más representativo fue el de 45-59 años con 5 casos (55,6 %) (Tabla 2).

Tabla 2 - Distribución de pacientes según grupos de edades y sexo

Grupos de edades (años)	Masculino		Femenino		Total	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
15 - 29	1	16,7	0	0	1	11,1
30 - 44	1	16,7	0	0	1	11,1
45 - 59	2	33,3	3	100	5	55,6
60 - 74	0	0	0	0	0	0
75 y más	2	33,3	0	0	2	22,2
Total	6	66,7	3	33,3	9	100

La forma clínica más frecuente, de acuerdo con la clasificación de Madrid fue la lepromatosa con 5 casos (55,6 %), seguida de la indeterminada y de la dimorfa, ambas con 2 casos, respectivamente (22,2 %). El año 2016 fue el de mayor incidencia con 5 casos diagnosticados (55,6 %) (Tabla 3).

Tabla 3 - Distribución de pacientes de acuerdo con las formas clínicas según clasificación de Madrid

Formas clínicas	2015		2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%
Indeterminada	0	0	0	0	0	0	1	11,1	0	0	1	11,1	2	22,2
Dimorfa	1	11,1	0	0	0	0	0	0	1	11,1	0	0	2	22,2
Lepromatosa	0	0	5	55,6	0	0	0	0	0	0	0	0	5	55,6
Tuberculoide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	1	11,1	5	55,6	0	0	1	11,1	1	11,1	1	11,1	9	100

En cuanto al comportamiento de las formas clínicas según la clasificación operacional o sanitaria, la mayor incidencia correspondió a la forma multibacilar.

Discusión

La Estrategia mundial para la lepra 2016–2020: “Acelerar la acción hacia un mundo sin lepra”, se puso en marcha oficialmente el 20 de abril del 2016. El objetivo general es reducir aún más la carga de la lepra, al prestar una atención más integral y oportuna, según los principios de la equidad y la justicia social. La finalidad de este manual operativo es proporcionar orientación a quienes gestionan los programas nacionales contra la lepra (o entidades equivalentes) para adaptar y aplicar la estrategia mundial para la lepra en todos los países que muestran incidencia de la enfermedad.⁽²⁾

La lepra afecta a ambos sexos, independientemente de la edad. En nuestro estudio predominó el sexo masculino. El resultado anterior coincide con estudios realizados en América Latina, donde la prevalencia de la lepra se presenta en una proporción de 1,8/1,0 en hombres y mujeres, respectivamente, lo que coincide con las estadísticas de otras regiones del mundo, con excepción de algunas zonas de África donde la mujer llega a ser la más afectada, pero esto no dejan de ser una excepción, según criterio de los autores que han profundizado en la relación sexo/enfermedad. La mayor incidencia de los varones en

estos estudios refleja una de las características de la enfermedad de Hansen, que todavía mantiene la controversia respecto a su origen inmunológico, hormonal o ambiental.⁽⁶⁾

Romero Cantillo y otros,⁽⁷⁾ encontraron en su estudio que el grupo de edad con mayor incidencia fue el de 45-59 años, resultados que se corresponden con los obtenidos en nuestra investigación. Los citados autores hacen referencia además, a estudios realizados en Cochabamba, Bolivia, donde el grupo de edad más afectado fue el de 57-66 años con 22,4 %, y en estudios realizados en Brasil donde se demostró que el predominio de edades se encontraba entre 14 y 54 años de edad.⁽⁷⁾

Méndez Pérez y otros,⁽⁸⁾ en estudios realizados en la Habana del Este, encontraron que el 55 % de los pacientes se encontraban entre 41 y 60 años, lo que se corresponde con los resultados encontrados en la presente investigación.

Quevedo Lorenzo y otros, en su estudio: “Algunos aspectos clínicos-epidemiológicos de la enfermedad de Hansen en el municipio Yara”, encontraron que la forma clínica lepromatosa fue la de mayor incidencia, lo que correspondió con los resultados obtenidos en nuestra investigación. Los autores consideraron que esta forma clínica era la más frecuente, porque los pacientes suelen acudir a la consulta tardíamente, lo que es expresión de una inadecuada percepción de riesgo y de insuficientes acciones de pesquisas en la atención primaria de salud.⁽⁹⁾

Rojas-Caraballo y otros, en estudio realizado en la provincia de Guantánamo, mostraron un 64,3 % de incidencia de la forma clínica lepromatosa, seguida de la indeterminada con 21,4 %, resultados similares a los alcanzados en nuestro estudio.⁽¹⁰⁾

Estudios realizados por *Valiente Hernández* y otros, encontraron una mayor incidencia en personas de 46 años y más y del sexo masculino, lo que se relacionó con el largo período de incubación que suele tener esta afección.⁽¹¹⁾ Estos hallazgos coinciden con los de nuestra investigación. Además, reportaron que la forma clínica lepromatosa era la más frecuente, dato que concuerda con la estadística nacional, y otros reportes internacionales.^(2,5) Similares resultados se reflejaron en estudios realizados en Cochabamba, Bolivia, donde la forma clínica lepromatosa era la más frecuente con 59 % de los casos.⁽⁷⁾ Estos resultados también coincidieron con los encontrados en nuestro estudio.

En nuestra investigación los pacientes poseían la enfermedad en la forma clínica multibacilar, que, según el grado de infección del paciente, son la principal fuente de expulsión del bacilo a través de la nariz y en quienes con mayor frecuencia se desarrollan episodios de hipersensibilidad. Según reporte de la OMS en el Manual Operacional 2016

y la Guía de evaluación y monitoreo 2017, se afirma que la mayor incidencia de tales episodios se observa en las variedades dimorfa pura, dimorfa lepromatosa y con menos incidencia en la dimorfa tuberculoide.^(12,13)

Tablada Robinet y otros,⁽⁴⁾ en su estudio describen un predominio de la forma clínica multibacilar, plantean además que sus resultados coinciden con otros estudios como los realizados por *Romero Cantillo*,⁽⁷⁾ donde la forma multibacilar representó el 64,3 %. Todos estos resultados coinciden con los obtenidos en nuestra investigación.

Los autores de esta investigación coincidimos en que la existencia de un programa nacional de control para eliminar la lepra como problema de salud, de una Estrategia mundial ya vigente desde el año 2016, y de una sólida y organizada atención primaria de salud (APS) en nuestro país, facilitaría que, con una pesquisa activa de los casos, se puedan diagnosticar los pacientes con formas multibacilares, pues su clínica es más evidente y más florida y los pacientes acuden con mayor frecuencia a las consultas. Sin embargo, la forma paucibacilar a veces pasa inadvertida para el paciente, por lo que no acude a consulta. En el caso de los contactos de un enfermo diagnosticado de lepra, este debe ser chequeado obligatoriamente por el facultativo que atiende el caso índice.

Consideraciones finales

La lepra no constituye actualmente un problema de salud en el municipio de Guisa. La pesquisa activa y el diagnóstico oportuno de esta enfermedad, podría disminuir la aparición de sus complicaciones y la invalidez que causa.

Reducir la estigmatización, la discriminación y promover la inclusión de las personas afectadas por la lepra es un propósito que puede alcanzarse con la aplicación de la Estrategia Mundial para la lepra.

Referencias bibliográficas

1. Goderich R. Temas de Medicina Interna. 5 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017. p. 605-12.
2. Estrategia mundial para la lepra 2016–2020. Acelerar la acción hacia un mundo sin lepra. Guía de monitoreo y evaluación. Organización Mundial de la Salud. 2017 [acceso 29/12/2020]. Disponible en:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254907/9789290225874sp.pdf;jsessionid=F9F30C31F012767DBFE5FE5F2A82D8DD?sequence=11>

3. Ministério da Saúde (BR). Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018. [acceso 29/12/2020]. Disponible en: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017.pdf
4. Tablada Robinet ME, Marrero Rodríguez H, López Pupo N, Mulén Tablada D, Pérez González O. Aspectos clínicos y epidemiológicos en pacientes timorenses con enfermedad de Hansen. MEDISAN. 2019 [acceso 29/12/2020];23(1):89-99. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192019000100089&lng=esCuba
5. Dirección de registros médicos y estadísticas de salud. Anuario estadístico de salud, 2019. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2020. p.71-3. [acceso 29/12/2020]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/04/Anuario-Electrónico-Español-2018-ed-2019.pdf>
6. 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; 2016. [acceso 29/12/2020]. Disponible en: http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B0330.pdf
7. Romero Cantillo R, Durán Rodríguez R, Rubio Méndez A. Comportamiento de la enfermedad de Hansen en municipio Baracoa, Guantánamo. Rev Inf Cient. 2016 [acceso 29/12/2020];95(5):702-10. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/58/2154>
8. Méndez Pérez S, Hinojosa Machado K, Gonzáles Arguelles Y. Presentaciones de leproreacción en pacientes asilados. Rev Inf Cient. 2015 [acceso 29/12/2020];94(6):1294-305. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/158/1202>
9. Quevedo Lorenzo I, Yáñez Crombet A, Delgado Gutiérrez OL, Dominguez Núñez CR, Bejar Viltres HL. Algunos aspectos clínicos-epidemiológicos de la enfermedad de Hansen en el municipio Yara. Granma. 2013-2017. Revista Multimed. 2019 [acceso 29/12/2020];23(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1095>
10. Rojas-Caraballo N, Álvarez-Borjas J, Lagos-Ordoñez Kathy J, Aroche-Domínguez M E, Laffita-Núñez M. Caracterización de la lepra en el municipio de Guantánamo en el período 2015-2019. Rev. Inf. Cient. 2020 [acceso 29/12/2020];99(5):435-41. Disponible

en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332020000500435&lng=es

11. Valiente Hernández Y, Hernández Moya M. Costos directos e indirectos del diagnóstico y tratamiento de pacientes con lepra. MEDISAN. 2016 [acceso 29/12/2020];20(3):299-305.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192016000300004&lng=es

12. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, Global Leprosy Programmer. Global Leprosy Strategy 2016-2020: Operational Manual 2016. Accelerating towards a leprosy-free world. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2016 [acceso 29/12/2020]. Disponible en: http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5233.pdf

13. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, Global Leprosy Programmer. Global Leprosy Strategy 2016–2020: Monitoring and Evaluation Guide. Accelerating towards a leprosy-free world. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2017 [acceso 29/12/2020]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254907/9789290225492-eng.pdf>

14. World Health Organization. WHO Handbook for Guideline Development. 2nd ed. Geneva: WHO; 2019 [acceso 29/12/2020]. Disponible en: http://www.who.int/publications/guidelines/handbook_2nd_ed.pdf

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses para la publicación de este trabajo.

Contribución de los autores

Investigación: Joel Rondón Carrasco, Carmen Luisa Morales Vázquez, Rosa Yurien Rondón Carrasco.

Metodología: Roberto Rondón Aldana.

Redacción-borrador original: Rosa Yurien Rondón Carrasco, Joel Rondón Carrasco, Mislaidis Fajardo Rodríguez y Carmen Luisa Morales Vázquez.

Revisión de la versión final del artículo: Joel Rondón Carrasco.