

CENTRO PROVINCIAL DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGÍA
SANTA CLARA, VILLA CLARA

CARTA AL EDITOR

¿ES LA LEPRA UNA ENFERMEDAD ELIMINADA?

Por:

MSc. Odalis Ysabel García Cruz¹, MSc. Dra. Ester Rivero Álvarez² y MSc. Dr. Orlando Díaz Gómez³

1. Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Instructora. UCM-VC. e-mail: lepravc@dps.vcl.sld.cu
2. Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Asistente. UCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Instructor. UCM-VC.

Descriptor DeCS:
LEPRA

Subject headings:
LEPROSY

Señor Editor:

La lepra se considera una de las enfermedades más antiguas de la humanidad; es muy probable que sea originaria de la India, ya que la primera descripción auténtica sobre las variadas formas que posee proviene de ese país y se remonta al año 600 a.C.¹

EL agente causal de la enfermedad, el bacilo *Mycobacterium leprae*, descubierto en 1873 por el médico noruego Gerhard Henrik Armauer Hansen, requiere condiciones especiales para manifestar su patogenicidad, no crece *in vitro* porque necesita de una célula huésped para obtener sus nutrientes esenciales y de ambientes con temperaturas inferiores a 37°C para desarrollarse, como las regiones más frías del cuerpo (lóbulo de la oreja, nariz, testículo, nervios)².

Es una enfermedad infecciosa del hombre, caracterizada por lesiones de la piel, nervios, huesos y vísceras. Su diagnóstico se basa en la clínica y en los resultados de exámenes bacteriológicos, histológicos y epidemiológicos, aunque el elemento principal es la presencia de síntomas clínicos.

Para determinar si una persona padece de lepra, según una definición operativa de la Organización Mundial de la Salud, esta debe tener una o más de las siguientes características: lesiones cutáneas propias de esta enfermedad, con hipopigmentación, hiperpigmentación o rojizas, con pérdida definida de la sensibilidad, afección de los nervios periféricos demostrada por un engrosamiento definido con pérdida de sensibilidad y de fuerza en los músculos de las manos y pies; además, debe estar presente el bacilo ácido alcohol resistente en frotis cutáneo o biopsia de piel³.

Es necesario insistir en que el elemento fundamental para el diagnóstico es la presencia de síntomas y signos clínicos; por tanto, la ausencia de otros elementos positivos no descartan el diagnóstico. En ocasiones, la confirmación histológica o el antecedente epidemiológico puede o no estar presente o no coincidir la histodiagnos con la forma clínica; en esta última situación, se hará la notificación y el tratamiento por los síntomas y signos clínicos.

La clasificación operacional o sanitaria de los pacientes, de acuerdo con el número de lesiones, es: paucibacilar (PB) (de una a cinco lesiones cutáneas) y multibacilar (MB) (más de cinco lesiones), y

según la clasificación clínica (Clasificación Internacional de Madrid), se reconocen las formas de lepra lepromatosa, tuberculoide, dimorfa e indeterminada³.

La lepra tuberculoide presenta rasgos histopatológicos similares a los de la tuberculosis, es relativamente benigna y los análisis bacteriológicos raras veces informan resultados positivos; la lesión cutánea es generalmente solitaria, aunque pueden existir dos o tres lesiones asimétricas; suelen ser rojizas, marrones o hipopigmentadas, ovaladas o redondas y con bordes definidos; la sensibilidad y la sudoración en las lesiones es escasa o nula; a veces hay descamación y placas, además de engrosamiento de los nervios periféricos. La lesión consiste en la pérdida de la sensibilidad y presencia de dolor, debilidad muscular y parálisis.

La forma lepromatosa puede presentar lesiones, como placas infiltradas eritematosas o de color cobre que sobresalen en el centro y varían en número, tamaño y forma; mientras más cerca está el paciente al extremo de la enfermedad, más numerosas, brillantes, menos definidas, asimétricas y anestésicas serán las placas. Como manifestaciones tempranas aparecen el rubor facial, que empeora con la exposición al sol, el eritema nudoso, secreciones nasales sanguinolentas y obstrucción nasal; también, la ulceración de la mucosa nasal, así como el aplastamiento de la punta de la nariz y las complicaciones oculares que constituyen una amenaza para la calidad de vida del paciente; puede provocar esterilidad, ginecomastia e impotencia sexual; los nervios periféricos están engrosados y resultan dolorosos a la presión; luego se produce una fibrosis de los troncos nerviosos, que ocasiona parálisis en manos y pies⁴.

Esta enfermedad constituye un problema social y de salud en muchos países en desarrollo; su gravedad se evalúa teniendo en cuenta su duración, las incapacidades que causa y sus consecuencias humanas y sociales para los enfermos y sus familiares. Ninguna otra enfermedad provoca una reacción tan adversa en la comunidad, ni causa tanto sufrimiento.

La lucha contra este padecimiento se ha efectuado en diferentes partes del mundo, de acuerdo con los recursos científicos disponibles en las distintas etapas históricas y en relación directa con las posibilidades sanitarias de cada país⁵. La clave para su curación radica en aplicar una terapia multidroga, recomendada por la Organización Mundial de la Salud, que consiste en la combinación de tres fármacos.

Durante los últimos 15 años, casi 11 millones de personas se han curado de lepra gracias a la politerapia, lo que se traduce en la eliminación de la enfermedad como un problema de salud pública en 104 países⁶.

Es un propósito del programa elaborado para su erradicación, cumplir con los objetivos siguientes: reducir su incidencia y prevalencia, prevenir el desarrollo de incapacidades mediante el diagnóstico precoz, el tratamiento controlado y el corte de la cadena de transmisión, así como realizar una educación sanitaria al enfermo, sus familiares y a la comunidad^{6,7}.

El rechazo social que ha sufrido el leproso a lo largo de la historia se puede justificar por el desconocimiento que se tenía de esta enfermedad, pero resulta incomprensible que en la actualidad y en nuestro medio se mantenga este tipo de actitud hacia estos enfermos; las deformidades residuales no indican que la enfermedad esté activa, y la lepra es curable⁵.

En la variación de la susceptibilidad a contraer la enfermedad se deben valorar diferentes factores ambientales, sociales y hereditarios, y la coincidencia con otras infecciones; estos elementos son de gran interés epidemiológico, al tratarse de una enfermedad infecciosa transmitida de persona a persona mediante la convivencia con enfermos que presentan una forma clínica multibacilar, que no han recibido tratamiento⁵.

El modo de transmisión no se ha definido con claridad, pero es determinante para el contagio el contacto íntimo y prolongado; el período de incubación es variado: desde nueve meses hasta veinte años y ha representado un serio problema de salud para muchos de los países en vías de desarrollo, por tener estilos de vida que favorecen la infección. Hay estudios que la asocian con la pobreza, al existir una disminución de los enfermos en países desarrollados económicamente y con medios sanitarios adecuados^{6,8}.

En 1990, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la propuesta de eliminación de la lepra como problema de salud pública para el año 2000, que consistió en reducir la tasa de prevalencia a cifras inferiores a un caso por cada 10 000 habitantes; esta meta no significa la erradicación de la enfermedad, ni la interrupción de la transmisión, sino la reducción de la prevalencia a niveles muy bajos, en los que la transmisión sea muy limitada. En los países con baja prevalencia, como Cuba, y específicamente en las áreas de salud de Villa Clara, se hace necesario un trabajo continuo y

sistemático de vigilancia para mantener las técnicas de diagnóstico, tratamiento, prevención de discapacidades y rehabilitación de los pacientes y de los nuevos casos que continuarán apareciendo, con el objetivo de priorizar las actividades de control para detectar la prevalencia oculta en cada uno de los municipios de nuestra provincia.

Referencias bibliográficas

1. Soto Pérez de Celis E. La lepra en Europa medieval. El nacimiento de un mito.[Internet]. 2003 Mar [citado el 22 de septiembre de 2007]; [aprox.3 p.]. Disponible en: <http://www..elementos.buap.mx/num49/htm/39.htm>
2. Cortez-Franco F, Ángeles-Paredes L. Lepra indeterminada. Dermatol Perú. [Internet]. Mayo-Ago 2004 [citado el 23 de junio de 2006];14(2);[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102871752004000200009&script=sci_arttext
3. Ministerio de Salud Pública. Programa nacional del control de la lepra en Cuba. La Habana: MINSAP; 2001.
4. Lepra. Normas técnicas para el control de la lepra en Cuba. La Habana: MINSAP; 2008.
5. Rodríguez Hernández P. Enfermedades transmisibles. Epidemiología de entidades no específicas. La Habana: ENCOMD; 2005. p. 470-2.
6. Jiménez Balladares J, Martínez Martínez MJ. Comportamiento epidemiológico y social de la lepra en el policlínico "Raúl Sánchez" años 1990-2000. Bol Med Gen Integr [Internet]. 2005 [citado el 23 de junio de 2006];9(3);[aprox.3 p.]. Disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/bol-mgi/bol-mgi93/bol-mgi936.html>
7. Haymann LD. Lepra. En: Control de enfermedades transmisibles. Washington: OPS; 2005. p. 410-4.
8. Dotres Martínez C, Pérez González R, Santón Peña M, Alonso Gómez ME. Programa para el control de la lepra. En: Vigilancia epidemiológica de la lepra. La Habana: MINSAP; 2001. p. 28.

Recibido: 2 de septiembre de 2010

Aprobado: 21 de octubre de 2010