



Trabajo Original

Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández

Comportamiento de la enfermedad de Hansen.

Status of Hansen's syndrome.

Dr. Pablo Javier Lastre López¹, Dr. Lázaro Del Toro García², Dra. Alina González Hernández³

Residente de 3^{er} año en MGI ¹
Especialista de 1^{er} grado en Dermatología ²
Especialista de 1^{er} grado en MGI ³

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con la finalidad de conocer el comportamiento de la enfermedad de Hansen en el municipio de Yaguajay, en la última década del siglo XX, para ello se tuvieron en cuenta todos los pacientes que se le diagnosticó esta patología en el período objeto de estudio. Para obtener la información se confeccionó una encuesta la cual se aplicó al 100 % de las historias clínicas epidemiológicas de estos enfermos. Toda la información se llevó a tablas y gráficos para su mejor comprensión; obteniéndose como resultado que el año de mayor incidencia de Hansen fue el 2000 (50 %), el 70 % de los casos pertenecieron al área de salud de Yaguajay, la población más afectada pertenece a la zona rural (60 %), el 60 % de los casos tenían entre 55 y 64 años de edad, el 80 % pertenece al sexo masculino, siendo la raza blanca la más afectada (90 %), Además el 80 % solo alcanzó el nivel primario de escolaridad y este mismo por ciento asistió de 2 a 5 veces al médico desde el inicio de los primeros síntomas hasta el diagnóstico. La mancha anestésica estuvo presente en el 60 % de los pacientes, el 40 % de los casos se notificó como Hansen Lepromatoso siendo la forma clínica que predominó, en el 70 % se presentaron primeros síntomas en muslos, piernas y pies; los contactos extradomiciliarios fueron la principal fuente de infección (60 %) y el 70 % de los casos se detectaron de forma espontánea.

DeCS: LEPROA / epidemiología

SUMMARY

A retrospective descriptive study was made with the purpose of knowing the status of Hansen's syndrome in the municipality of Yaguajay, in the last decade of the XX century. To this aim, all the patients diagnosed with this pathology in the period studied were taken into account. To obtain the information, a survey was made which was applied to 100% of the clinical epidemiological histories of these patients. All the information was taken to charts and graphics for their best understanding; with the result being obtained that the year with the greatest incidence of Hansen was 2000 (50%). 70% of the cases belonged to the Health Area of Yaguajay. The most affected population belongs to the rural area (60%). 60% of the cases ranged between 55 and 64 years of age. 80% belongs to the male sex, with the white race being the most affected (90%). Also, 80 % reached the primary level of schooling and this same percent came to the doctor from 2 to 5 times from the onset of the first symptoms until the diagnosis. The anesthetic stain was present in 60% of patients. 40% of

cases was notified as Lepromatous Hansen, with it being the clinical form that prevailed. In 70% they appeared first.

MeSH: LEPROSY / epidemiology

INTRODUCCIÓN

Antiguamente la Lepra se consideraba una enfermedad que evocaba una imagen sombría e inspiraba terror. En la actualidad la Lepra es una enfermedad curable como resultado de los avances de la quimioterapia y especialmente de la utilización desde 1981 de la poliquimioterapia recomendada por la OMS. Constituye una enfermedad de declaración obligatoria¹. La Lepra no es un problema de cantidad sino que implica incapacidades, pérdidas económicas, traumas psicológicos y ostracismo social, por lo que debe prestarse mayor atención al análisis y a la definición de estos factores que convierten a esta enfermedad en un importante problema social, por lo que no se debe esperar a que los enfermos vengán a las instituciones sino ir en busca de ellos.

Existen dos tipos de Lepra con carácter bien definidos, inmutables, diametralmente opuestas y totalmente antagónicas, el lepromatoso y el tuberculoide, y dos grupos de caso con características menos definidas e inestables, el indeterminado y el dimorfo³. El juicio clínico indica que la enfermedad solo se trasmite después de años de exposición, el período de incubación varía de 9 meses a 20 años y el promedio es probablemente de 4 años para la Lepra tuberculoide y el doble para la lepra lepromatosa. Raramente aparece en los niños menores de 3 años, sin embargo se han identificado más de 50 casos en niños menores de un año, el menor solo tenía 2.5 meses⁴. El agente causal de esta enfermedad es el *Micobacterium Leprae*. Es la única bacteria que puede penetrar en el nervio, sin embargo no lesiona el Sistema Nervioso Central⁶. El sitio de entrada es motivo de conjeturas, pero es muy probable que se trate de la piel o de la mucosa del tracto respiratorio superior.

En la práctica se ha demostrado que no era demasiado optimista la aspiración de eliminar la Lepra como problema de salud pública. La carga mundial de la enfermedad se ha reducido de 10.5 millones de casos en 1985 a 1.15 millones al comienzo de 1997⁸; situándose la prevalencia más alta en Asia tropical, India, Sudamérica, Sudeste Asiático y Filipinas⁹. En Cuba se tiene noticias de los primeros enfermos de Lepra en el Acta del Cabildo en Ciudad de La Habana, el 17 de enero de 1613 en la que se informa que han llegado desde fuera 6 personas tocadas del mal de San Lázaro¹¹.

En el año 1999 hubo una incidencia de 333 casos en Cuba, que representó una tasa de 0.30 por 10 000 habitantes, de ellas 9 fueron menores de 15 años y 324 de 15 años y más; a finales de ese año la tasa de prevalencia fue de 0.54 x 10 000 habitantes (597 casos). De los casos que incidieron, la provincia de Sancti Spíritus aportó un total de 5 pacientes, que representa una tasa de incidencia de 0.11 por 10 000 habitantes y una prevalencia de 8 casos para una tasa de 0.17 x 10 000 habitantes¹². Nuestro municipio, Yaguajay, notificó un caso de los 5 ya mencionados, mientras que en el año 2000 se incrementó la cifra vertiginosamente a 5 nuevos casos, lo que conllevó a una tasa de prevalencia de 0.81 por 10 000 habitantes, muy cercana a la meta propuesta por la OMS para el año 2000 (1 x 10 000 habitantes).

No cabe duda que la enfermedad de Hansen continua teniendo tanta importancia y prioridad como recibió al inicio del plan de acción para su eliminación a partir de la Resolución WHA 44.9 aprobada en Mayo de 1991 por la Asamblea Mundial de la Salud¹⁰, por lo que consideramos de vital importancia describir el comportamiento de la enfermedad de Hansen en nuestro municipio.

Por lo que nos hemos dado la tarea de demostrar el comportamiento de variables como: edad, sexo y nivel de escolaridad así como identificar las formas clínicas predominantes y la fuente de

infección de los pacientes en estudio, también determinaremos el modo de detección de estos enfermos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el municipio de Yaguajay sobre el comportamiento de la enfermedad de Hansen en los años comprendidos de 1991 al 2000.

El universo está constituido por 10 casos notificados en los años objetos de estudio en el municipio de Yaguajay, sin excluir a ninguno. El autor realizó una encuesta, la cual se aplicó al 100 % de las historias clínicas epidemiológicas de los pacientes en estudio, llevando la información a un modelo de vaciamiento de datos los cuales fueron procesados de forma manual, el modelo incluyó aspectos dirigidos a conocer; año de diagnóstico, edad, sexo, raza, nivel de escolaridad, comportamiento por áreas de salud y distribución geográfica, relacionar número de veces que acudió al médico desde el inicio de los primeros síntomas hasta el diagnóstico, fuente de infección, formas clínicas más frecuentes (para la cual se consignará la clasificación de Madrid que ha sido la vigente hasta el momento: Lepra indeterminada, dimorfa, tuberculoide y lepromatosa), primeros síntomas de la enfermedad, localización de estos y modo de detección más frecuente (espontáneo, encuesta en población de riesgo o estudio de contactos). Con la información recogida se confeccionaron tablas y gráficos para el análisis de los resultados obtenidos, utilizando el método porcentual aritmético.

RESULTADOS

Según se puede observar en la Tabla No 1 el grupo etéreo que más paciente incluye es el de 55-64 años ya que representa el 60 % de los casos en estudio, mientras que en menores de 15 años no se reportó ningún caso. En cuanto al sexo, existió predominio de los masculinos para un 80 % del total de hansenianos del Municipio de Yaguajay.

La Tabla No 2 muestra el nivel de escolaridad alcanzado por los enfermos, lográndose precisar que el 80 % solamente alcanzaron (alguno de ellos no llegaron a término) el nivel primario de escolaridad, no se encontraron analfabetos, preuniversitarios ni universitarios.

La distribución de la enfermedad de Hansen según sus formas clínicas (clasificación de Madrid) se muestra en la Tabla No 3, donde se evidencia un predominio de la forma lepromatosa para un 40 % de los afectados por la enfermedad de Hansen, seguido de la forma indeterminada (30 %).

En la Tabla No 4 mostramos cual fue la fuente de infección que presentaron los enfermos de Hansen en el período estudiado; apreciándose que la fuente extradomiciliaria fue la de mayor incidencia (60 % de los casos), en los hansenianos del municipio en la década de los noventa.

El modo de detección de la enfermedad se ve representado en la Tabla No 5, en la que se observa que el 70 % se detectaron espontáneamente y solamente el 10 % se detectó por encuesta en población de riesgo.

DISCUSIÓN

Como se ha evidenciado no se reportaron casos menores de 15 años en nuestro estudio, lo cual no se ajusta a estudios realizados en varios países^{7,17}, donde plantean que el pico de incidencia es en la infancia. Aunque nuestro trabajo si se asemeja a los datos nacionales al cierre de 1999 donde solo el 2.7 % eran menores de 15 años¹². En cuanto al sexo existió predominio de los masculinos, lo que concuerda con autores que plantean una relación hombre/mujer en adultos de 2:17.

Teniendo en cuenta que el bajo nivel de escolaridad se vincula estrechamente con el bajo nivel socioeconómico, entonces podemos decir que nuestro estudio concuerda con la literatura mundial, ya que la enfermedad es más frecuente en grupos socioeconómicos pobres 4,5,7,16. No existieron analfabetos en nuestra investigación, lo cual está condicionado por el empeño y la abnegación que se ha propuesto el estado cubano por elevar el nivel cultural de la población general del país, desde el comienzo del proceso revolucionario en 1959, con la Campaña de Alfabetización, de inicio, hasta nuestros días con los medios más sofisticados.

La forma clínica predominante fue la Lepromatosa, dato que no concuerda con la estadística nacional a finales de 1999¹², aunque si concuerda con estudios realizados en México en 1992³, al igual que en Brasil y Venezuela⁵.

Se pudo evidenciar que predominó la fuente de infección extradomiciliaria, hecho este que coincidió con estudios realizados en Recife (Brasil) de 1960 a 1985, aunque la literatura mundial habla que la mayor fuente de infección es intradomiciliaria.

La mayoría de los casos se detectaron espontáneamente, solamente uno se detectó por encuesta en población riesgo, lo que nos hace pensar que este trabajo por parte de los médicos de atención primaria no se realiza con la sistematicidad requerida o se hace deficientemente.

En el presente estudio se concluye que la Enfermedad de Hansen en nuestro Municipio es infrecuente en la infancia y adolescencia, estando la mayoría de los enfermos en el grupo de edades comprendidas entre 55 y 64 años del sexo masculino, con bajo nivel de escolaridad. La forma clínica predominante fue la lepromatosa, constituyendo la fuente de infección extradomiciliaria la más relevante en nuestra investigación. Además debemos decir que la pesquisa de Hansen en la atención primaria de salud de nuestro municipio es deficiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lombardi Clovis, Martoll Celina, Almelda Simonne, Gil Reinaldo. La eliminación de la Lepra de las Américas; situación actual y perspectivas. Rev Panam Salud Pública 1998; 4 (3):149-154.
2. De O Feliciano K. Percepción de la lepra y las discapacidades antes del diagnóstico en Recife, Brasil. Rev Panam Salud Pública 1998; 3(5): 293-302.
3. Rodríguez O. Estado Actual de la Lepra en México. Gac Med Méx 1995; 31(1): 8-41.
4. Benenson Abran. Lepra. En: Manual para el control de las enfermedades transmisibles. 16ta ed. Washington : OPS; 1997. p. 290-294.
5. Kaplan Gilla, Cohn Zanvil. Lepra. En: Claude Bennett J, Plum F. Cecil. Tratado de Medicina Interna. 20da ed. México : Interamericana; 1997. p. 1951-1957.
6. Fernández- Domínguez AP. Neuropatía Leprosa: Caracterización de la casuística entre 1962 y 1995. Rev Neurol 1999; 28(3):232-236.
7. Ortega González LM. Lepra. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana. Ciencias Médicas; 2001. p. 430-34.
8. Organización Mundial de la Salud. Comité de expertos de la OMS en Lepra; Séptimo informe. Ginebra : OMS; 1998. (Serie de informes Técnicos No. 874).
9. Morton EE. Lepra. En: Robert Rakel Saunders. Manual de práctica Médica. España. : Interamericana; 1996.p. 1010-1012.
10. González Ochoa E, Abreu A.. Vigilancia de la Lepra en situaciones de baja prevalencia. Rev Panam Salud Pública 2001; 9 (2):94-101
11. Garcías Martínez S. Tres casos de Lepra en Cuba. Dermatología Rev Méx 1991; 35(2):114-115.
12. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico. Ciudad de la Habana : Prensa Latina; 1999.p.74-75.

13. Rigol Ricardo O, Pérez Carballás F, Perea Corral J, Fernández Socasas J, Fernández Mirabal JE. Lepra. En: Medicina General Integral. Texto Provisional. Ciudad de la Habana : Editoria Pueblo y Educación; 1988. p. 398-403.
14. Fernández Hernández - Baquero G. Lepra. En: Dermatología. Ciudad de la Habana : Editorial Pueblo y Educación; 1990. p. 264-292.
15. Gil Suárez R, Hernández GO, de Rojas V. Programa de Control de lepra. Ciudad de la Habana; 1989.
16. Organización Mundial de Salud Pública. Una guía para el control de la Lepra. 2da ed. España; 1988.
17. Vieira Souza W, Castro Barcellos C, Brito A M, Sá Carvalho M, Goncalvez Cruz O. Aplicacao de modelo bayesiano empírico na análise espacial da ocorrência de hanseníase. Rev Saúde Pública 2001; 35(5): 474-80.
18. Berria J. Lepra lepromotosa. Fenómeno de lucio, peniculitis mixta más vasculitis y daño renal. Acta Med. Colombia 1999; 24 (3): 112-115.

ANEXOS

Tabla No 1. Distribución de la Enfermedad de Hansen según edad y sexo.

Grupos de edades	Masculino		Femenino		Total	
	CASOS.	%	CASOS.	%	CASOS.	%
Menores de 15 años	0	0	0	0	0	0
15-24	0	0	0	0	0	0
25-34	0	0	1	10	1	10
35-44	0	0	0	0	0	0
45-54	2	20	0	0	2	20
55-64	5	50	1	10	6	60
65 y más	1	10	0	0	1	10
Total	8	80	2	20	10	100

Fuente: Encuesta realizada por el autor.

Tabla No 2. Distribución de la Enfermedad de Hansen según escolaridad.

Escolaridad	#	%
Analfabeto	0	0
Primaria terminada	8	80
Secundaria terminada	2	20
Preuniversitario	0	0
Universitario	0	0
Total	10	100

Fuente: Encuesta realizada por el autor.

Tabla No 3. Distribución de la Enfermedad de Hansen según formas clínicas (clasificación de Madrid).

Forma Clínica	#	%
Tuberculoide	1	10
Indeterminada	3	30
Dimorfa	2	20
Lepromatosa	4	40
Total	10	100

Fuente: Encuesta realizada por el autor.

Tabla No 4. Fuente de infección de la enfermedad de Hansen.

Fuente de infección	#	%
Intradomiciliario 1er orden	2	20
Intradomiciliario 2do orden	0	0
Extradomiciliario	6	60
Ignorado	2	20
Total	10	100

Fuente: Encuesta realizada por el autor.

Tabla No 5. Modo de detección de la enfermedad de Hansen.

Modo de detección	#	%
Encuesta en población de riesgo	1	10
Estudio de contactos	2	20
Espontáneos	7	70
Total	10	100

Fuente: Encuesta realizada por el autor.