

TRABAJOS ORIGINALES

Situación de la Lepra en el Perú. Importancia de la Lepra Infantil

Dra. María Luisa Castañeda Núñez*

*Médico esp. Enf. Infecciosas y tropicales. Docente de la Facultad de medicina UNMSM. Médico Asistente Dpto. Medicina HN "DAC" Callao. Ex Cordinadora Nacional de PCL-MINSA

Los cambios que se han producido en los últimos 30 años debido al adelanto científico en el campo de la inmunología, biología molecular y el más trascendente para el control de la Lepra, en el campo de la quimioterapia con la introducción del tratamiento multimedicamentoso (TMM) basado en la combinación de medicamentos (Rifampicina, Clofazimina y Dapsona) en esquemas para pacientes paucibacilares (PB) y multibacilares (MB), están contribuyendo a disminuir y hacer desaparecer el estigma social de esta enfermedad al cambiar su pronóstico, pues, cuando el diagnóstico y el tratamiento se hacen oportunamente los enfermos curan sin secuelas discapacitantes. Al parecer pocos pacientes sufren mutilaciones, la mayoría sigue viviendo en su propia comunidad y no reclusos en históricos leprosorios.

A nivel mundial entre los años 1966 y 1985 se pudo apreciar un incremento sostenido en el número de casos (de 2'831,775 a 5'368,202) sin embargo a partir de 1985 se ha producido un descenso significativo, de tal modo que en 1991 se han registrado por la OMS un total de 3'204,884 casos a nivel mundial (situación atribuible a la introducción de la TMM que al mismo tiempo permitió la depuración de los registros de pacientes), correspondiendo el 71 % de los casos a Asia Sub-oriental, 11% a África y 10% a las Américas.

En las Américas la situación epidemiológica de la Lepra es considerada de magnitud intermedia, en relación con las otras regiones del mundo, así, en el año 1991 se han registrado un total de 301,704 casos (8.1 % del total mundial), siendo el número de casos nuevos 30,543 (5% del total mundial).

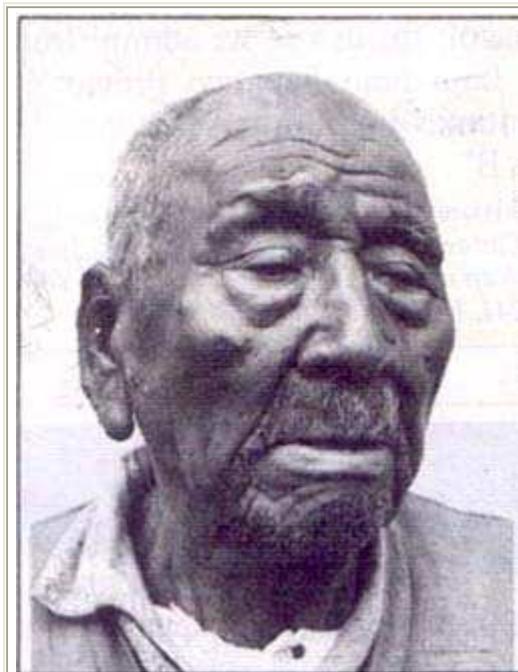
La distribución de la Lepra no es uniforme, existen grandes variaciones de endemicidad de un país a otro y aun dentro de un mismo país de una región a otra. Brasil es el segundo país del mundo en número absoluto de casos (266,578 casos notificados en 1991) y son cuatro los países de la región de las Américas con más de 10,000 casos registrados: Brasil, Colombia, México y Venezuela.

Situación de la Lepra en el Perú

La Lepra en el Perú, desde su ingreso con los españoles en los siglos XV y XVI después del descubrimiento de América y, en los siglos XIX y XX desde Brasil siguiendo la ruta del río Amazonas durante la época del caucho, se estableció secuencialmente en los departamentos de Amazonas (Rodríguez de Mendoza), San Martín (Rioja, Moyobamba, Tarapoto), Apurímac (Andahuaylas, Abancay), Loreto y Ucayali, en los últimos años se han reportado casos en Huánuco, Cuzco y Cajamarca.

Posteriormente el programa de control de Lepra (PCL) fue sucesivamente integrado y/o independizado en más de una oportunidad al Programa de Control de Tuberculosis, situación a la que se le atribuyó siempre el abandono o reactivación de las actividades de control, fundamentalmente la detección de casos y la falta de estrategias estables que permitieran evaluar el impacto de las mismas, y conocer el real comportamiento epidemiológico de la enfermedad en el Perú, lo que contribuyó

a que constantemente se estimara el número de casos a partir de registros de pacientes por muchos años acumulado.



Lepra lepromatosa (Foto: Dr. Zuño Burstein)

En setiembre de 1991 el Ministerio de Salud a través de la entonces Coordinación Nacional del Programa de Control de Lepra, reformuló e inició la implementación del Programa de Control y Eliminación de la Lepra en el Perú, bajo una nueva concepción y normatividad que partiendo de una sistemática depuración de los registros a nivel nacional, tiene entre sus objetivos más importantes la integración de las actividades del Programa a la atención primaria en los servicios generales de salud, incrementar la cobertura de detección de casos, implementar en el 100% de los casos diagnosticados la TMM y reducir los casos nuevos diagnosticados.



Lepra indiferenciada (Foto: Dr. Zuño Burstein)

A nivel nacional se han registrado un total de 277 casos en diciembre de 1992 y 304 casos en diciembre de 1993, correspondiendo más del 75% a las Regiones Loreto y Ucayali. Siendo el número de casos nuevos detectados en 1992 y 1993 de 77 y 93 casos respectivamente. La proporción de multibacilares entre los casos nuevos se incremento de 57.1 % en 1992 a 73.1 % en 1993, lo que nos indica que el diagnóstico es aun muy tardío y existe probablemente una prevalencia acumulada importante sin diagnosticar, por una limitada detección activa de casos en las regiones donde la Lepra es endémica, existiendo por otro lado, situaciones extremas como la Sub-región Chachapoyas, en la que con un notable incremento de la detección en 1993, el 100% de casos registrados (23) y el 100% de casos nuevos detectados en el año (13) corresponden a formas multibacilares, lo que podría estar reflejando la necesidad de una adecuada capacitación de recursos humanos para reconocer la enfermedad en sus estadios iniciales.

En 1993 se reporta además, una elevada proporción (20%) de formas avanzadas con secuelas discapacitantes (Grado 2 de incapacidad) entre los nuevos casos.

Importancia Epidemiológica de la Lepra Infantil

La Lepra infantil es un indicador directo de la magnitud de la transmisión de la enfermedad y de la eficacia de las acciones de los programas de control en una población determinada.

La proporción de menores de 15 años entre los casos nuevos de Lepra depende, de a) la cobertura e intensidad de la detección activa de casos en diversos grupos de edad y en grupos seleccionados como escolares y, b) del grado o magnitud de la transmisión de la enfermedad que están en relación directa con la proporción de fuentes de infección (formas multibacilares) que existen en la población sin diagnosticar y por ende sin tratamiento.

La Lepra infantil en el Perú es reflejo de lo que sucede en el adulto tanto desde el punto de vista clínico como epidemiológico; aunque la información disponible es pobre y el número de casos pequeños, resulta significativo desde el punto de vista operacional y epidemiológico porque podría tratarse de la punta del «iceberg».

En 1989 se informa 7.62% de menores de 15 años de un total de 1856 casos registrados a nivel nacional (Doc. «Inf. Final Sem. Nac. Eval. Estr. y Plan de Acción 1990». MINSa). No existe información en 1990 y 1991. En 1992 y 1993 de 77 y 93 casos nuevos detectados en cada año, 9 (11.6%) y 14 (15%) respectivamente corresponden a menores de 15 años, siendo la proporción de multibacilares de 66% en 1992 y 57% en 1993 (Ver cuadros N°1 y 2), cifras muy similares a las encontradas en adultos, lo que refleja una importante transmisión activa y una baja cobertura e intensidad de las acciones de control, fundamentalmente de la detección y el tratamiento precoz, de especial trascendencia si tenemos en cuenta que el diagnóstico precoz y la TMM prácticamente curan la enfermedad en Lepra infantil, previene las secuelas y la infecciosidad.

Cuadro N° 1			
Casos Nuevos Menores de 15 años entre el total de casos nuevos Perú 1989-1992			
Año	Total de casos registrados al final del año	casos nuevos en el año	casos nuevos < 15 años
1989	1856	---	---
1990	1034	35	---
1991	430	24	---

1992	277	77	9
1993	304	93	14

Cuadro N° 2						
Casos Nuevos Menores de 15 años según forma clínica Perú 1992-1993						
Año	Total de casos nuevos al final del año	Casos nuevos < 15 años				
		PB	%	MB	%	Total
1992	77	3	33.3	6	66.6	9
1993	93	6	42.8	8	57.1	14

En las regiones, provincias, distritos, caceríos o villorios donde la Lepra es endémica y constituye un problema de salud pública (prevalencia mayor de 1 x 1000 hab.), los médicos de todas las especialidades, el personal paramédico, así como las autoridades de educación, profesores de escuela y otros relacionados deben estar familiarizados con los signos y síntomas precoces de la enfermedad, tener siempre presente la posibilidad de Lepra en niños, conocer la importancia de su diagnóstico y su tratamiento precoz, para lo cual es indispensable la implementación de un adecuado programa de capacitación de recursos humanos y educación para la salud dirigida a la comunidad.

El análisis de encuestas realizadas con el apoyo de la OMS en Burna, Nigeria, Camerún, Brasil, Tailandia y Argentina (Ver Cdros. N° 3 y 4) ha permitido llegar a algunas conclusiones en aspectos clínicos y epidemiológicos, así:

-El número de casos de Lepra que se encuentra en niños en una población determinada depende del grado de exposición del grupo etéreo de 0 a 14 años a contactos multibacilares (bacilíferos), generalmente en el ámbito familiar (contacto intradomiciliario) y, el riesgo de infección en contactos de casos multibacilares es cuatro veces mayor que en los contactos de casos paucibacilares.

-La Lepra en menores de 2 años es extremadamente rara, la prevalencia se incrementa en los grupos de edad de 5 a 9 años y de 10 a 14 años en poblaciones hiperendémicas (prevalencia mayor de 12 x 1000 hab.).

-La proporción en casos de Lepra cuyos primeros síntomas inician en la niñez no ha sido fácil de determinar, la gran mayoría de autores afirman que la mayor parte de casos de Lepra inician sus síntomas antes de los 15 años, pero esto es difícil de demostrar.

-Es necesario un contacto prolongado con un caso conocido, aunque en áreas hiperendémicas es imposible en la mayoría de casos, demostrar este antecedente, y un contacto casual podría ser suficiente para transmitir la enfermedad. No se ha podido demostrar transmisión congénita, aunque se ha demostrado la presencia de bacilos en la placenta de pacientes multibacilares.

-El mecanismo de transmisión más aceptado es la inhalatoria a través de la vía respiratoria alta, siendo importante también la transmisión a través de la piel lesionada; en países donde la Lepra es endémica, son también muy comunes en niños las lesiones de piel por Lepra, seguidas de injuria e infección (acarosis,

ectoparasitosis, etc.) que también podrían jugar rol en la transmisión de la enfermedad.

Cuadro N° 3 Encuestas en población general		
País	Prevalencia de lepra x 1000	
	Niños 5-14 años	Población total
Argentina (Chaco)	1.4	5.6
Tailandia (Hong Kong)	3.2	12.4
Brasil (Candérias)	7.5	10.8
Camerún (Norte Mtzina)	32.6	28.8
Burna (Myingyan)	40.2	44.4

Cuadro N° 4 Distribución de las lesiones de piel y nervios en 610 casos de Lepra infantil Burna-OMS 1964-1971*		
	N°	%
-Lesiones de piel+engrosamiento de nervios	60	9.8
-Sólo lesiones de piel	485	79.5
-Sólo engrosamiento de nervios	65	10.5
*Estudios realizados en Burna entre 1964 a 1971 en el que se diagnosticaron un total de 610 casos nuevos. La mayoría de ellos en niños y algunos del grupo etáreo de 15 a 19 años.		

Clínica

Los signos clínicos precoces de enfermedad afectan principalmente la piel y en un pequeño porcentaje de casos los nervios periféricos. En una encuesta realizada en Burna con apoyo de la OMS entre los años de 1964-1971, se diagnosticaron 610 casos de Lepra infantil encontrándose en el 90% de casos lesiones de piel, que en 79.5% de ellos era la única manifestación de enfermedad, y en 86% eran lesiones únicas (Ver Cdro. N.º 4).

La forma clínica predominante en la infancia es la INDETERMINADA, las formas multibacilares son raras en niños, por lo que es posible su curación completa, libre de secuelas en corto tiempo.

La intolerancia a la TMM y las complicaciones reaccionales son extremadamente raras en la infancia.

La forma nodular infantil es una variante propia de la infancia, independiente de cualquier otro tipo de Lepra, incluso de la tuberculoide, es compatible con una primoinfección de pronóstico benigno y a veces de evolución espontánea hacia la curación.

Diagnóstico

La base fundamental para el diagnóstico es el examen clínico dermatoneurológico exhaustivo (piel y nervios, manos, pies y ojos). En algunos casos es de utilidad el uso de la «Prueba de la Histamina».

Los criterios básicos para la clasificación son clínicos, bacteriológicos, inmunológicos e histopatológicos, pero desde el punto de vista de programa para el tratamiento se ha adoptado la clasificación operacional que incluye dos grupos:

a. L. Paucibacilar: que agrupa las formas Indeterminadas (I), Tuberculoides (TT) y Boderline Tuberculoide (BT) de la clasificación de Ridley y Jeopling, o las Indeterminadas (I) y Tuberculoides (T) de la clasificación de Madrid, con baciloscopía negativa.

b. L. Multibacilar: que incluye las formas Boderline Boderline (BB), Boderline Lepromatosa (BL) y Lepromatosa (L) de la clasificación de Ridley y Jopling o las Lepromatosas (L) y Dimorfas (D) de la clasificación de Madrid con baciloscopía positiva, y las formas PB con baciloscopía positiva.

Tratamiento

Se administra la terapia multimedicamentosa (TMM), según esquema de la OMS: Paucibacilar y Multibacilar (Ver Cdros. N° 5 y 6), que han demostrado alta efectividad (0.1 % en PB y 0.06% en MB de recaídas por año), garantiza la curación del enfermo y evita la aparición de cepas resistentes de Mycobacterium leprae.



Leprosia indiferenciada (Foto: Dr. Zuño Burstein)

El tratamiento es gratuito, su administración es responsabilidad de los servicios generales de salud, bajo ESTRICTA supervisión. La hospitalización se limita exclusivamente a pacientes con formas graves o con complicaciones.

Cuadro N° 5	
Tratamiento Multimedicamentoso (TMM) Paucibacilar (PB)¹ (Adultos)	
Duración:	6 meses
Indicaciones:	para todas las formas PB: I, TT y BT con baciloscopía negativa
Medicamentos:	DAPSONA (DDS) 100 mg/día (Dosis Autoadministrada) ³ + RIFAMPICINA (R) 600 mg/una vez al mes (Dosis Supervisada) ⁴

Tratamiento Multimedicamentoso (TMM) Multibacilar (MB)² (Adultos)	
Duración:	24 meses
Indicación:	para todas las formas MB: BB, BL, LL y formas MB con baciloscopia positiva
Medicamentos:	DAPSONA (DDS) 100 mg/día (Dosis Autoadministrada) ³ + RIFAMPICINA (R) 600 mg/una vez al mes (Dosis Supervisada) ⁴ + CLOFAZIMINA (LAMPREN) 50 mg/día o 100 mg/3 veces x semana (Dosis Autoadministrada) ³ + 300/una vez al mes (Dosis Supervisada) ⁴
1. Blister calendario PB: 6 dosis mensuales 2. Blister calendario PB: 24 dosis mensuales 3. Dosis que toma el paciente en su domicilio 4. Dosis administrada al paciente bajo supervisión en el establecimiento de salud	

Diagnóstico Diferencial

La Lepra por sus manifestaciones pleomórficas en piel y neurológicas puede ser confundida con otras enfermedades y a la vez otras enfermedades de piel o neurológicas pueden ser confundidas con Lepra. Sin embargo es importante siempre recordar los signos clínicos de Lepra:

- Pérdida de la sensibilidad (mácula hipocrómica hipoestésica o anestésica).
- Engrosamiento de nervios.
- Presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes (por baciloscopia).

Se debe hacer diagnóstico diferencial con: Pteriasis versicolor, manchas hipopigmentadas de nacimiento, dermatitis de contacto, hipocromía postinflamatoria, avitaminosis-B, Psoriasis (activa o residual), Granuloma Multiforme, Lupus vulgaris, Pteriasis rosada, Tuberculosis cutánea, Xantomatosis y Escleroderma.

Cuadro N° 6 Dosis adecuadas para TMM en la infancia (Basadas en la edad)				
Lepra Paucibacilar				
Grupos de Edad	Dapsona: dosis diaria sin supervisión	Rifampicina: dosis mensual supervisada		
Hasta 5	25 mg	150-300 mg		
6 a 14	50-100 mg	300-400 mg		
15 y +	100 mg	600 mg		
Lepra Multibacilar				
Grupos de Edad	DDS: dosis diaria sin superv.	Rifampicina: dosis mensual supervisada	Clofazimina dosis/d mensual con superv.	
Hasta 5	25mg	150-300mg	100mg/sem	100mg

6 a 14 15 y +	50-100mg 100mg	300-450mg 600mg	150mg/sem 50mg/día	150-200mg 300mg
------------------	-------------------	--------------------	-----------------------	--------------------

Bibliografía

-Noordeen S.K., Division of control of Tropical Diseases, OMS-geneva 15 Septiembre 1993.

-Weekly Epidemiological Record, N°21-22, may 1992.

-Lombardi C., La Lepra y su control en Latinoamérica- Perspectivas de eliminación como problema de Salud Pública. Documento presentado en la Conferencia OMS/OPS para el control de Lepra en las Américas. México Oct. 1991.

-Hugo Pesce. La epidemiología de la Lepra en el Perú. Tesis Doctoral-UNMSM-1961. Lima-Perú.

-Castañeda M.L., Suárez P.G., Doctrina Normas y Procedimientos para el Control y Eliminación de la Lepra en el Perú. PNCH-MINSA. 1992.

-Colin MC.Dougall. Implementación de la Poliquimioterapia en Lepra. Prioridades en Salud: CIET INFORMA. Vol. 1, N° 1, 1990.

-Castañeda M.L., Suárez P.G., Programa de Control de Hanseniasis en el Perú- Situación Actual. Documento presentado en la Conferencia para el Control de la Lepra en las Américas organizado por la OMS. México Oct. 1991.

-Noussitou F.M., Sansatticq H., Walter J., Browne S.G. Leprosy in children. OMS 1976.

-Noussitou F.M. Acta Leprol. (Geneva). N° 20-21, pp. 47-61. 1965.