ARTICULO DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA

REVISTA ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA
Propiedad de la Asociación Argentina de Dermatología
ISSN 1851-300X | Número de Propiedad Intelectual 20459734

Lepra en Santa Fe:Ccaracterísticas clínico-epidemiológicas

LEPROSY IN SANTA FE: CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS

Oct - Dic 2016 | Vol. 97 N°4

Artículo de investigación epidemiológica
Rev. argent. dermatol. 2016; 97 (4): 23 – 33
Publicado en línea 2016, Diciembre / Published online December 2016.
Lepra en Santa Fe: Características clínico-epidemiológicas

Autores | Contacto

S Morano *, M Morano **, SN Paredes* y JL Iribas ******

Hospital J. B. Iturraspe. Bv. Pellegrini 3551, Santa Fe Capital. Argentina.

*** Médica, pasante del Servicio de Dermatología Hospital Dr. José María Cullen.**
**** Práctica Final Obligatoria. Facultad de Ciencias Médicas. UNL. Santa Fe.**
***** Médica dermatóloga. Lepróloga. Jefa del Programa Provincial de Dermatología Sanitaria y control de Lepra.**
****** Médico Dermatólogo de Planta. Servicio de Dermatología Hospital Dr. José María Cullen. Jefe de Cátedra Universidad Adventista del Plata.**

CONSIDERACIONES ÉTICAS: no existe conflicto de interés con respecto a los temas planteados.

Recibido: 01.11.2016
Aceptado para su Publicación: 02.12.2016

RESUMEN

La lepra es una enfermedad infecto-contagiosa crónica, no hereditaria, curable y controlable, causada por el *Mycobacterium leprae*, que afecta principalmente la piel, mucosas y nervios periféricos. En Argentina es un problema regional y nacional, por la migración que abarca a las provincias de Formosa, Chaco, Corrientes, Entre Ríos, Misiones, Santa Fe y Buenos Aires.
Objetivo General: determinar el comportamiento clínico-epidemiológico de la lepra en la Provincia de Santa Fe, desde el 1º de Enero del año 2012 al 31 de Agosto del año 2016.
Métodos y Materiales: la información se obtuvo de la revisión de las fichas epidemiológicas, de pacientes con diagnóstico de lepra en el período abarcado. Las variables utilizadas fueron: edad y sexo del paciente, residencia, foco epidemiológico, condiciones ambientales y económicas, clínica, tipo de lepra, grado de discapacidad general y tratamiento.
Resultados: se diagnosticaron 86 casos de lepra; 59,3% correspondieron al sexo masculino y 40, 7% al sexo femenino. El promedio de edad fue

SUMMARY

Leprosy is a chronic disease which, despite having a variable clinic, is diagnosable and treatable when receiving a multidrug therapy (MDT) as the one proposed by the World Health Organization (WHO).
In Argentina, it is characterized by moderate endemicity and focus on certain geographic areas (provinces of northeastern, northwest and center of Argentina).
General Objective: determine the clinical and epidemiological behavior of leprosy in the province of Santa Fe.
Methods and Materials: the cases reported since 1º January 2012 to 31 August 2016, were retrospectively collected from the review of the epidemiological records of the Ministry of Health, Environment and Social Action of the Province of Santa Fe. The variables were: age and sex of the patient, residence, epidemiological focus, environmental and economic conditions, kind of leprosy, degree of disability and finally the treatment.
Results: 86 cases of leprosy were diagnosed: 59,3% were male and 40,7% sex, were female. The average age was 56 years. 86% of cases were multibacillary and lepromatous leprosy was the most frequent clinical form. The 26,7% had disability at the moment of diagnosis, 16,3% 10,5% grade 1 and grade 2.

de 56 años. El 86% de los casos fueron multibacilares y la lepra lepromatosa, fue la forma clínica más frecuente. El 26,7% presentó discapacidad al momento del diagnóstico, 16,3% grado 1 y 10,5% grado 2.
Conclusión: la detección de nuevos casos en la Provincia de Santa Fe, fue en promedio de 18 casos anuales, excluido el año 2016, en vigencia. Rosario fue el departamento con más casos registrados. El 60% de los casos se comunicó entre los 35 y 66 años; el sexo masculino fue el más afectado. Los casos multibacilares prevalecieron sobre los paucibacilares; la forma clínica más frecuente fue la lepra lepromatosa. Se estableció discapacidad en uno de cada cuatro pacientes.

PALABRAS CLAVES
lepra, enfermedad de Hansen, formas clínicas, epidemiología, Santa Fe.

Conclusion: in the Province of Santa Fe, the detection of new leprosy cases have been stable in the last years, with a minimun of 17 and a maximum of 29 cases per year. Rosario was the city with more registered cases, followed by: La capital, General Obligado y Nueve de Julio. The most affected patients were male, and 60% of cases reported between 35 and 66 years. Multibacillary cases prevailed over paucibacillary; the most frequent clinical form was lepromatous leprosy. One in four patients had disability at the moment of diagnosis.

KEY WORDS
leprosy, Hansen's disease, clinical forms, epidemiology, Santa Fe.

INTRODUCCIÓN

La lepra, enfermedad de Hansen o "Hanseniasis" para los brasileños, es una enfermedad infectocontagiosa crónica, no hereditaria, curable y controlable, causada por un microorganismo, el *Mycobacterium leprae*, bacilo ácido alcohol resistente, Gram positivo intracelular obligado, que presenta tropismo hacia células del sistema retículoendotelial y del sistema nervioso periférico, principalmente las células de Schwann [1,2].
Se considera que el ser humano enfermo es la única fuente de infección, transmitiéndose desde una persona enferma (bacilífera) a una persona sana (susceptible), mediante un contacto íntimo y prolongado, por inhalación de gotitas de Flugge (principal vía de contagio) [3]. La capacidad de infección de los casos multibacilares (MB) es de 4 a 11 veces más grande que la de los casos paucibacilares (PB) [4].
Una vez que el bacilo ingresa al organismo va directamente hacia los ganglios linfáticos, donde cumple la primera etapa de la infección (período de incubación); este puede durar desde meses hasta cinco o más años. Luego, se establece "una lucha silenciosa" entre el bacilo y el sistema retículo endotelial. El resultado de la misma puede ser 3:

- Destrucción total del bacilo, con lo que no se produce la enfermedad (90-95% de los casos);
- Destrucción parcial del bacilo, con desarrollo de inmunidad celular, aunque insuficiente para eliminarlo. Se produce enfermedad que adopta formas clínicas PB;
- No hay destrucción del bacilo por falla de la inmunidad celular y se produce enfermedad con formas clínicas MB.

Se trata de una enfermedad que, a pesar de tener una clínica variable es diagnosticable y curable, al recibir el esquema poliquimioterápico (PQT) propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) [3].
En Argentina, la lepra se caracteriza por su moderada endemicidad y focalización en ciertas áreas geográficas (provincias del nordeste, noroeste argentino y centro del país), aunque en los últimos años, se han recibido notificaciones de casos residentes en provincias no endémicas (región de Cuyo y Patagonia), debiéndose esta circunstancia más que a un hecho epidemiológico, a las muy frecuentes migraciones internas y ocasionalmente de países limítrofes (Bolivia y Paraguay). Si bien la magnitud de la endemia es moderada y la morbilidad global por lepra es baja, comparada con otras enfermedades transmisibles, su importancia como problema de salud pública, está dada por las discapacidades físicas y sociales, permanentes y progresivas que produce, de no mediar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno, regular y completo [3].

OBJETIVO GENERAL

Determinar el comportamiento clínico-epidemiológico de la lepra en la Provincia de Santa Fe, desde el 1º de Enero del año 2012 hasta el 31 de Agosto del año 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el número de casos nuevos de lepra en el período abarcado.
- Identificar el grupo etario y sexo más afectado por la enfermedad.
- Determinar el número de casos de lepra según departamento e identificar los más afectados.
- Identificar la forma clínica más frecuente (según la clasificación de Ridley y Jöpling y de la OMS).

- Determinar el grado de discapacidad general.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. La información se obtuvo de la revisión de 86 fichas epidemiológicas del Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social de la Provincia de Santa Fe, de pacientes con diagnóstico de lepra en el período comprendido entre el 1º de Enero del año 2012 al 31 de Agosto del 2016, en la provincia de Santa Fe.
De cada ficha epidemiológica se analizaron los siguientes datos: edad y sexo del paciente, residencia, foco epidemiológico, condiciones ambientales y económicas (buenas-regulares-malas), sintomatología al momento de la realización de la ficha epidemiológica (mácula, infiltración difusa, placa, nódulos, neuritis y/o reacción), tipo de lepra (clasificación de Ridley y Jöpling y de la OMS*)*, grado de discapacidad general (grado 0, 1 y 2) y tratamiento que recibió y/o está recibiendo.
Los datos obtenidos fueron procesados a través de insumos tecnológicos, ofrecidos por Microsoft Word y Excel en su versión 2010 y XLSTAT 2015.

RESULTADOS

En el período de estudio, se diagnosticaron 86 casos de lepra en la Provincia de Santa Fe (ver Gráfico I); la distribución de casos según departamento se detalla en el Gráfico II.

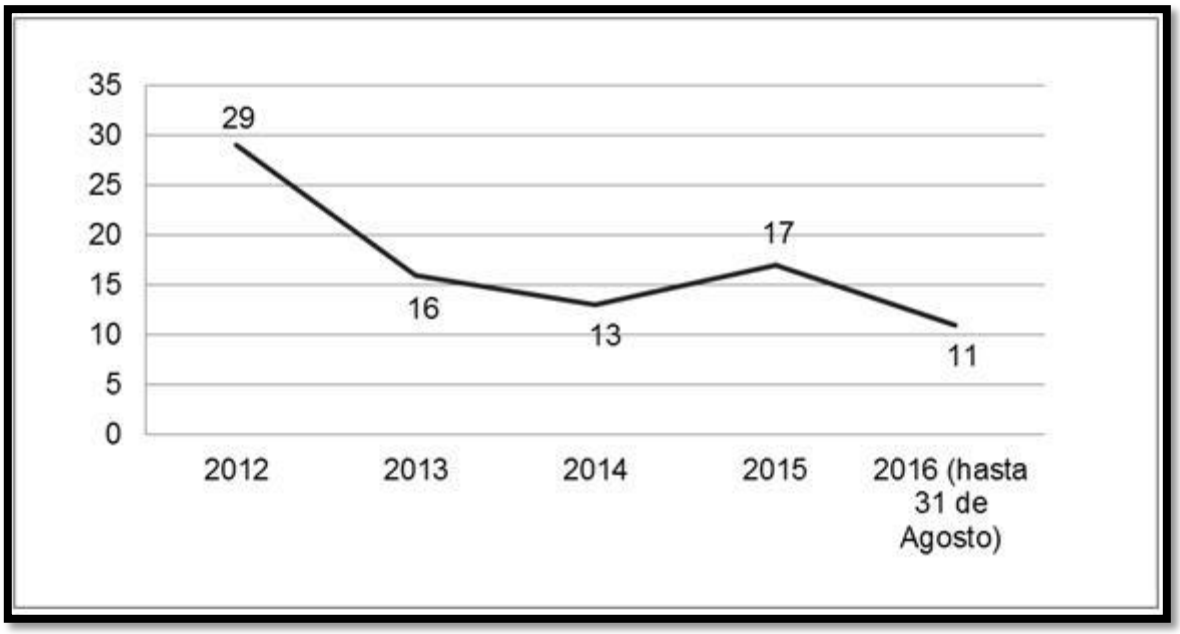


GRÁFICO I. Casos nuevos de lepra en la Provincia de Santa Fe, según el año.

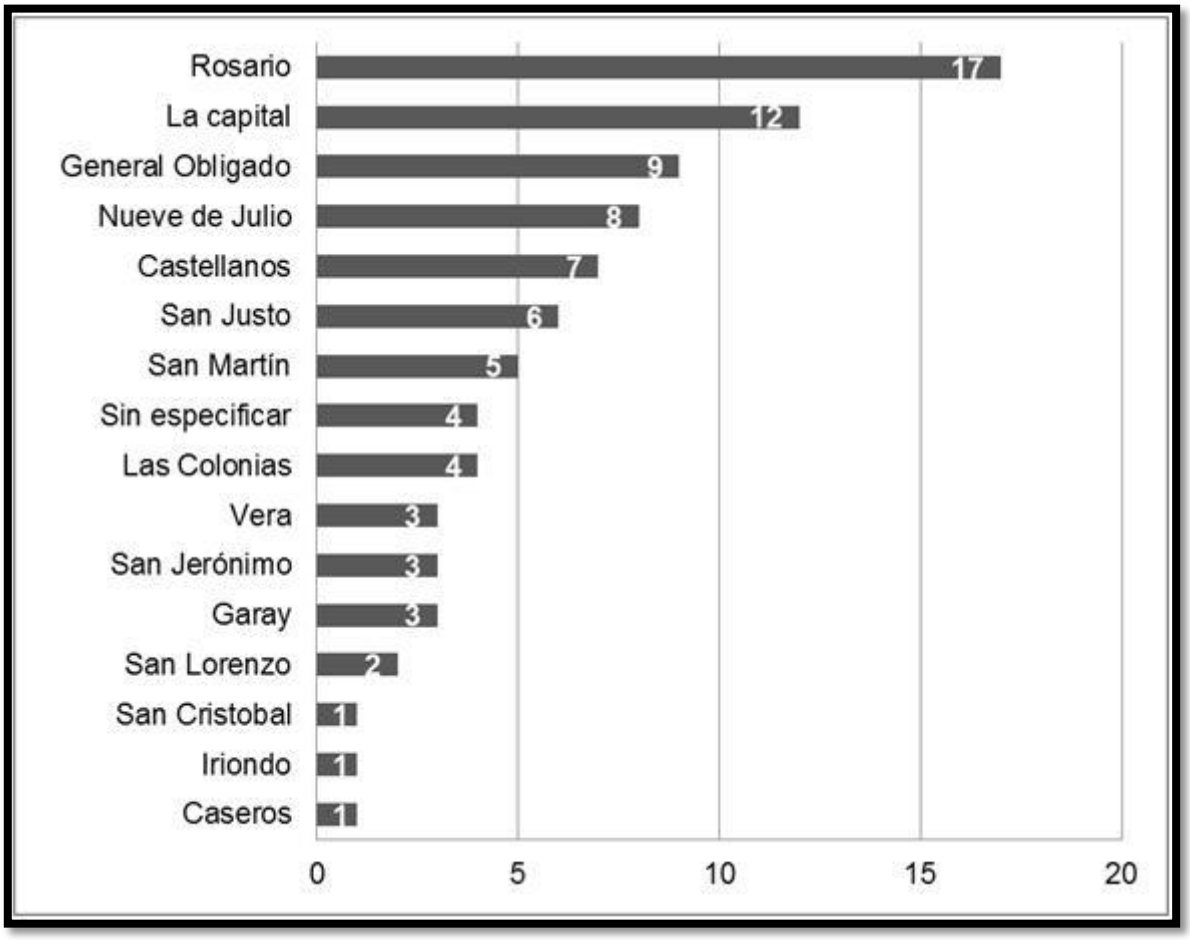


GRÁFICO II. Número de casos según departamento, Provincia de Santa Fe.

Respecto de las características demográficas de la muestra estudiada, 59,3% corresponden al sexo masculino (n=51) y 40, 7% (n=35) al sexo femenino. En el Gráfico III se detalla la edad de la población. La mayor proporción de pacientes presentaron buenas condiciones económicas (79%) y ambientales (73%) y la presencia de foco epidemiológico positivo, sólo se evidenció en el 20,9% (n=18) de los casos.

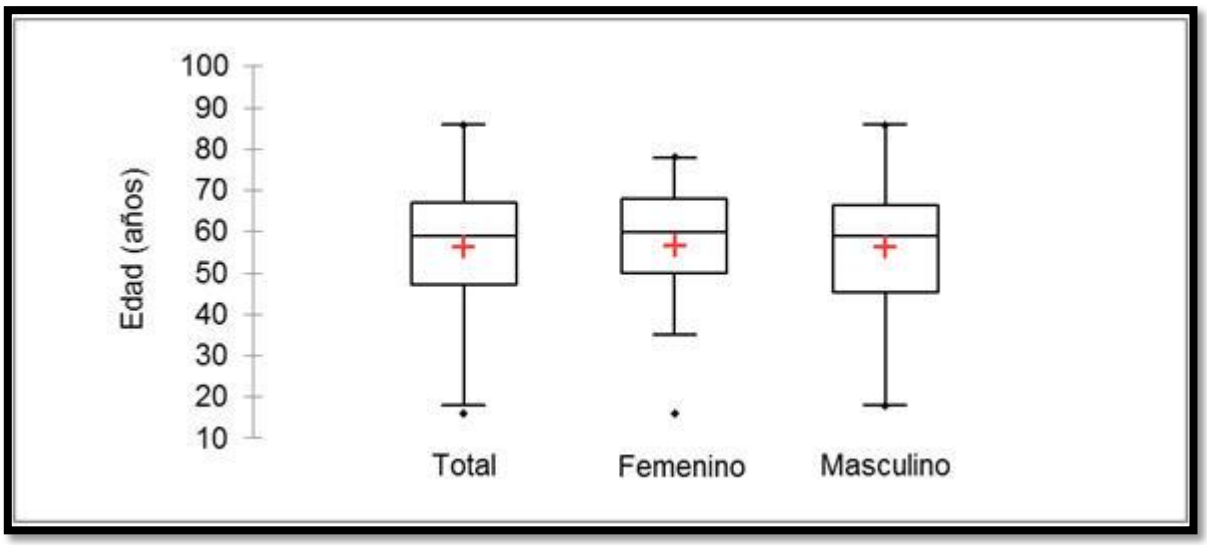
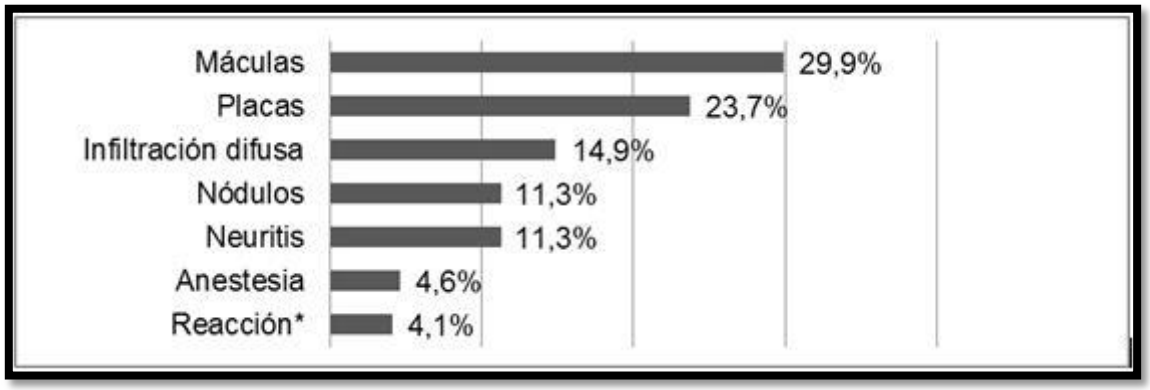


GRÁFICO III. Distribución de la edad en la muestra por sexo.

En el Gráfico IV se detallan las manifestaciones clínicas presentes, al momento de la realización de las fichas epidemiológicas.



***Reacción:** episodios de aumento súbito de la actividad clínica de la enfermedad. **Tipo 1:** las reacciones preexistentes se vuelven más prominentes, edematosas, calientes y eritematosas. **Tipo 2:** presencia de eritema nodoso [5].

GRÁFICO IV. Clínica presente durante la recolección de datos.

En los Gráficos V y VI se detallan las clasificaciones de Ridley y Jöplingy de la OMS, respectivamente. La comparación de las formas clínicas, basadas en la clasificación de *la* OMS, por sexo, se describe en el Gráfico VII.

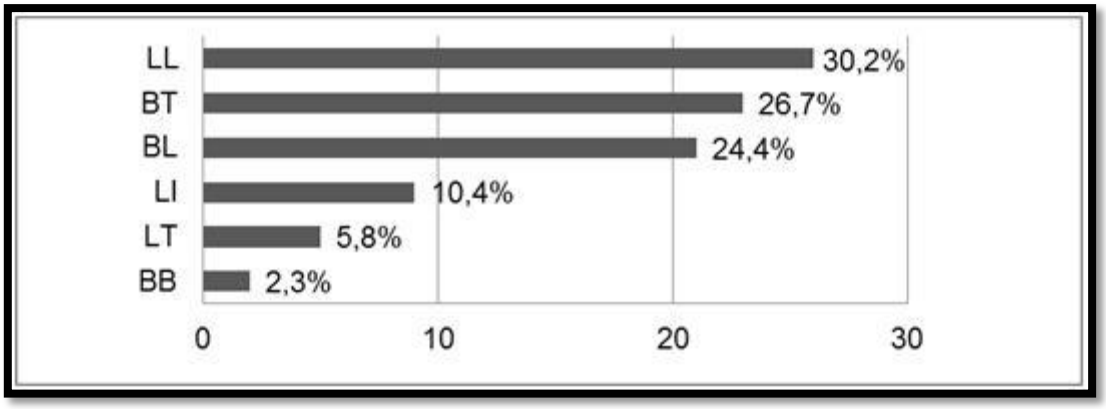


GRÁFICO V. Clasificación de Ridley y Jöppling. Formas clínicas: Indeterminada (LI), Tuberculoide (LT), Borderline-Tuberculoide (BT), Borderline-Borderline (BB), Borderline-Lepromatosa (BL), Lepromatosa-Lepromatosa (LL) [3].

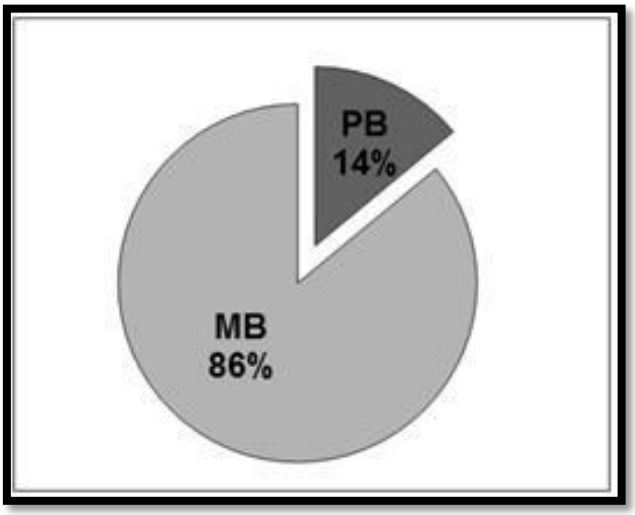


GRÁFICO VI. Clasificación de la OMS.

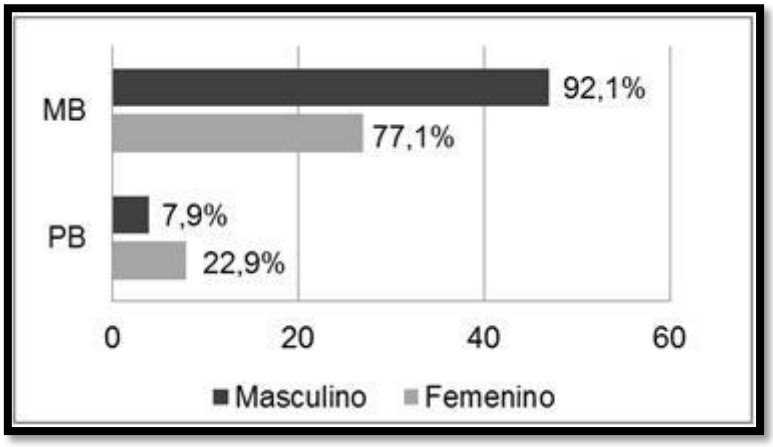


GRÁFICO VII. Clasificación de la OMS según el sexo.

En el siguiente gráfico se observa el grado de discapacidad general de los pacientes (ver Gráfico VIII).

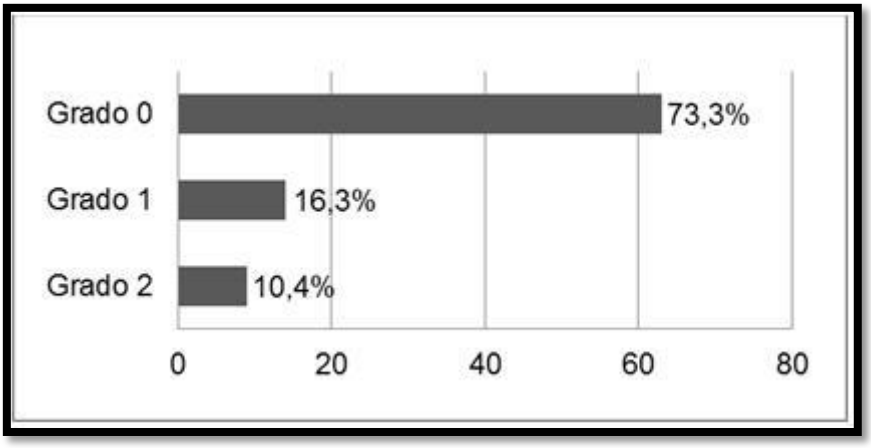


GRÁFICO VIII. Grado de discapacidad.

En la Tabla I se esquematizan los tratamientos instaurados:

TABLA I. Esquemas terapéuticos.

Tratamiento	Número de pacientes
Sulfonas + Rifampicina + Clofazimina	63
Rifampicina + Clofazimina + Minociclina	8
Rifampicina + Ofloxacina + Minociclina	3
Rifampicina + Ofloxacina + Clofacimina	2
Rifampicina + Sulfota	9
Rifampicina + Clofazimina	1

DISCUSIÓN

La tasa de prevalencia nacional menor a 0.20/10.000 habitantes [6], coloca a la Argentina dentro del grupo de países de América, que alcanzaron la meta del control de la lepra como problema de salud pública propuesta por la OMS en el año 1991; esto es, reducción de la prevalencia a niveles inferiores a 1/10.000 habitantes [7]. No obstante cabe aclarar que en el primer nivel jurisdiccional, persisten en algunas provincias tasas superiores a 1/10000 habitantes (Chaco: 1.54, Formosa: 1.29). Asimismo, si bien la prevalencia continúa en marcado descenso, durante la última década la detección de nuevos casos, índice epidemiológico prioritario para evaluar la marcha de la endemia, se mantiene en un promedio de 400 casos anuales. En este trabajo, la detección de casos nuevos en la Provincia de Santa Fe, fue en promedio de 18 casos anuales, excluido el año 2016 que aún se encuentra en curso; reportándose el 60% de los casos entre los 35 y 66 años, etapa en la que el individuo se encuentra en plena actividad laboral y social, con predominio por el sexo masculino. Al establecer paralelos con estudios nacionales e internacionales [8,9], se evidencian datos similares a los resultados aquí descritos. Cabe destacar que no se han presentado casos en menores de 15 años, a diferencia de lo hallado por Gomes da Silva Cruz y col. en la población brasileña, donde la proporción de niños afectados fue de 18,14% [10].

En el período post eliminación de la lepra, uno de los objetivos principales es la reducción de los casos detectados tardíamente [11]. Es sabido que la lepra provoca daños en la función nerviosa, que pueden llegar a ser permanentes si no se detectan y tratan oportunamente. Tanto desde el punto de vista económico y social, la discapacidad es la consecuencia más grave de la lepra [8]. En la presente investigación se evidenció discapacidad en el 26,7% (n=23) de los pacientes, 16,3% grado 1 (n=14) y 10,4% (n=9) grado 2, hallazgos diferentes a los encontrados en la Provincia de Formosa, donde el porcentaje de pacientes con discapacidad fue del 49% (n=27), 45% (n=25) grado 1 y 3,6% (n=2) grado [2 9].

Junto a la discapacidad, la proporción de casos MB entre los casos nuevos, se ha establecido como criterio para definir detección tardía de la enfermedad [12]. Los casos MB constituyeron el tipo de lepra más frecuente, manteniendo la tendencia de otras estadísticas [6,8,9,13], con una proporción del 77,1% en mujeres y 92,1% en hombres.

El diagnóstico tardío podría deberse a la falta de conocimiento de la enfermedad, tanto de la población general, como de los médicos y personal de salud, sumado al amplio espectro de síntomas y signos que puede presentar y a la baja prevalencia, que hace suponer de manera errática que ya no existe. Desde el punto de vista clínico-epidemiológico, permite que la enfermedad evolucione a formas más graves, con las consiguientes secuelas que podrían producirse y posibilitar un mayor tiempo de exposición, entre el enfermo y sus contactos [14,15].

"La reducción en las tasas de prevalencia de la lepra en el mundo es evidente. El logro de la meta de eliminación en la mayoría de los países endémicos, es un éxito incuestionable. Sin embargo, es fundamental que se sostengan las actividades educativas, dirigidas tanto a los profesionales de la salud como a la comunidad, de tal forma, que se motive la consulta temprana en caso de síntomas y que el profesional de la salud, esté preparado para hacer un diagnóstico oportuno y un manejo integral de estos pacientes" [16].

CONCLUSIÓN

- La detección de casos de lepra en la Provincia de Santa Fe se mantuvo estable en los últimos años, con un mínimo de 17 y un máximo de 29 casos por año, excluido el año 2016, en vigencia.
- Rosario fue el departamento con mayor número de casos registrados, seguido por La Capital, General Obligado, Nueve de Julio, Castellanos y San Justo.
- La mayor proporción de casos se registró entre los 44 y 69 años y el sexo más afectado fue el masculino.
- Los casos multibacilares prevalecieron sobre los paucibacilares; y la forma clínica más frecuente fue: la Lepra Lepromatosa, seguida en orden de frecuencia por la Bordeline-Tuberculoide, Bordeline-Lepromatosa, Indeterminada, Tuberculoide y Bordeline-Bordeline.
- Al momento del diagnóstico, uno de cada cuatro pacientes presentó discapacidad. De éstos, más de la mitad correspondieron a pacientes con discapacidad grado 1.

SESGOS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La veracidad de los datos presentes en las fichas epidemiológicas, dependió de los médicos encargados de realizarlas. La muestra no incluyó aquellos pacientes que presentaban lepra y no fueron diagnosticados.

AGRADECIMIENTOS: a todo el personal del Servicio de Dermatología del Hospital JB Iturraspe, de la ciudad de Santa Fe.

REFERENCIAS

1. Maita García X, Mejía Loma L, Marañon Mendoza L, Luizaga Panozo S, Santander López A. Comportamiento Clínico-Epidemiológico de la Lepra en el departamento de Cochabamba durante la década 2000-2010. Rev Cient Cienc Méd 2012; 15 (1): 6-10.

2. Eichelmann K, González SE, Salas-Alanís JC, Ocampo-Candiani J. Leprosy. An update: definition, pathogenesis, classification, diagnosis, and treatment. Actas Dermosifiliogr 2013; 104 (7): 554-563.

3. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina. Pautas sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la lepra. 2013. Disponible en: http://www.anlis.gov.ar/

4. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica "Manual de Normas Técnicas para el Control de la Lepra". 1997. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/pngcam/

5. Moreira Ríos I, Vázquez Rivera C, Cruz Rodríguez E, Rivera Moreira A, Mujica Gonzáles D. Reacción en la lepra. Presentación de un caso clínico. Rev Ciencias Médicas 2012; 16 (2): 0-0.

6. World Health Organization. Weekly epidemiological record. 2016. Disponible en: http://www.who.int/wer/2016/en/

7. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción para Acelerar el Logro de la Eliminación de la Lepra en Latino América y el Caribe. 2013. Disponible en: http://www.anlis.gov.ar/inp/

8. Guerrero M, Muvdi S, León C. Retraso en el diagnóstico de lepra como factor pronóstico de discapacidad en una cohorte de pacientes en Colombia, 2000-2010. Rev Panam Salud Pública 2013; 33 (2):137-143.

9. Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina. Boletín Epidemiológico Anual. 2010. Disponible en: http://www.msal.gob.ar

10. Gomes da Cruz S, Dornels Freire S, Pinheiro Costa S, Monteiro C, Feliciano C. Epidemiological aspects of leprosy in Juazeiro-BA, from 2002 to 2012. An Bras Dermatol.2015; 90 (6): 799-805.

11. González Ochoa E, Abreu A. Vigilancia de la lepra en situaciones de baja prevalencia. Rev Panam Salud Pública 2001; 9(2): 94-101.

12. Organización Panamericana de la Salud. Visita de Observación Conjunta al Programa Paraguayo de Control de Lepra. Año 2011. Disponible en: http://www.paho.org/par/

13. Aldama A, Rivelli V, Aldama O, Ozecoski D, Gorostiaga G. Lepra hoy: consideraciones epidemiológicas del Hospital Nacional. Rev Nac (Itaugua) 2009; 1 (2): 27-30.

14. Hidalgo Pereira F, Martínez López G, Fernández Juviel A, Monte-Negro Calderón T. Caracterización epidemiológica de la lepra en el municipio de Cumanayagua (1983-2012). Rev Cubana de Higiene y Epidemiología 2014; 52 (2): 163-172.

15. Cardona Castro N, Bedoya Berrío G. Lepra: enfermedad milenaria y actual. Iatreia 2011; 24 (1): 51-64.

16. Muvdi Arenas S. Retraso en el diagnóstico y discapacidad en la etapa post-eliminación de la lepra. Bol Dermatol 2014; 12 (1): 2-3.