

SUMARIO

EDITORIAL

169 21º Congreso Internacional de Leprología. PEDRO TORRES.

TRABAJOS CIENTÍFICOS Y COLABORACIONES

- 171 Incidencia de lepra en el municipio Santa Cruz del Sur, Cuba. Treinta años de estudio. ROSA MARÍA ESPINO DELGADO, IDANIA CRISTINA CURRA BUITRAGO, INALVYS OLAZÁBAL BÁRZAGA, MARIEM VILLAFANA CARMENATES, LIDIA ESTER MÉNDEZ VILLAFANA
- 187 Dengue como enfermedad asociada causante de debut de lepra en estado reaccional. Presentación de un caso. YENISEY GLEIDIS MIR GARCÍA, BEATRIZ MANTECÓN FERNÁNDEZ, NIEVES ATRIO MOURIÑO, MAILIN MANSO CABRERA, YANARA NÉLIDA PELÁEZ GUERRA, SURAMA GRIMÓN GONZÁLEZ
- 197 Ventajas de administrar dosis altas de clofazimina. C. RUTH BUTLIN, ARMI MAGHANOY
- 205 Prevalencia y factores de riesgo para discapacidades de grado 2 entre los niños y adolescentes recién diagnosticados de lepra: un análisis basado en las historias clínicas de la India. BRAHMAIAH UPPUTURI, NAVYA VULCHI, RAJNIKANTH SINGH, RADHIKA MAMIDI, NAVEEN SATLE, MICHAEL SUKUMAR PALLAPATI, APARNA SRIKANTAM

NECROLÓGICA

219 Dr. William Felton Ross

NOTICIAS Y EVENTOS

- 221 XII Congreso SEMTSI. JOSÉ RAMÓN GÓMEZ ECHEVARRÍA
- 222 Curso de Enfermedades Emergentes e Importadas. JOSÉ RAMÓN GÓMEZ ECHEVARRÍA
- 222 Máster de Malalties a Països en Desenvolupament. JOSÉ RAMÓN GÓMEZ ECHEVARRÍA
- 222 Máster de Medicina Tropical de la Universidad Autónoma de Barcelona. JOSÉ RAMÓN GÓMEZ ECHEVARRÍA
- 223 Encuentro Nacional de la Asociación APARF (Portugal). JOSÉ RAMÓN GÓMEZ ECHEVARRÍA
- 224 La OMS anuncia un nuevo marco estratégico para combatir las Enfermedades Tropicales Cutáneas Desatendidas.
- 225 21º Congreso Internacional de Leprología.
- 226 Cursos Internacionales de Leprología 2022.

revista de LEPROLOGÍA

Volumen. XXXIII | Número. 3

Enero-Junio 2022

Enero-Junio 2022

Volumen. XXXIII | Número. 3



revista de LEPROLOGÍA



fontilles
salud  desarrollo

revista de LEPROLOGÍA

EDITOR

Dr. Pedro Torres Muñoz

EDITORES ASOCIADOS

Dr. José Ramón Gómez Echevarría

SECRETARÍA

Verónica Mas Oliver

COMITÉ EDITORIAL

| | |
|--|--|
| Acosta Soto, Lucrecia (España) | Martínez Morales, Elvia Urania (Nicaragua) |
| Bottasso, Óscar (Argentina) | Moll Cervera, Fátima (España) |
| Caballero, Nelson (Nicaragua) | Pérez López, Montserrat (España) |
| Cuevas, Jesús (España) | Rojas-Espinosa, Óscar (México) |
| De Armas, Yaxsier (Cuba) | Ruiz Fuentes, Jenny Laura (Cuba) |
| Di Martino Ortiz, Beatriz (Paraguay) | Saunderson, Paul (USA) |
| Donoghue, Helen (UK) | Souza Cunha, Maria da Graça (Brasil) |
| Fafutis Morris, Mary (México) | Vijayakrishnan, B (India) |
| Fuentes Morales, Lesny Ruth (Honduras) | |

PUBLICACIÓN INCLUIDA EN

IBECS (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud),
LATINDEX-DIRECTORIO (Sistema Regional de Información en
Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal)

IMPRIME

Grafo Impresores, s.l.
Depósito legal: V-420-1958
ISSN: 0367-2743

SECRETARÍA

Biblioteca médica
03791 Fontilles (Alicante) España
biblioteca@fontilles.org

PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

NORMAS PARA LOS AUTORES

Revista de LEPROLOGÍA *agradece la colaboración científica en el ámbito de la leprología, dermatología y otras disciplinas en el campo de la microbiología y parasitología, incluyendo investigaciones científicas, terapéuticas, epidemiológicas y sobre ciencias básicas en conexión con estas especialidades.*

Los manuscritos remitidos deberán cumplir los siguientes requisitos:

- Ser **originales e inéditos** (no haber sido publicados anteriormente en ninguna otra revista).
- Los **manuscritos se enviarán** en soporte informático en formato Word, preferiblemente por correo electrónico o en su defecto, por correo postal. Deberán estar escritos en español, a doble espacio en su totalidad y con margen izquierdo de 2,5 cm. El resumen deberá ir en español y también traducido en inglés para mejor difusión del trabajo en el extranjero.

Se admitirán a publicación, artículos originales, artículos originales breves, revisiones, casos clínicos, y cartas al editor.

Todos los trabajos se acompañarán de una **carta de presentación** dirigida a la Editorial de la Revista de Leprología, en la que se incluya el título del trabajo y la sección a la que se solicita la publicación. Se expondrá con claridad que el trabajo no ha sido publicado con anterioridad y que el mismo artículo o parte del mismo no ha sido enviado a otra publicación. En el caso de material ya publicado, se adjuntarán las debidas autorizaciones para su reproducción, en especial en las secciones por encargo.

Artículos originales

El manuscrito constará de las siguientes partes:

Primera página. Contendrá el título; nombres y apellidos completos de todos los autores ordenados según su participación; afiliaciones de los autores (es conveniente indicar: Servicio, Departamento o Centro en el que se haya realizado); nombre completo, afiliación y correo electrónico del autor al que se le ha de dirigir la correspondencia.

Segunda página. Incluirá un resumen en idioma castellano e inglés, con 200 palabras como máximo. En el caso de los artículos originales de investigación deben cumplir con la estructura básica: introducción, métodos, resultados y discusión. El resto de las contribuciones deberán respetar un orden lógico de presentación de la información. A continuación del resumen se escribirán las palabras claves con objeto de que reflejen los contenidos esenciales del artículo. No superarán el número de 5, para ello se recomienda hacer uso de los términos recogidos en DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH® (*Medical Subject Headings*).

Manuscrito propiamente dicho. Constará de: Introducción, material y métodos, resultados, discusión, agradecimientos, conflicto de intereses y referencias.

Resultados y discusión deben presentarse por separado. Las conclusiones no se presentarán a parte, deben estar desarrolladas en la discusión y mencionadas en el resumen.

Figuras y tablas irán al final del manuscrito después de la bibliografía. Las fotografías, gráficos, dibujos, esquemas, mapas, otras representaciones gráficas y fórmulas no lineales, se

denominarán figuras y tendrán numeración arábica consecutiva. Las tablas se denominarán tablas. Todas se mencionarán en el texto y deberán ir acompañadas de su pie o nota explicativa.

- Abreviaturas y siglas. Las precederá su nombre completo la primera vez que aparezcan en el texto. No figurarán en títulos ni resúmenes. Se emplearán las de uso internacional.

- Sistema Internacional de Unidades (SI). Todos los resultados de laboratorio clínico se informarán en unidades del SI o permitidas por éste. Si se desea añadir las unidades tradicionales, éstas se escribirán entre paréntesis. Ejemplo: glicemia: 5,55 mmol/L (100mg/100 ml).

Referencias bibliográficas. Sólo incluirá las referencias citadas en el texto y se numerarán según el orden de mención en el mismo (deberán identificarse mediante arábigos en forma exponencial dentro del propio texto), siguiendo los **Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas** (*Estilo Vancouver*) elaborados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (<http://www.icmje.org>); para los títulos abreviados de las revistas se recomienda consultar el NLM Catalog: Journals referenced in the NCBI Databases (MEDLINE) o Latindex. No se destacará ningún elemento con el uso de mayúsculas ni el subrayado.

A continuación, se ofrecen ejemplos de algunos de los principales casos:

Revista. Autor/es. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista año; volumen (número): página inicial-final del artículo.

1. de Castro LE, da Cunha AJ, Fontana AP, de Castro Halfoun VL, Gomes MK. Physical disability and social participation in patients affected by leprosy after discontinuation of multidrug therapy. *Lepr Rev* 2014; 85(3):208-17.

Libro. Autor/es. Título del libro. Edición. Editorial, lugar de publicación: año. La primera edición no es necesario consignarla.

2. Sambrook J, Fritsch EF, Maniatis T. Molecular cloning. A laboratory manual. 2ª ed. Cold Spring Harbor Laboratory Press, USA: 1989.

Capítulo de libro. Autor/es. Título del capítulo. En: Título del libro. Edición. Editorial, lugar de publicación: año.

3. Bullock WE. Leprosy (Hansen's disease). En: Cecil Textbook of Medicine. 16th ed. Wyngaarden JB, Smith LH Jr, eds. Philadelphia: 1982.

Originales breves

En esta sección se considerarán los trabajos de investigación que por sus características especiales (series con número reducido de observaciones, trabajos de investigación con objetivos y resultados muy concretos, estudios epidemiológicos descriptivos, entre otros) pueden ser publicados en forma abreviada y rápida. Estos trabajos deberán tener una extensión máxima de 1.500 palabras (incluyendo los agradecimientos si los hubiera). Cada trabajo deberá estructurarse como un artículo original con los apartados descritos previamente. Se aceptará un máximo de 15 referencias bibliográficas y hasta 2 figuras y/o tablas. Deberá ir incluido resumen en castellano e inglés o francés de 200 palabras como máximo.

Revisiones

Estas pueden tener formato libre o presentar la estructura de un artículo original. Deben

contener la primera y segunda página, agradecimientos conflicto de intereses y bibliografía, como se ha detallado en las normas para un artículos originales. Los autores con un tema adecuado para una revisión pueden comunicarse con el Editor para discutir la conveniencia de la revisión propuesta.

Cartas al Editor

Tienen preferencia en esta sección la discusión de trabajos publicados en los últimos tres meses y la aportación de opiniones, observaciones o experiencias que por sus características puedan ser resumidas en un breve texto. Se incluirán trabajos que contienen casos clínicos que pueden exponerse en forma abreviada. Se aceptará un máximo de 10 referencias bibliográficas, y se admitirá una figura o una tabla. Debe incluirse una primera página conteniendo el título, autor-es, afiliaciones, dirección para correspondencia y palabras clave. No será necesario resumen. La extensión máxima será de 700 palabras sin tener en cuenta la primera página.

Casos clínicos

Según la extensión o la información aportada, podrán exponerse con la estructura de artículos originales o si por el contrario pueden exponerse de forma abreviada como cartas al Editor.

Proceso de publicación

Cada uno de los manuscritos tendrá asignado un editor que será el responsable del proceso de revisión editorial. Todos los manuscritos, así como los trabajos solicitados por encargo, serán revisados anónimamente por autores expertos e independientes. El Comité de Redacción valorará dichos comentarios y se reserva el derecho de rechazar aquellos trabajos que no juzgue apropiados, así como de proponer modificaciones cuando lo considere necesario.

Los trabajos serán publicados a medida que lo permita el espacio disponible de la revista, siguiendo un orden riguroso de antigüedad en su recepción o prioridad del contenido.

Después de publicado en *Revista de LEPROLOGÍA* podrá ser transcrito total o parcialmente en cualquier revista, siempre que se haga expresa referencia a su procedencia.

La redacción de la revista no acepta la responsabilidad de los conceptos y criterios que publica, la cual es única y exclusivamente de los autores.

Envío de manuscritos.

Los artículos se enviarán a la redacción de la Revista mediante correo electrónico a la dirección: **biblioteca@fontilles.org**

O bien a la dirección postal:

Biblioteca Médica - Fontilles.

Ctra Orba-La Vall de Laguar Km 4.

03791, Fontilles (Alicante), España.

21° CONGRESO INTERNACIONAL DE LEPROLOGÍA

India toma el testigo del último Congreso Internacional de Leprología celebrado en Manila en 2019 y así, durante los días 8-11 noviembre de este año, tendrá lugar el 21° Congreso Internacional de Leprología con sede en Hyderabad. Este evento tiene lugar cada 3-4 años en distintos lugares del mundo. Participan en la organización las asociaciones de lepra y dermatología de la India (IAL & IADVL) y la División Central para la Lepra (LCD) NLEP del gobierno de la India, bajo la supervisión de la Asociación Internacional de la Lepra (ILA). Se espera una participación presencial de entre 1000-1500 delegados y como novedad una cantidad sin limitaciones de e-delegados.

Bajo el lema *Mejores Conocimientos-Diagnóstico Precoz-Mejores Cuidados* se desarrollará un programa científico muy extenso que abarcará todos los aspectos, tanto sanitarios como sociales, de la enfermedad.

En general, los servicios sanitarios a nivel mundial han sido afectados de forma significativa por la pandemia del COVID-19 por la carga adicional del gran número de casos diagnosticados de la infección vírica y la interrupción de casi todos los servicios sanitarios, de lo que no se ha librado la lepra. Los programas nacionales de lepra fueron afectados, como evidencia la significativa reducción en la detección y registro de nuevos casos en el 2020. Esta interrupción puede representar un incremento de casos ocultos de lepra con discapacidades ya visibles tipo G2D, como también se vio afectada la búsqueda activa de nuevos contactos para ser tratados con quimioprofilaxis y así interrumpir la cadena de transmisión.

Desde luego, en el escenario mundial actual el Congreso constituye una oportunidad única para comparar y debatir los resultados de nuevas investigaciones y afrontar todos unidos los actuales desafíos para conseguir el control de esta enfermedad.

Hay que sostener los avances conseguidos hasta la aparición de la pandemia de COVID para alcanzar la meta de eliminación de la lepra propuesta para el 2030.

Pedro Torres
Editor

INCIDENCIA DE LEPRO EN EL MUNICIPIO SANTA CRUZ DEL SUR, CUBA. TREINTA AÑOS DE ESTUDIO

Rosa María Espino Delgado¹, Idania Cristina Curra Buitrago², Inalvys Olazábal Bárcaga³, Mariem Villafaña Carmenates⁴, Lidia Ester Méndez Villafaña⁵

¹Departamento de Atención Primaria de Salud. Policlínico Ernesto Che Guevara, Santa Cruz del Sur, Camagüey; Cuba.

²Departamento de Dermatología. Policlínico Ernesto Che Guevara, Santa Cruz del Sur, Camagüey; Cuba.

³Departamento de Psicología. Policlínico Ernesto Che Guevara, Santa Cruz del Sur, Camagüey; Cuba.

⁴Departamento de Enfermería. Policlínico Ernesto Che Guevara, Santa Cruz del Sur, Camagüey; Cuba.

⁵Departamento de Psicología. Policlínico Ernesto Che Guevara, Santa Cruz del Sur, Camagüey; Cuba.

(Recibido el 15/02/2022; Aceptado para su publicación: 11/03/2022)

RESUMEN

Introducción: Se realizó un estudio descriptivo con el propósito de determinar la incidencia de la lepra en el municipio Santa Cruz del Sur en un período de 30 años. El universo de estudio estuvo constituido por todos los pacientes notificados de lepra en esta etapa.

Métodos: Como fuente de información se utilizaron las historias clínicas de la consulta municipal de Dermatología y los informes anuales del Departamento Municipal de Estadísticas a partir de los cuales se obtuvieron los datos referentes a la incidencia, edad, sexo, color de piel, zona de residencia, formas clínicas, presencia de discapacidad y episodios reaccionales, e influencia psicosocial en la evolución de la enfermedad. Los datos se procesaron utilizando estadísticas descriptivas, distribución de frecuencia y tasas.

Resultados: Fueron notificados 76 pacientes con predominio del sexo masculino, mayores de 45 años, piel blanca y zona de residencia urbana. La forma clínica preponderante fue la lepra dimorfa. Un escaso número de pacientes fue diagnosticado con discapacidad y dentro de los episodios reaccionales predominó el eritema nudoso leproso. El estrés laboral y psicológico influyó de manera significativa en la evolución tórpida de la enfermedad.

Conclusiones: La tasa de incidencia permaneció estable.

PALABRAS CLAVE: Lepra, enfermedad de Hansen, incidencia

Correspondencia a: Rosa María Espino Delgado. Dirección postal: Calle G No. 27 e7 Central y Carretera, Santa Cruz del Sur, Camagüey, Cuba. CP 73200; rsmrespino@gmail.com

SUMMARY

Introduction: A descriptive study was carried out with the purpose of determining the incidence of leprosy in the Santa Cruz del Sur municipality in a period of thirty years. The study universe consisted of all the patients notified of leprosy at this stage.

Methods: As a source of information, the clinical records of the municipal Dermatology consultation and the annual reports of the Municipal Department of Statistics were used, from which the data referring to incidence, age, sex, skin color, area of residence, clinical forms, presence of disability, reactional episodes and psychosocial impact on the evolution of the disease. The data were processed using descriptive statistics, frequency distribution and rates.

Results: 76 patients with a predominance of males, older than 45 years, white skin and an urban area of residence were notified. The predominant clinical form was dimorphic leprosy. A small number of patients were diagnosed with disability and within the reactional episodes, erythema nodosum leprosum predominated. Occupational and psychological stress significantly influenced the torpid evolution of the disease.

Conclusions: The incidence rate remained stable.

KEYWORDS: Leprosy, Hansen's disease, incidence

INTRODUCCIÓN

La lepra es una infección granulomatosa crónica del hombre, que afecta los tejidos superficiales, especialmente la piel y los nervios periféricos. El agente causal es *Mycobacterium leprae*. Su espectro clínico es amplio y refleja la eficacia de las diversas funciones de la inmunidad celular.¹

Aunque el índice de prevalencia de esta enfermedad ha disminuido a lo largo de los últimos 15 años, todavía sigue siendo una de las causas más frecuentes de neuropatía tratable en el mundo.

Es una enfermedad de desigual distribución mundial y representa un problema de salud de índole universal, según cálculos de la Organización Panamericana de la Salud, la prevalencia estimada a principios del presente siglo era de 2,4 millones de casos para una tasa de 5,0 x 10 000 habitantes en zonas rurales de regiones tropicales y subtropicales, donde las condiciones socioeconómicas desfavorables pueden ser más decisivas que el mismo clima. La lepra existe actualmente en más de 100 países. La mayoría que eran anteriormente altamente endémicos han alcanzado el objetivo de eliminación; solo en Brasil, Nepal y Timor Oriental persisten tasas de incidencia por encima de 1 por 10 000 habitantes.^{2,3}

Al parecer fue traída a la América por la invasión colonizadora europea; hay varias versiones sobre su desenvolvimiento en Cuba; una de ellas la ubica diseminada inicialmente en el territorio camagüeyano; otros asentamientos importantes fueron reconocidos en la Habana, en Santiago de Cuba y en Guantánamo. En nuestro país la prevalencia de la lepra descendió grandemente desde 1962 y en 1993 se declaró eliminada como problema de salud pública al alcanzar <1/10 000 habitantes, pero la incidencia se mantiene alrededor de 250 casos/año.⁴

Desde el año 2013 hasta el 2019 la tasa de prevalencia en el país se ha mantenido de 0,2 por cada 10 000 habitantes.⁵

La Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó en 2016 su estrategia mundial para la

lepra 2016-2020: “acelerar la acción hacia un mundo sin lepra”, destinada a fortalecer los esfuerzos por controlar la enfermedad que tiene por objeto su detección temprana y el tratamiento oportuno con el fin de evitar la discapacidad y disminuir la transmisión de la infección en la comunidad.²

Si bien la magnitud de esta afección es moderada y la morbilidad es baja, en comparación con la de 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 regular y completo. Según la OMS, desde 1985 más de 14 millones de personas fueron tratadas y curadas en el mundo. De esta manera, el acceso a la información, el diagnóstico y el tratamiento multimedicamentoso, siguen siendo elementos estratégicos claves para eliminar la enfermedad como problema de salud pública.⁶

La lepra sigue apareciendo como una enfermedad endémica que, debido al potencial incapacitante, debe garantizar una atención especializada. El análisis del perfil epidemiológico se convierte en estrategia importante para el seguimiento de indicadores, evaluación y organización de los servicios, con el fin de orientar a los administradores y profesionales de la salud.⁷ El diagnóstico temprano y el tratamiento con Poliquimioterapia (PQT) continúan siendo la estrategia principal para reducir el peso de la lepra en el mundo. La prevención es uno de los objetivos principales de los programas de control que mide la oportunidad en el diagnóstico.^{8,9}

La enfermedad tiene un período de incubación muy prolongado que puede durar de tres a cinco años y llegar en algunos pacientes hasta 20 años, tiene además una característica: la alta afinidad que tiene el bacilo por los nervios periféricos y troncos nerviosos superficiales, lo que constituye la causa fundamental por la que la enfermedad posee carácter mutilante, y es la que provoca la aparición de las discapacidades. El tratamiento PQT establecido por la OMS y admitido por casi todos los países, se considera muy efectivo.¹⁰

Actualmente en el mundo viven entre uno y dos millones de personas con discapacidades permanentes a causa de esta patología. Éstas afectan, fundamentalmente, el sistema nervioso periférico en sus ramas más distales: los trastornos anestésicos, las parálisis motoras y los trastornos tróficos, provocan en ojos, manos y pies un sinnúmero de manifestaciones clínicas y discapacidades.¹⁰

El estrecho contacto intradomiciliario favorece la aparición de formas familiares de la enfermedad de Hansen, muy importante en la expresión epidemiológica de esta afección. Se hace necesario un trabajo continuo y sistemático de vigilancia para mantener las técnicas de diagnóstico, tratamiento, prevención de discapacidades 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.¹¹

La lepra en la provincia Camagüey durante el año 2019 alcanzó una tasa de incidencia de 3,0 y una prevalencia de 0,4 por 10 000 habitantes,⁵ siendo esta la tercera provincia del país en aportar el mayor número de pacientes, razón por la cual nos sentimos motivados a realizar la investigación.

Como objetivo general se propuso determinar la incidencia de la lepra en el municipio Santa

Cruz del Sur en un período de 30 años. Como objetivos específicos se formularon comprobar la incidencia de la Lepra según el número de casos notificados y la tasa x 100 000 habitantes; distribuir la muestra según variables demográficas como edad, sexo, color de piel y zona de residencia; determinar las formas clínicas de acuerdo a la clasificación de Madrid y la clasificación sanitaria; identificar la presencia de discapacidades; valorar el comportamiento de los casos según la ocurrencia de episodios reaccionales y evaluar la repercusión psicosocial en la evolución de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo observacional para determinar la incidencia de Lepra en el municipio Santa Cruz del Sur en el período comprendido desde enero de 1990 hasta diciembre de 2020. El universo de estudio estuvo constituido por los 76 casos notificados de Lepra en este período.

Se utilizaron como fuentes de información las historias clínicas de la consulta municipal de Dermatología y los informes anuales del departamento municipal de estadísticas de Santa Cruz del Sur. Para facilitar la recogida de información se diseñó un formulario (Anexo 1) con las siguientes variables: fecha de notificación, edad, sexo, color de piel, zona de residencia, formas clínicas, presencia de discapacidades, ocurrencia de episodios reaccionales y entrevista psicosocial semiestructurada para evaluar la repercusión de esta esfera en los casos de evolución tórpida. La investigación fue aprobada por el Consejo Científico y el Comité de Ética de las Investigaciones del Policlínico Ernesto Che Guevara.

La incidencia se refiere al número de casos nuevos detectados por búsqueda activa en el período de estudio y se calculó la tasa por 100 000 habitantes. Los pacientes se agruparon según clasificación de Madrid y también se utilizó la clasificación sanitaria.

RESULTADOS

La tasa de incidencia durante este periodo ha permanecido estable, con un índice promedio de 0,4 x100 000 habitantes (Figura 1). La etapa con mayor notificación de casos fue de 2000-2005 y el índice de prevalencia se mantiene por debajo de la meta de eliminación de 1 x 10 000 durante todos estos años.

Actualmente la lepra es una enfermedad eminentemente tratable con excelentes resultados, sobre todo cuando el diagnóstico es precoz y el tratamiento adecuado. En Cuba existe un Programa para el Control de la Lepra desde 1962, el cual se mantiene vigente, aunque se ha actualizado la terapéutica de acuerdo con los resultados de estudios más recientes.

En relación con el sexo se constató un predominio del sexo masculino con un 57% (Figura 2). Se plantea que la relación hombre/mujer durante la infancia es 1:1, mientras que en los adultos es 2:1.¹

De acuerdo con los grupos de edades se comprobó que los más afectados fueron los de 45-59 años seguidos del grupo de 60 y más. La categoría de menores de 15 años mostró una inci-

dencia muy baja (Figura 3). La lepra se puede presentar a cualquier edad, aunque es muy rara en menores de un año. El pico de incidencia de esta entidad en la infancia en muchos países subdesarrollados se presenta en menores de 10 años (más del 20% de los casos).¹ En Cuba alrededor del 3 % de los casos que se diagnostican en el año son menores de 15 años. El Hospital Pediátrico Docente Juan Manuel Márquez, en La Habana, funciona como Centro de Referencia Nacional para el diagnóstico de lepra infantil y recibe a niños remitidos por los dermatólogos de las áreas de Salud cuando estos sospechan la enfermedad.

En cuanto a la distribución según color de la piel se constató el predominio de la piel blanca con un 74% de los casos y muy baja incidencia de la raza negra con un 2%. En relación a la procedencia de los casos se comprobó el predominio del área de salud urbana con respecto a la rural con un 61,8% (Figuras 4 y 5).

Respecto a la distribución por formas clínicas según la Clasificación Sanitaria se confirmó que fueron más frecuentes las formas clínicas multibacilares (78,9%). Este hecho podría explicarse porque algunos autores plantean que una proporción creciente de los nuevos casos va asociada a un largo periodo de incubación.

Según la Clasificación de Madrid el mayor número de casos notificados correspondió a la forma clínica Lepra Dimorfa con 38 casos seguido de la Lepra Lepromatosa con 22 enfermos (Tabla 1). No se reportaron casos de Lepra Indeterminada, forma clínica de comienzo de la enfermedad, lo que demuestra que aún existen dificultades en la pesquisa activa y seguimiento de contactos de primer y segundo orden, así como extradomiciliarios y la población de riesgo.

En nuestra investigación la mayor parte de los pacientes no presentaron discapacidades. (Figura 6) Los episodios reaccionales aparecieron en 11 pacientes, lo que representa un 14% del total. De ellos el más frecuente fue el eritema nudoso leproso, que apareció con mayor incidencia en el sexo masculino (Tabla 2).

La evolución tórpida de la enfermedad se manifestó en un 10,5% de los casos, estando asociada a la repercusión psicosocial de esta entidad (Tabla 3). Los pacientes manifestaron rechazo social por la situación de contagio, se identificó discriminación en el ámbito laboral y comunitario, además de problemas asociados a la baja autoestima que manifiestan los enfermos donde los síntomas predominantes son las manifestaciones ansiosas depresivas, en algunos casos son más significativos los trastornos del sueño. Al inicio del diagnóstico desarrollan trastornos adaptativos dado el impacto personal y familiar que tiene la enfermedad. A nivel familiar se manejan conflictos intrafamiliares con repercusión en las relaciones interpersonales.

DISCUSIÓN

Según consideraciones de la OMS hemos asistido a un progreso considerable en el control de la lepra desde que la poliquimioterapia antileprosa se introdujo hace más de tres decenios. Un fuerte compromiso político, estrategias sólidas y alianzas robustas han contribuido a reducir de modo significativo la carga de lepra.²

En Cuba en 2019 la tasa de detección de nuevos casos fue de 0,7 por 100 000 habitantes, siendo nuestra provincia una de las de mayor incidencia y prevalencia en el país. La prevalencia a nivel

nacional en el período de 2000-2019 se ha mantenido estable con tendencia a la disminución en los últimos siete años. En nuestro municipio, durante los últimos treinta años, también la tasa de incidencia ha mantenido estabilidad. El sistema de información estadística de salud cubano posee cobertura nacional y utiliza para la medición de los eventos en salud: el registro continuo, el censo, las encuestas, aplicaciones del muestreo y sitios centinela.⁵

El objetivo del control de la Lepra es reducir la carga de la enfermedad. La estrategia de reducción para alcanzar la meta de eliminación se basa, esencialmente, en el aumento de la detección precoz y en la cura de los casos diagnosticados.⁷

En los últimos años se han producido avances notables en el control y eliminación de la lepra en todo el mundo. En los países con baja prevalencia, como Cuba, la lucha se desarrolla en diversos frentes: el científico, el tecnológico, el asistencial y el social. La búsqueda de la fuente de infección y de posibles casos secundarios es primordial para la detección temprana y con ello evitar la aparición de discapacidad.

Cada último domingo de enero se conmemora el Día Mundial de Lucha Contra la Lepra. En Cuba las personas afectadas por la enfermedad tienen la garantía de su tratamiento gratuito, y de su seguimiento en la atención primaria de salud, así como la vigilancia y control de sus contactos, como parte de las estrategias del Programa Nacional de Lepra para interrumpir la transmisión de la enfermedad.^{11,15}

Nuestro país está inmerso en el cumplimiento de la estrategia mundial de Lepra 2016-2020, que propone alcanzar las siguientes metas:

- Existencia de leyes que no permitan la discriminación por causa de la lepra.
- Tasa de menos de un caso por millón de habitantes en pacientes recién diagnosticados con lepra que presentan deformidades visibles
- Cero niños diagnosticados de lepra con deformidades visibles.¹⁶

Según la bibliografía revisada, la lepra se presenta en hombres y mujeres independientemente del sexo; sin embargo, en este estudio predominó el sexo masculino, lo que coincide con la mayoría de los estudios realizados en nuestro país. El resultado anterior reafirma los hallazgos en Latinoamérica, donde la prevalencia de la lepra es de cerca de 1,8/1,0 en hombres y mujeres, respectivamente, al igual que en la mayoría de las regiones del mundo, con excepción de algunas zonas de África donde la mujer llega a ser la más afectada.³

Autores notifican la posibilidad de mayores riesgos de aparición de discapacidades entre los hombres, debido a la asociación entre el hombre y las formas de presentación tardía de la lepra. El sexo masculino está más sujeto a adquirir la enfermedad, hecho que está relacionado con la exposición a mayores cargas del bacilo y menor procura de los servicios de salud.⁷

En cuanto a la edad, la presencia de la enfermedad en menores de 15 años es utilizada como indicador del grado de transmisibilidad y también existe relación entre la proporción de casos en menores de 15 años y la gravedad de la endemia en una localidad. La precocidad en contraer la lepra indica exposición prematura al bacilo y presencia de casos bacilíferos en la población, sugiriendo alto poder de transmisibilidad de esta dolencia.⁷

En nuestra investigación existe una mayor incidencia en adultos que en niños, predominando en la etapa en la que el individuo se encuentra en plena actividad laboral y social. Autores creen se deba a la amplia cobertura con la vacuna BCG a todos los niños recién nacidos y a la interrupción de las fuentes de infección por la terapia multidroga utilizada en el país desde 1986.⁴

En Cuba, se ha hecho gran énfasis en la búsqueda de los posibles casos de lepra por parte del médico de familia, que es el personal técnico mejor calificado. El estrecho contacto intradomiciliario favorece la aparición de formas familiares de la enfermedad de Hansen, muy importante en la expresión epidemiológica de esta afección. Se hace necesario un trabajo continuo y sistemático de vigilancia para mantener las técnicas de diagnóstico, tratamiento, prevención de discapacidades 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.^{9,11}

Se ha comprobado que menos de 10% de los infectados con *Mycobacterium leprae* padecen lepra. Incluso entre los afectados, su cuadro clínico puede diferir de un paciente a otro; desde la forma tuberculoide a la lepromatosa, esta última la más grave. Esto se ha explicado por interacciones complejas entre factores genéticos predisponentes y una variedad de eventos ambientales que provocan, aceleran o exacerban el desarrollo de la enfermedad.^{17,18}

Las formas multibacilares son las más frecuentes, pues los pacientes acuden tardíamente a la consulta al no existir percepción de riesgo. Según se ha notificado, de 30 a 50 % de los pacientes presentan una reacción humoral, mediada por los complejos inmunes en pacientes que poseen la forma multibacilar.³

En la investigación predominaron las formas multibacilares por lo que el trabajo del equipo básico de salud debe ir encaminado a la pesquisa activa de la enfermedad a través del examen dermato-neurológico a toda la población teniendo en cuenta que la lepra no tiene prevención primaria, solo en la medida que logremos realizar un diagnóstico suficientemente temprano e imponer tratamiento se logrará interrumpir la cadena de transmisión y disminuir su incidencia, así como las discapacidades que pueden ocasionar a los pacientes las formas graves de esta afección.

Las formas multibacilares tienen un período de incubación más largo, son más infecciosas y de mayor probabilidad de diseminación de la enfermedad, principalmente cuando se acompaña de demora en la detección de casos y mayor tiempo de diseminación del bacilo en la comunidad.⁹

Es fundamental evaluar el grado de incapacidad física en el momento del diagnóstico pues su presencia está relacionada con el tiempo de evolución de la enfermedad sugiriendo, por tanto, diagnóstico tardío y medidas ineficaces ante la lepra. Consecuentemente, altos grados de incapacidad favorecen el mantenimiento de las fuentes de infección del bacilo de Hansen. La proporción del grado de incapacidad entre los casos nuevos informa el nivel de concientización de la comunidad y la capacidad de los sistemas de salud para detectar nuevos casos precozmente antes de desarrollar deficiencias.⁷

Es importante prestar atención, también, a los casos del grado I, para tener una mejor idea de la prevalencia oculta y para que un mayor número de pacientes pueda recibir tratamiento oportuno y resolver su aún incipiente discapacidad. Este es un indicador muy relevante, dado que la prevención es uno de los objetivos principales de los programas de control de lepra, que mide la oportunidad en el diagnóstico.⁹

El tiempo transcurrido entre la aparición de los primeros síntomas y el diagnóstico constituye el factor pronóstico clave de la presencia de discapacidades al momento del diagnóstico de lepra. Se ha observado que mientras mayor es el retraso en el diagnóstico, mayor proporción de pacientes son diagnosticados con discapacidad (grados I o II). Como la discapacidad y deformidad ocurren tarde en la enfermedad, la proporción de nuevos casos con discapacidad brinda una indicación gruesa de que tan temprano acuden en promedio los casos para diagnóstico.⁹

Si bien en las dos últimas décadas unos 14 millones de personas han superado el mal de Hansen gracias a la PQT, muchas de ellas necesitarán tratamiento de por vida debido a problemas con las discapacidades causadas por la enfermedad.¹⁰

Las discapacidades provocadas por la lepra afectan, fundamentalmente, el sistema nervioso periférico. La anestesia, los traumatismos, el déficit vascular y las infecciones oportunistas que se acompañan de reabsorción de partes blandas y acroosteólisis de falanges terminales y mutilaciones son importantes factores de este padecimiento. Los restos ungueales resultan ser los últimos en desaparecer.²⁰

En cuanto a los estados reaccionales son una modalidad clínica que se presenta como episodios agudos intercalados en la evolución crónica de la enfermedad, tal es el caso en que la reacción resulta una manifestación inicial del proceso infeccioso hasta entonces inaparente.⁵ Esos episodios, que pueden aparecer antes o en el momento del diagnóstico, así como durante o después de finalizar el tratamiento, se caracterizan por sus manifestaciones clínicas agudas o subagudas y por ser locales o generales, siendo comunes en las edades media y avanzada de la vida.¹³

La lepra reaccional se clasifica en dos grupos según la respuesta inmunológica involucrada: la reacción de tipo I: mediada por inmunidad celular y la reacción de tipo II: mediada por inmunidad humoral. Las reacciones de tipo I son episodios inflamatorios agudos que se clasifican en: a) de ascenso de grado (up-grading) y b) de descenso de grado (down-grading). Igualmente, las reacciones de tipo II se producen por alteración de la inmunidad humoral y constituyen un típico ejemplo de enfermedad por inmunocomplejos de tipo III de Gell y Combs. Estas se observan en pacientes incluidos en las clasificaciones multibacilar lepromatosa y, raramente, dimorfa lepromatosa, sobre todo durante el primer año de tratamiento o sin este, y se conocen como eritema nudoso leproso, que es clasificado como leve o grave en dependencia de la aparición de síntomas generales o no.¹³

Fitzpatrick¹⁴ confirma que las formas clínicas inestables son las que producen reacciones con mayor frecuencia.

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.¹²

La identidad social se refiere a la calificación que otros le dan a la persona enferma de acuerdo con la información que se dispone sobre ella. Un factor destacado en el cambio de identidad, que probablemente experimentará el enfermo de lepra, es que aquella distará mucho de la realidad. El concepto que se formará de sí mismo o de la manera en que la sociedad lo considerará no se basa en una verdad conocida. Se habla del “estigma” unido a la lepra, y el término se emplea para expresar las razones inexplicables por las cuales el enfermo se aparta y es apartado por la sociedad, y llega incluso a detestarse a sí mismo.²¹

El aspecto repulsivo y muy visible del enfermo, junto con la misteriosa aparición y avance al parecer incontrolable de la enfermedad, provocan en él una reacción psicológica de pérdida de amor propio. No sabe cómo considerarse, ni cómo lo considerarán los demás. En general, el diagnóstico de cualquier enfermedad intensifica la sensación de culpabilidad de errores cometidos, reales o supuestos y, como castigo, el paciente da rienda suelta a su imaginación. Esa sensación de culpa puede eliminarse generalmente con una explicación racional de la enfermedad y una mejoría visible obtenida con el tratamiento.²²

El paciente y su familia deben ser orientados en cuanto a la importancia de la adhesión al tratamiento y la asistencia a los servicios de salud para el diagnóstico precoz, lo que implica el conocimiento de los signos y síntomas de la enfermedad.

El diagnóstico temprano, realizado en el primer año de la aparición de los síntomas iniciales de la enfermedad, reviste la mayor importancia y evita las discapacidades. Pero cuando su diagnóstico es tardío, deja grandes mutilaciones, afección de vísceras, y el paciente queda con graves secuelas.

Realmente la lepra tiene la capacidad de simular a diversas dermatosis, confundiendo a los médicos cuando no la tienen presente como un posible diagnóstico diferencial y cuando el examen clínico es realizado de forma superficial.¹¹

El hecho de que exista un programa de control para eliminar la lepra como problema de salud, facilita que con la búsqueda activa de los casos se diagnostiquen muchos pacientes con formas multibacilares, pues su clínica es más evidente, más florida y, por consiguiente, los pacientes acuden con mayor frecuencia a las consultas; sin embargo, la forma paucibacilar a veces pasa inadvertida y al paciente no le llama la atención acudir a consulta, a no ser que sea uno de los contactos de un enfermo de lepra, que entonces sí debe ser chequeado obligatoriamente por el facultativo que atiende al caso índice.⁶

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. También es importante aplicar programas de entrenamiento a los profesionales de salud diseñados según necesidades de aprendizaje por el valor que tiene la labor educativa en las enfermedades transmisibles.

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que colaboraron con la realización de la investigación en especial al Departamento de Dermatología.

CONFLICTO DE INTERESES

Se declara que no existen conflictos de intereses entre las partes.

REFERENCIAS

1. Padrón Velázquez L.M. *et.al.* Lepra (enfermedad de Hansen). En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. V. V. La Habana: Ciencias Médicas; 2014.p.1852-57.
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, Oficina Regional para el Sudeste Asiático [en línea] 2017. [Citado el 25 de junio de 2020]. Disponible en: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254907/9789290225-874-sp.pdf;jsessionid=16FA238D468E873E956B38D424C507B4?sequence=11>>
3. Tablada Robinet M, Marrero Rodríguez H, López Pupo N, Mulén Tablada D, Pérez González O. Aspectos clínicos y epidemiológicos en pacientes timorenses con enfermedad de Hansen. MEDISAN [en línea] 2019; 23(1):89-99. [Citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <<http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1706>>
4. Quevedo Lorenzo I, Yáñez Crombet A, Delgado Gutiérrez O, Domínguez Núñez C, Bejar Viltres H. Algunos aspectos clínicos-epidemiológicos de la enfermedad de Hansen en el municipio Yara. Granma. 2013-2017. MULTIMED [en línea] 2019; 23(1):11-21. [Citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <<http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1095>>
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de Salud. Incidencia y prevalencia de lepra según provincias. [en línea]. La Habana: MINSAP; 2019 [Citado el 22 de marzo de 2021]. Disponible en: <<https://files.sld.cu/bvscuba/files/2021/08/Anuario-Estadistico-Espa%c3%b1ol-2020-Definitivo.pdf>>
6. Valiente Hernández Y, Hernández Moya M. Costos directos e indirectos del diagnóstico y tratamiento de pacientes con lepra. MEDISAN [en línea] 2016; 20(3):295-301. [Citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <<http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/721>>
7. Soares Gomes AV. Perfil epidemiológico de la lepra en un municipio hiperendémico en el noreste de Brasil. Rev Cubana Enferm [en línea]. 2017; 33(1). [Citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/899>>
8. Baquero Suárez JM, Gámez Sánchez D, Dueñas Moreira O. Diagnóstico de lepra en una comunidad ecuatoriana. Rev cuba med gen integr [en línea] 2019; 35(3). [Citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <<http://www.revmgisld.cu/index.php/mgi/article/view/528>>

9. Cabrales León MO, Oliva Hernández M, Leyva León AI, Pérez Ojeda MD. Diagnóstico tardío de la lepra en pacientes de la provincia Las Tunas, un estudio de quince años. *Rev. electron. Zoilo* [en línea] 2019; 44 (3). [Citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <<http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1703>>
10. Obregón Valdivia P, Pérez Jiménez A, Sotolongo Díaz D, de la Fuente Rodríguez H, Navarro Pérez I. La Lepra y sus discapacidades. *MediCiego* [en línea] 2015; 21(2):84-91. [Citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <<http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/422>>
11. Álvarez Yabor VD, Peña Pérez OR, Brígida A. Afectación familiar de la enfermedad de Hansen. *Rev. electron. Zoilo* [en línea] 2014; 39(10). [Citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <<http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/148/263>>
12. Díaz Almeida JG. Lepra. En: Manzur Katrib J, Díaz Almeida JG, Cortés Hernández M. *Dermatología*. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002. p. 200-12.
13. Abreu Guillén Gd, Escalona Veloz R. Caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes con estados reaccionales de la lepra. *MEDISAN* [en línea] 2015; 19(7):849-857. [Citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <<http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/82>>
14. Fitzpatrick T. *Dermatología en medicina general*. 8 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 2445-55.
15. Lepra en Cuba y tres verdades a conocer. Sitio web oficial Ministerio de salud pública de Cuba. [Publicado el 25 de enero de 2020]. [Citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <<https://salud.msp.gov.cu/lepra-en-cuba-y-tres-verdades-a-conocer/>>
16. OPS/OMS Cuba en campaña por el Día Mundial de lucha contra la Lepra. [Publicado el 29 de enero de 2019]. [Citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <<https://www.paho.org/es/noticias/29-1-2019-cuba-campana-por-dia-mundial-lucha-contra-lepra>>
17. Morales Peralta E, Hernández Pérez Y, Peñalver Morales K, Lamas Torres Y, Rumbaut Castillo R, Collazo Mesa T. Asociación de los polimorfismos T352C y A16974C con la lepra lepromatosa en pacientes cubanos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* [en línea] 2017; 16(5):700-710. [Citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2033>>
18. Nussbaum RL, McInnes RR, Willar D. *Genética en Medicina*. 8va ed. Philadelphia: Editorial Elsevier; 2016, p. 369-382
19. Beldarraín Chaple E. Historical Overview of Leprosy Control in Cuba. *MEDICC Rev.* 2017; 19(1):23-30.
20. Human Huisa G, Coronados Valladares Y. Paciente con discapacidad por lepra con reabsorción ósea. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación* [en línea] 2020; 12 (3):1-4. [Citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <<http://www.revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/506>>

21. Ryrie GA. The psychology of leprosy. *Lepr Rev.* 2018; 19:119-120.

22. Schofield FD. Some relations between social isolation and specific communicable diseases. *Am J Trop Med Hyg.* 2020; 19:167-169.

ANEXOS

FIGURAS

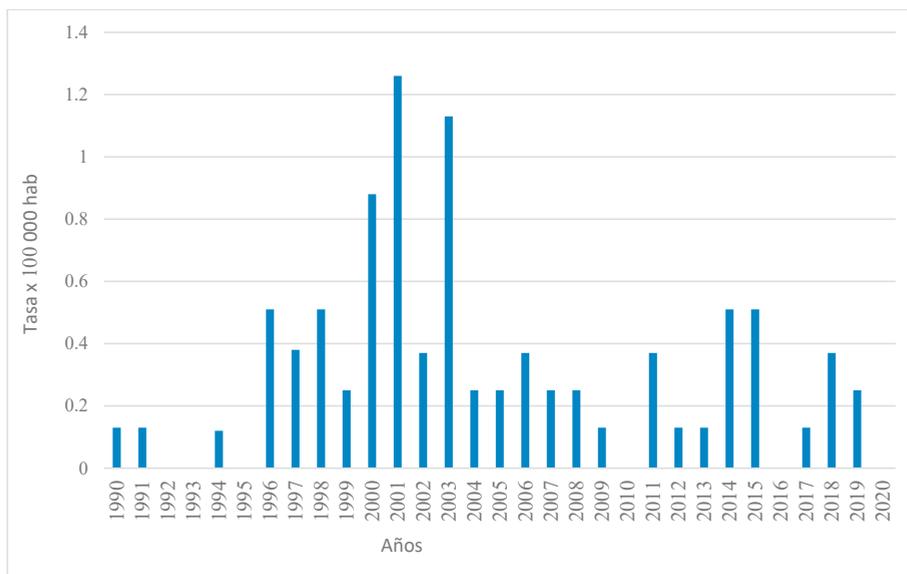


Figura 1. Incidencia de Lepra en municipio Santa Cruz del Sur, Cuba. Treinta años de estudio. Comportamiento según número de casos y tasa x 100 000 habitantes

Fuente: Informes anuales

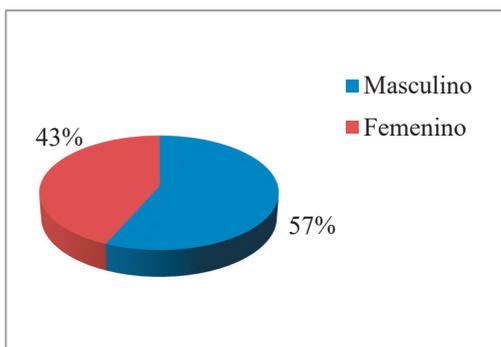


Figura 2. Distribución por sexo

Fuente: Historias clínicas

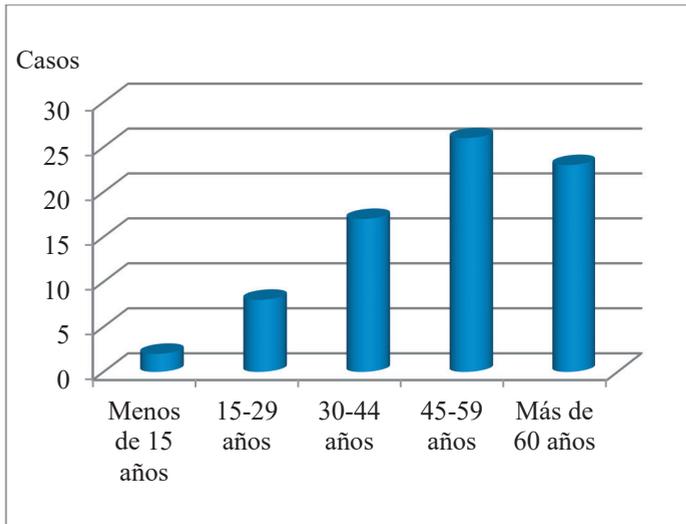


Figura 3. Distribución por grupos de edades

Fuente: Historias clínicas

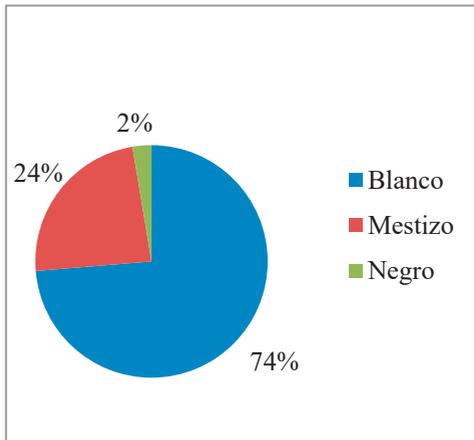


Figura 4. Distribución por color de piel

Fuente: Historias clínicas

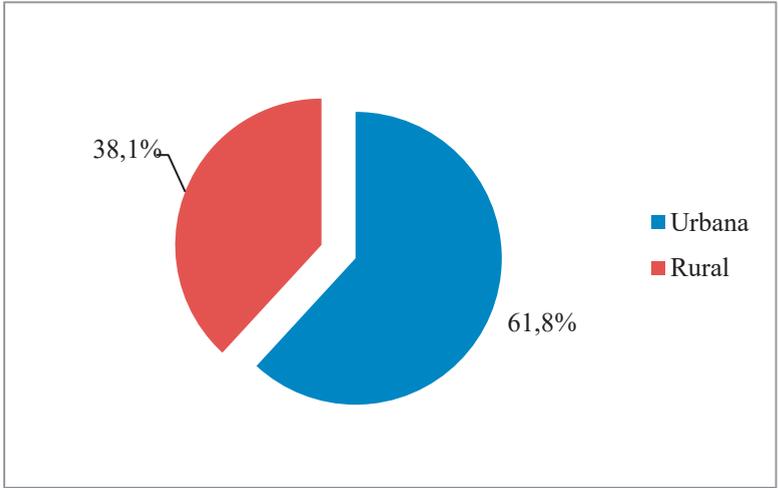


Figura 5. Distribución según zona de residencia

Fuente: Historias clínicas

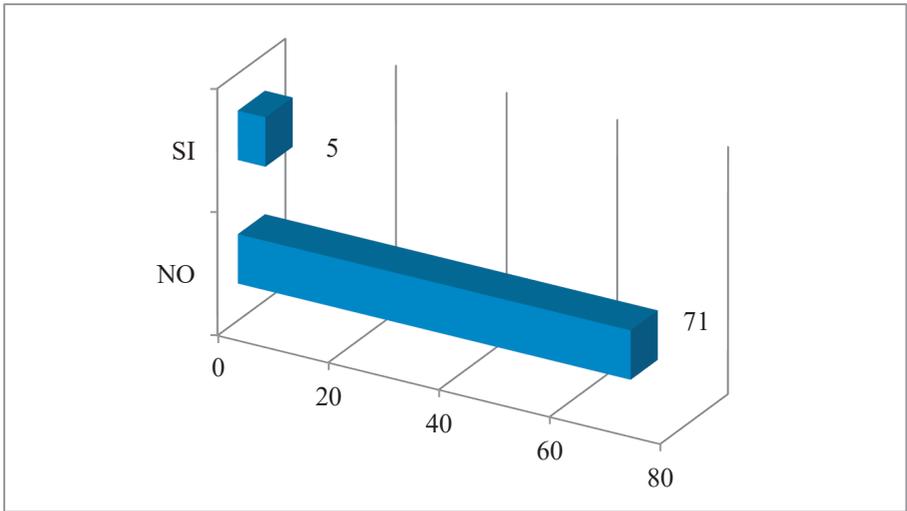


Figura 6. Distribución según presencia de discapacidades

Fuente: Historias clínicas

TABLAS

Tabla 1. Incidencia de lepra según clasificación de Madrid y clasificación sanitaria

| Formas clínicas | Número de casos | % |
|-------------------------|------------------------|-------------|
| Multibacilares | | |
| Lepra lepromatosa | 22 | 28,9 |
| Lepra Dimorfa | 38 | 50 |
| Lepra Indeterminada (+) | - | - |
| Subtotal | 60 | 78,9 |
| Paucibacilares | | |
| Lepra Tuberculoide | 6 | 7,8 |
| Lepra Indeterminada (-) | 10 | 13,1 |
| Subtotal | 16 | 21 |
| Total | 76 | 100 |

Fuente: Historias clínicas. Leyenda: (+) Baciloscopia positiva, (-) Baciloscopia negativa

Tabla 2. Distribución según la ocurrencia de episodios reaccionales

| Tipo de episodio | Casos por sexo | | Total | % |
|-------------------------|-----------------------|------------------|--------------|------------|
| | Femenino | Masculino | | |
| Eritema nudoso leproso | 1 | 9 | 10 | 90,9 |
| Reacción de reversión | 1 | 0 | 1 | 9 |
| Total | 2 | 9 | 11 | 100 |

Fuente: Historias clínicas

Tabla 3. Distribución según repercusión psicosocial asociada a la evolución tórpida de la enfermedad

| Crisis familiares paranormativas | Alteraciones psicológicas | Nº | % |
|---|----------------------------------|-----------|------------|
| Desmembramiento | Trastorno adaptativo | 3 | 37,5 |
| Problemas de salud | Estrés laboral y psicológico | 4 | 50 |
| Desmoralización | Trauma psíquico, fobias | 1 | 12,5 |
| Total | | 8 | 100 |

Fuente: Entrevista psicosocial

DENGUE COMO ENFERMEDAD ASOCIADA CAUSANTE DE DEBUT DE LEPRO EN ESTADO REACCIONAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Yenisey Gleidis Mir García*, Beatriz Mantecón Fernández**, Nieves Atrio Mouriño***, Mailin Manso Cabrera****, Yanara Nélica Peláez Guerra*****, Surama Grimón González*****

*Especialista primer y segundo grado en Dermatología. Especialista de primer y segundo grado en Medicina General Integral, Máster en Enfermedades Infecciosas. Máster en Educación Médica. Profesor Auxiliar.

Investigador agregado. Hospital Provincial Manuel Ascunce Domenech. Camagüey. Cuba

**Especialista de Primer y Segundo grado en Dermatología, Máster en Infectología y Medicina tropical. Profesora Auxiliar. Hospital Manuel Ascunce Domenech. Camagüey. Cuba

***Dra. C. Médicas, Especialista de segundo grado en Dermatología. Profesora Consultante. Máster en Enfermedades Infecciosas. Máster en Enfermedades Infecciosas. Investigador agregado.

****Especialista de Primer grado en Dermatología, Máster en Infectología y Medicina tropical. Profesora Auxiliar. Hospital Manuel Ascunce Domenech. Camagüey. Cuba

*****Especialista primer grado en Medicina Interna. Especialista de primer grado en Administración en Salud. Máster en Humanidades médicas. Profesor Instructor. Directora de Hospital Provincial Manuel Ascunce Domenech. Camagüey. Cuba

*****Licenciada en Enfermería. Especialista de primer grado en Enfermería intensiva y emergencia. Máster en Urgencias Médicas.

(Recibido el 28/06/2021; Aceptado para su publicación: 06/04/2022)

RESUMEN

La lepra es una enfermedad de desarrollo lento, que puede presentar episodios agudos que se conocen como estados reaccionales o reacciones leprosas y obligan al paciente a buscar atención médica. Se presenta una paciente femenina, de 34 años de edad, que presentaba malestar general, con fiebre de 38 y 39°C, dolores articulares intensos, cefalea y lesiones en el cuerpo que describe como ronchas, en cuello, tórax y brazos, además con inflamación en cara, manos y pie e imposibilidad para la deambulaci3n por el intenso dolor articular y muscular. Al examen dermatol3gico se constata cuadro cut3neo generalizado, polimorfo, constituido por placas eritematosas, infiltradas, de tama1os variables que confluyen para formar grandes placas de bordes bien definidos en n1mero mayor a una veintena y di3metros que oscilan entre 3 a 6 cm, algunas con centro de piel normal, que se distribuyen respetando palma de las manos y planta de los pies. Se observa adem3s infiltraci3n de los pabellones auriculares y manos y pies con edemas. El diagn3stico final fue debut de Lepra Borderline lepromatosa en estado reaccional provocado por Dengue. Se concluye que, en cuanto a las enfermedades infecciosas, se considera que el da1o en la inmunidad de los afectados por lepra, sobre todo durante el curso de los estados reaccionales, posee un papel importante pues los hace m3s susceptibles a adquirirlas. Parad3jicamente estas entidades son las causantes de los estados reaccionales en muchos de los casos, al generar un c3rculo vicioso que dificulta establecer la relaci3n directa entre ellas.

PALABRAS CLAVE: lepra, dengue, factores predisponentes

SUMMARY

Leprosy is a slowly developing disease, which can present acute episodes known as reactional states or leprosy reactions that require the patient to seek medical attention. A 34-year-old female patient, with general malaise, consisting of fever of 38 and 39°C, intense joint pain, headache and body injuries described as hives on neck, chest and arms, also inflammation on face, hands and feet and inability to walk due to intense joint and muscle pain comes for medical attention. The dermatological examination revealed a generalized, polymorphous skin picture, consisting of erythematous, infiltrated plaques of variable sizes that converge to form large plaques with well-defined edges over 20 twenty in number and diameters ranging from 3 to 6 cm, some with a central area of normal skin, distributed over the body respecting the palms of the hands and the soles of the feet. There is also infiltration of the ears and hands and feet with edema. The final diagnosis was the debut of lepromatous Borderline Leprosy in reactionary state caused by Dengue. It is concluded that with regard to infectious diseases, the defect of the immunological system of those affected by leprosy, especially during the course of reactional states, plays an important role since it makes them more susceptible to other infections. Paradoxically, these entities are the cause of reactional states in many cases, by generating a vicious circle that makes it difficult to establish a direct relationship between them.

KEYWORDS: leprosy, dengue, causality

INTRODUCCIÓN

La lepra es una enfermedad de desarrollo lento, que puede presentar episodios agudos que se conocen con el nombre de estados reaccionales o reacciones leprosas y obligan al paciente a buscar atención médica.^{1,2} El diagnóstico temprano de la lepra y sus reacciones es clave para evitar la aparición de discapacidades y deformidades.^{3,4}

Actualmente, en pleno siglo XXI, la lepra continúa siendo motivo de rechazo y repulsión en Cuba, como consecuencia de la marcada estigmatización que siempre ha presentado. Las estrategias mundiales contra la lepra se centraron inicialmente en la eliminación de la lepra como problema de salud pública. Esto se logró a nivel mundial en 2000. Las estrategias subsiguientes de cinco años se centraron en reducir aún más la carga de morbilidad mediante la detección temprana y tratamiento oportuno en el contexto sostenible de servicios integrados. Para 2015, la meta de eliminación como problema de salud pública se había logrado en casi todos los países, al menos a nivel nacional. Pero la muy leve tendencia a la baja en el caso nuevo y los números mostraban las limitaciones de una estrategia que dependía únicamente de la búsqueda de casos y el tratamiento con poliquimioterapia. Las estrategias sucesivas tuvieron algún impacto (aunque limitado) en la reducción de los efectos físicos, mentales, sociales y económicos.⁵

En el año 1993, de acuerdo con los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se logra eliminar la lepra como problema de salud pública en Cuba, al alcanzar la cifra de menos de 1 por 10 mil habitantes,⁶ lo cual significó un gran logro para Cuba. Cuba cumple con este propósito desde el año 1993, y en Camagüey desde el 2003, por lo que se puede plantear que el país se encuentra en etapa de post eliminación de la enfermedad.

Actualmente está vigente la nueva Estrategia Mundial de Lepra 2021-2030.⁷ Esta estrategia global contra la lepra describe tres pilares generales para garantizar un mundo con cero enfermedades, cero transmisiones, cero discapacidades y cero estigmas relacionados con la lepra. Estos pilares se centran en fortalecer la apropiación, coordinación y alianzas de los

gobiernos; en detener la lepra y sus complicaciones; y en acabar con la discriminación y promover la inclusión.

Durante estos años la incidencia de la enfermedad en Cuba ha ido disminuyendo a cifras entre 200 y 250 casos. La prevalencia de la enfermedad durante los últimos años ha sido de 226 en 2017,⁸ 254 en 2018⁹ y 227 en 2019.¹⁰ Aún no están disponibles las estadísticas de salud en Cuba del 2020 para poder comentar sobre las mismas. En el 2019 la prevalencia reportada en el Anuario estadístico fue de 227 para una tasa de 0,2 por cada 10 000 habitantes. De ellos 208 correspondieron a pacientes multibacilares, reportándose la mayor incidencia en las provincias de Granma, Guantánamo, Santiago de Cuba, y Camagüey, esta última con 15 casos nuevos diagnosticados.⁸

En Cuba, como en muchos otros países, se ha hecho gran énfasis en la búsqueda de los posibles casos de lepra por parte del médico de familia, porque este es el personal técnico mejor calificado, con el que habría mayor probabilidad de diagnósticos; sin embargo, en las condiciones de post eliminación de la lepra en el país, más la necesidad de enfrentar la pesquisa de otras enfermedades transmisibles de mayor prevalencia y letalidad, como sucede actualmente con la COVID-19, se ha evidenciado una influencia negativa en cuanto a la detección de esta enfermedad de bajas tasas de incidencia, y ha convertido en hecho el viejo adagio de la medicina que reza: “enfermedad que no se piensa no se diagnostica”. En la base de esta falta de sospecha clínica de los médicos, está el desconocimiento de las cuestiones mínimas necesarias para efectuar su diagnóstico presuntivo.

PRESENTACIÓN DE CASO

Historia de la enfermedad actual

Paciente femenina, de 34 años de edad, procedente de zona urbana, con antecedentes de gastritis crónica. Que acude al hospital refiriendo que desde hacía casi una semana presentaba malestar general, con fiebre de 38 y 39 °C, dolores articulares intensos, cefalea y le comenzaron a salir lesiones en el cuerpo que describe como ronchas, en cuello, tórax y brazos, además con inflamación en cara, manos y pie e imposibilidad para la deambulaci3n por el intenso dolor articular y muscular, por lo que se decide su ingreso para estudio.

Datos positivos al examen físico

Temperatura al ingreso: 39 grados.

Al examen dermatol3gico se constata cuadro cutáneo generalizado, polimorfo, constituido por placas eritematosas, infiltradas, de tamaños variables que confluyen para formar grandes placas de bordes bien definidos en número mayor a una veintena y diámetros que oscilan entre 3 a 6 cm, algunas con centro de piel normal, que se distribuyen por todo el cuerpo respetando palma de las manos y planta de los pies. Ver fotos 1 y 2. Se observa además infiltraci3n de los pabellones auriculares y manos y pies con edemas. Ver fotos 3.

Exámenes complementarios realizados

- Hto: 0,33

- Eritrosedimentación: 25 mm/h
 - Glucemia: 4,4 mmol/l
 - TGP: 48 UI
 - TGO: 25 UI
 - Creatinina: 78 umol/l
 - Proteínas totales: 62 g/l
 - Albúmina: 42,6 g/l
 - Glucosa 6 fosfato deshidrogenasa: Normal
 - USG abdominal: Normal
 - Biopsia de piel. 19- B- 5661: Lepra borderline lepromatosa en reacción
 - IgM: Positiva al 5to día
 - Baciloscopia de linfa auricular y de codo
- AD y AI: Codificación 4
- CD y CI: Codificación 4

Diagnóstico final

Debut de Lepra Borderline lepromatosa en estado reaccional provocado por Dengue.



Foto 1. Placas eritemato-infiltradas en espalda



Foto 2. Placa eritematosa con centro de piel aparentemente normal

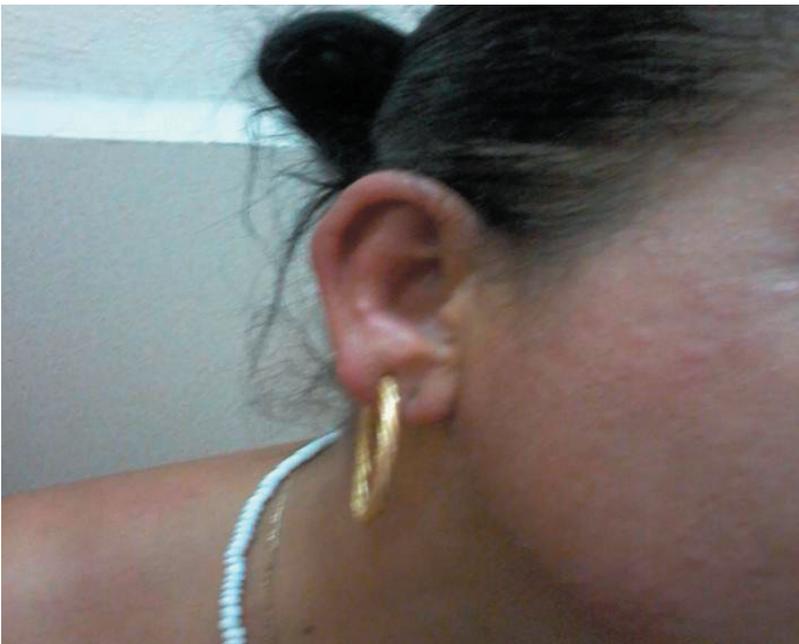


Foto 3. Pabellones auriculares infiltrados

DISCUSIÓN

Demostradas son las causas que desencadenan las reacciones lepróticas, el bacilo de Hansen es uno de los factores imprescindibles para que se produzcan pues son las formas lepromatosas avanzadas intensamente positivas en donde más aparecen y también las formas dimorfas y no se observan en las formas indeterminadas.¹¹⁻¹³

Mir García YG *et al.*¹¹ en su investigación en Camagüey detectó que las enfermedades asociadas que con mayor frecuencia se presentaron fueron la faringoamigdalitis estreptocócica y la caries dental como posibles causantes del estado reaccional.

En una investigación sobre caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con estados reaccionales de lepra en Santiago de Cuba, encontraron que entre las enfermedades asociadas predominaron la anemia, en 10 pacientes (20,0 %), y la sepsis urinaria, en 7 (14,0 %), seguidas de la sepsis respiratoria (faringitis y faringoamigdalitis (10,0%).¹⁴

Alacán Pérez L *et al.*¹⁵ plantea que el eritema nudoso puede desencadenarse por múltiples factores: ambientales, infecciosos, medicamentosos y psicológicos. Geluk A¹⁶ plantea que actualmente, no hay ninguna técnica diagnóstica fiable para confirmar y detectar leprorreacciones o predecir que paciente las padecerá. Sin embargo, es prometedora su investigación sobre identificación de biomarcadores del huésped para las leprorreacciones, junto a la identificación de factores externos asociados con su aparición.

Di Martino B *et al.*¹⁷ comentan que existen distintos factores predisponentes para desarrollar reacción leprótica y citan; las infecciones intercurrentes, apuntan además otros factores como cargas bacterianas altas, afectación nerviosa múltiple con más de cinco troncos afectados, gran número de lesiones cutáneas nodulares, más de un año de evolución de la enfermedad sin tratamiento, el embarazo, la lactancia, la pubertad, la vacunación y el estrés.

Kaur J *et al.*¹⁸ plantean que los pacientes con lepra pueden presentar síntomas que en ocasiones son interpretados como estado reaccionales y son debido a hipersensibilidad a medicamentos del tratamiento, como por ejemplo la dapsona y han presentado casos de pacientes que se diagnostican como hipersensibilidad medicamentosa y han presentado un cuadro de estado reaccional secundario a un proceso infeccioso, por ejemplo dengue, por lo que sugieren que siempre sea exhaustivamente interrogado y examinado cada paciente y visto como un caso en particular.

Las leprorreacciones siguen siendo un problema en el control clínico de la lepra. Un estudio sobre infección con helmintos y su relación con las leprorreacciones sugiere una posible relación entre ambos hechos. Hage D *et al.*¹⁹ del Laboratorio de Investigación Micobacteriana, (Leprosy Mission, Nepal) evaluaron la correlación entre leprorreacciones e infección con helmintos y el impacto de la desparasitación puede afectar al sistema inmunológico de manera que suprima las reacciones. Tanto los helmintos como la lepra constituyen desafíos para sus futuras investigaciones.

Delisle Griñán AE *et al.*²⁰ comentan que la Atención Primaria en Salud se debe tener en cuenta no como la acción de menor costo, es decir aquello que solo puedan realizar los promotores

de salud, sino como las actividades esenciales, pero óptimas e integrales dirigidas al individuo y a los colectivos, con las cuales se garantiza la detección oportuna y el correcto manejo de las personas que padecen de lepra, enfermedad en la cual su diagnóstico es realmente sencillo y no tiene por qué manejarse solo en centros de segundo y tercer nivel de atención. Para esto las áreas de salud deben conocer y monitorizar su verdadera situación respecto a la lepra y establecer medidas a mediano y corto plazo, con lo cual se generen acciones para detectar tempranamente factores predisponentes para desarrollar reacción leproítica, ya que las mismas son la principal causa de discapacidad.

CONCLUSIONES

En cuanto a las enfermedades infecciosas como sepsis urinarias, respiratorias o de la cavidad oral, las arbovirosis o cualquier otro patógeno que afecte al organismo, se considera que el daño en la inmunidad de los afectados por lepra, sobre todo durante el curso de los estados reaccionales, posee un papel importante pues los hace más susceptibles a adquirirlas. Paradójicamente estas entidades son las causantes de los estados reaccionales en muchos de los casos, al generar un círculo vicioso que dificulta establecer la relación directa entre ellas.

REFERENCIAS

1. Barbosa Sampaio P, Lessa Rossi T, Cerutti Junior C, Zandonade E. Análise espacial dos casos novos de hanseníase no Estado do Espírito Santo, Brazil, entre 2004 e 2009. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop* [en línea] 2012; 45(3):380-384. [Citado el 12 de junio de 2021]. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822012000300019>>
2. Gómez Echevarría JR, Hernández Ramos JM. Leprorreacciones. Fontilles, *Rev. Leprol* [en línea] 2001; 23(3):223-229. [Citado el 12 de junio de 2021]. Disponible en: <<https://www.leprosy-information.org/resource/revista-de-leprologia?aresult=0>>
3. Hurtado Gascón L, González González L, Tejera Díaz JF, Díaz Hurtado A. Comportamiento de la discapacidad por lepra en el municipio Arroyo Naranjo, estudio de 20 años. *Folia Dermatológica Cubana* [en línea] 2019; 13(3):163. [Citado el 21 de mayo de 2021]. Disponible en: <<http://www.revfdc.sld.cu/index.php/fdc/article/view/163/174>>
4. Camero Machín JC, Giniebra Marín GM, Gorrín Díaz Y, Anuy Echevarría K, González Quintana M. Lepra histioide, a propósito de un caso. *Folia Dermatológica Cubana* [en línea] 2020; 14(1):e135. [Citado el 21 de mayo de 2021]. Disponible en: <<http://www.revfdc.sld.cu/index.php/fdc/article/download/135/217>>
5. ILEP/NNN Guides on Stigma and Mental Wellbeing [en línea] 2020 [Citado el 10 de junio de 2021]. Disponible en: <<https://www.infondt.org/toolkits/stigma-guides/stigmaguides>>
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de control de lepra. 2 ed. La Habana: ECIMED; 1994.
7. WHO. Towards zero leprosy. Global Leprosy (Hansen's disease) Strategy 2021–2030 [en línea] 2021 [Citado el 26 de mayo de 2021]. Disponible en: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/340774>>

8. MINSAP. Anuario estadístico de Salud 2017 [en línea] 2018. [Citado el 8 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/325049269_Anuario_estadístico_de_Salud_2017>
9. MINSAP. Anuario estadístico de Salud 2018 [en línea] 2019 [Citado el 08 de junio de 2021]. Disponible en <https://www.researchgate.net/publication/332842978_Anuario_estadístico_de_Salud_2018>
10. MINSAP. Anuario estadístico de Salud 2019 [en línea] 2020 [Citado el 08 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/341359801_Anuario_estadístico_de_Salud_2019>
11. Mir García YG, Ferrá Torres TM, Atrio Mouriño N, Hernández Rodríguez H, Rodríguez del Valle KM. Comportamiento de los estados reaccionales de la lepra en la provincia Camagüey. Cuba. Fontilles, Rev. Leprol [en línea] 2017; 31(3):177-197. [Citado el 26 de mayo de 2021]. Disponible en: <<https://www.leprosy-information.org/resource/revista-de-leprologia?aresult=0>>
12. Mir García YG, Hernández Rodríguez H, Atrio Mouriño N, García Perera A, Fernández Cervantes D. Lepra lepromatosa con inicio neural puro. A propósito de un caso. Fontilles, Rev. Leprol. 2018; 31(5):343-347.
13. Bonivento P, Blanco Fernández OT, Cantillo García AM. Lepra y estados reaccionales. A propósito de un caso y revisión bibliográfica. Duazary [en línea] 2010;7(1):71-78. [Citado el 26 de mayo de 2021]. Disponible en: <<https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/download/311/278/>>
14. Abreu Guillén GJ, Escalona Veloz R. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con estados reaccionales de lepra. MEDISAN [en línea] 2015; 19(7):852-860. [Citado el 25 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000700005&lng=es>
15. Alacán Pérez L, Gray Lovio OR, Muguercia Larrondo RJ, López Gaitán J, Cirilo G. Presentación de caso: Eritema Nudoso Leproso. FDC 2015; 9(2)
16. Geluk A. Correlates of immune exacerbations in leprosy. Semin Immunol [en línea] 2018; 39:111-118. [Citado el 19 de junio de 2021]. Disponible en: <<https://doi.org/10.1016/j.smim.2018.06.003>>
17. Di Martino Ortiz B, Sánchez ML, Valiente C, Ibáñez ME, Rodríguez Masi M, Knopfelmacher O. Tiña eritrodérmica y enfermedad de Hansen: Una asociación infrecuente. Fontilles, Rev. Leprol. 2016; 30(4): 355-362.
18. Kaur J, Kalsy J, Kalra RK. Infections and reactions in leprosy: a diagnostic dilemma. Int J Res Dermatol [en línea] 2018; 4(1):96-98. [Citado el 19 de junio de 2021]. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.18203/issn.2455-4529.IntJResDermatol20180147>>
19. Hagge DA, Parajuli P, Kunwar CB, Rana D, Thapa R, Kapil D. Opening a Can of Worms: Leprosy Reactions and Complicit Soil-Transmitted Helminths. EBioMedicine. 2017; 23:119-124.

20. Delisle Griñán AE, Ribeaux Martínez M, Cano Reyes J, Selva Capdesuñer A, Revés Sigler L. Modificación de conocimientos sobre lepra en la atención primaria de salud. MEDISAN [en línea] 2011; 15(6):745-753. [Citado el 10 de junio de 2021]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000600004>

VENTAJAS DE ADMINISTRAR DOSIS ALTAS DE CLOFAZIMINA

C. Ruth Butlin^{a,b}, Armi Maghanoy^c

^aThe Leprosy Mission England & Wales, Goldhay Way, Orton Goldhay, Peterborough, UK
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7008-5263>

^bThe Leprosy Mission International Bangladesh, DBLM Hospital and Rural Health Programmes,
Mohakhali New DOHS, Dhaka, Bangladesh

^cLeonard Wood Memorial Center for Leprosy Research Cebu, Philippines

(Este trabajo es una reproducción de *Lepr Rev* 2021; 92(4): 427-432)

RESUMEN

A parte de ser un principio activo de la multiterapia (MDT) para la lepra, la clofazimina a mayores dosis se administra para tratar las reacciones de Tipo 2 (ENL) de la lepra. Todavía falta evidencia en los ensayos clínicos sobre las indicaciones, pauta óptima y ratio riesgo/beneficio para apoyar las directrices publicadas sobre su uso como medicamento antileproreacción. La experiencia clínica indica que, en adultos, la dosis más alta (de 300 mg/día) es segura durante periodos limitados de tiempo, pero se necesita precaución en individuos de poco peso corporal y en aquellos en tratamiento con otros medicamentos que puedan interactuar.

PALABRAS CLAVE: Clofazimina, ENL, reacción tipo 2, efectos adversos, agente limitador de esteroides, directrices

SUMMARY

Besides its role in multidrug therapy, clofazimine at higher doses is widely used for relief of Type 2 (ENL) reaction in leprosy. There is a lack of evidence from clinical trials regarding indications, optimum regimen and risk/benefit ratio to support published guidelines on its use as an anti-reaction drug. Clinical experience suggests that in adults it is safe at high doses (up to 300 mg/day) for limited periods of time but caution is needed with patients of low body weight and in those taking other drugs which may interact.

KEYWORDS: Clofazimine, ENL, type 2 reaction, adverse effects, steroid-sparing, guidelines

BENEFICIOS DE DOSIS ALTAS DE CLOFAZIMINA

La clofazimina se ha administrado para el tratamiento de la lepra durante más de 50 años. Presenta una acción bactericida leve frente al *M. leprae* así como un efecto supresor sobre el eritema nodoso leproso (ENL).¹⁻⁸ Cuando se redujo el período de tratamiento frente a la lepra con MDT (poliquimioterapia) de 24 a 12 meses para los casos multibacilares (MB) como aconsejó la Organización Mundial de la Salud (OMS), se detectó que el ENL era más problemático.^{6,9} Se pensó que era debido a que el paciente recibía menos clofazimina.

Correspondencia a: C. Ruth Butlin, 42 Old Drive, Polegate, East Sussex, BN 26 5ES, UK (e-mail: drbutlin@yahoo.com; drbutlin@btinternet.com)

La clofazimina puede interferir indirectamente con la proliferación de linfocitos T al primar la liberación de prostaglandinas de la serie E (PGs) especialmente PGE2 de los neutrófilos y monocitos que pueden desempeñar un papel importante en el mecanismo de control de las reacciones de Tipo 2. Sin embargo, su efecto sólo se percibe cuando se alcanza un cierto nivel crítico. Niveles tisulares sostenidos pueden ser más importantes que niveles pico sanguíneos para su efecto terapéutico.^{7,10,11}

Muchos médicos creen que es útil como adyuvante a los esteroides para controlar las reacciones ENL, pero falta evidencia publicada de ensayos clínicos que revelen si es efectiva a elevadas dosis, para prevenir los primeros episodios, reducir la recurrencia de ENL, o para disminuir el efecto esteroideo en ENL crónico, y muy poca evidencia sobre cuál es la mejor pauta para controlar ENL. Según cada caso, quizá sea más apropiado administrar distintas dosis y durante diferentes periodos de tratamiento.

En un ensayo clínico controlado a doble ciego por Karat *et al.*^{12,24} pacientes de lepra lepromatosa con reacción se dividieron aleatoriamente en grupos para administrarles clofazimina o prednisolona durante 12 semanas y se les siguió durante más de 4 meses. El ensayo reveló que la clofazimina controló mejor las reacciones ENL que la prednisolona. También era más efectiva en la prevención de recurrencias una vez controlada la leproreacción. No había diferencias en cuanto al estado neurológico, índice bacteriológico, índice morfológico y función renal entre los pacientes con clofazimina, comparados con los pacientes con prednisolona; el incremento estadísticamente significativo detectado de albúmina sérica quizá no sea relevante clínicamente. Prácticamente todos los pacientes presentaron hipopigmentación roja-negra por efecto de la clofazimina. No se detectó ningún otro efecto secundario o sintomático relevante.

Ensayos recientes con pacientes tratados con MDT incluyen un estudio retrospectivo por Balagon *et al.*⁶ comparando dos cohortes, con 589 pacientes que recibieron o 12 o 24 meses MBMDT y fueron seguidos durante al menos 4 años. El resultado fue que el ENL no era más frecuente, pero sí severa y de mayor duración en pacientes con sólo 12 meses de MDT comparados con el grupo de 24 meses.

Le siguió otro ensayo a doble ciego comparando 100 pacientes aleatoriamente divididos en un grupo con 100 mg diarios de clofazimina y otro con placebo durante 12 meses después de completar 12 meses MBMDT. El resultado se evaluó mediante una nueva escala diseñada para medir la gravedad del ENL, la administración total de esteroides, la incidencia de nuevos episodios ENL y la duración de estos. En algunas medidas, como la administración total de esteroides relacionada con fallecimientos, el grupo placebo presentaba ENL más severos, pero ninguna diferencia era estadísticamente significativa.¹³

Se emplean generalmente las directrices sugeridas por la OMS para el tratamiento de ENL severa y crónica con clofazimina (300 mg/día durante 12 semanas, seguido de 200 mg/día durante 12 semanas y 100 mg/día durante 12-24 semanas),⁶ que están muy extendidas. Se detecta mediante esta pauta una mejoría gradual de los síntomas ENL, un efecto-reductor esteroide y la prevención de episodios recurrentes entre los pacientes.

Sin embargo, ninguna de las directrices o recomendaciones disponibles (Tabla 1^{10,14-21}) están

basadas en resultados de ensayos clínicos de calidad garantizada y apoyados en criterios objetivos y muchos clínicos administran pautas distintas, ya que todavía se adolece de un consenso sobre buenas prácticas.

Las indicaciones precisas para una administración correcta de clofazimina a dosis elevadas (tanto en pacientes ENL con MDT como en aquellos que padecen ENL después de completar el tratamiento) requieren más evaluación.

El efecto adverso más frecuente es la despigmentación cutánea relacionada con la dosis y que es reversible. Mientras que resulta estéticamente indeseada, no es físicamente perjudicial y resulta tolerable en personas con pigmentación cutánea más oscura. Lo más problemático es la xerodermia o ictiosis, sobre todo en las zonas cutáneas expuestas. La mayoría de los estudios sobre los efectos adversos de la clofazimina en el tratamiento de la lepra no nombran estos "efectos esperados".²²⁻²⁵ Los efectos dermatológicos en el tratamiento para casos TB no son motivo de interrupción del tratamiento.²⁶ Administrada con otros medicamentos para TB, la clofazimina se asocia a efectos secundarios gastrointestinales en un 40-55% de los casos.^{27,28} Actualmente no está evaluada la frecuencia, tipo e incidencia de los efectos gastrointestinales con dosis altas de clofazimina cuando se administra para lepra. Se han reportado casos de náusea y diarrea con altas dosis de clofazimina en grado leve; ocasionalmente se ha observado pérdida de peso, mientras que el dolor abdominal fuerte es raro.²⁹ Sin embargo, un estudio retrospectivo sobre el empleo de la clofazimina en TB reveló una clara asociación entre los efectos adversos cutáneos o gastrointestinales y la combinación de menor peso corporal con dosis altas.³⁰ Otros efectos adversos severos, como el depósito pulmonar de cristales^{31,32} y las arritmias cardíacas,^{33,34} son poco frecuentes en pacientes en tratamiento con otros medicamentos que interactúan, los que presentan otras condiciones médicas y los que han recibido dosis altas de clofazimina durante períodos muy largos. Un estudio prospectivo sobre individuos con dosis altas de clofazimina durante 2-8 años no detectó alteraciones en la función renal o hepática o parámetros hematológicos.³⁵

Por tanto, la clofazimina es un medicamento relativamente seguro y útil por su efecto antibacteriano y antiinflamatorio. Se puede administrar a pacientes con ENL recurrente y dependencia de esteroides. Su papel en la prevención del primer ENL no está totalmente confirmado actualmente, pero se cree factible con dosis altas. Hay que llevar a cabo estudios, preferiblemente ensayos clínicos aleatorios de calidad, con una muestra amplia, y con criterios tanto específicos como objetivos para valorar los resultados. Pronto se iniciará un estudio en pacientes que han presentado al menos un episodio de ENL, por el Comité de Iniciativa para la Investigación de la Lepra (*Leprosy Research Initiative*) que ya dispone de permiso ético y apoyo económico. Si se debe o no ampliar la administración de clofazimina a los pacientes lepromatosos o borderline lepromatosos en riesgo alto de presentar ENL (sin haber padecido todavía ningún episodio) no está aún determinado.

Tabla 1. Directrices publicadas

| Fecha | Fuente | Estado | Indicaciones | Pauta | Dosis acumulada (en los primeros 6 meses) |
|-------|--|---|---|--|--|
| 1978 | Lamprén en la lepra ¹⁰ | Información del laboratorio | En casos ENL... | 300 mg diarios/3 meses. Normalmente, no más de 3 meses | 25,200 mg en los 3 primeros meses |
| 1988 | 6º Informe Comité expertos OMS ¹⁴ | Opinión experta | ENL en mujeres en edad fértil | 300 mg diarios hasta 3 meses | 22,200 mg en 3 meses |
| 1993 | Lamprén en la lepra 4ª ed. ¹⁵ | Información del laboratorio | ENL. Normalmente reduciendo la dosis de corticosteroides, de elección en mujeres en edad fértil | 1. 300 mg diarios durante 3 meses. 2. En casos graves, 100 mg al menos durante 6 semanas. Después 200 mg diarios varias semanas. Dosis de mantenimiento: 100 mg/día por varios años | 1. 25,200 mg en los 3 primeros meses 2. 33,600 mg en 6 meses (si se administró 300 mg/6 semanas, 200 mg/12 semanas, 100 mg/6 semanas) |
| 1997 | 7º Informe comité Expertos OMS ¹⁶ | Opinión experta. Repite consejos del Informe del Comité de Expertos OMS de 1977 | Para ENL: reduce la dependencia de esteroides o los elimina | 300 mg diarios por 1 mes. Se puede administrar en 3 dosis). Duración total: no sobrepasar los 12 meses | 50,400 mg en los 6 primeros meses |
| 2010 | Manual de lepra IAL ¹⁷ | Opinión experta. Manual para dermatólogos y leprólogos | Reducir ENL repetitivo o eliminar esteroides para ENL | 300 mg diarios por 1 mes, luego 200 mg/día por 2-6 meses, y luego 100 mg/día hasta eliminar los síntomas | 28,000-36,400 en los 6 primeros meses |
| 2018 | ITOL ¹⁸ | Libro de referencia. Opinión experta, citando los consejos del 8º informe OMS de 2012 | Para ENL, cuando no se pueda administrar esteroides o para reducir su dosis | 300 mg diarios/12 semanas, luego reducir a 200 mg/12 semanas y después 100 mg/12-24 meses | 42,000 mg en los 6 primeros meses |

Tabla 1. (Continuación)

| Fecha | Fuente | Estado | Indicaciones | Pauta | Dosis acumulada (en los primeros 6 meses) |
|-------|---|---|---|---|--|
| 2020 | Jopling 6ª ed. ¹⁹ | Manual para médicos licenciados. Opinión experta citando a la OMS | Agente limitador de esteroides o cuando los esteroides estén contraindicados | 12 meses máximo: 100 mg/día durante 3 meses, luego disminuir a 100 mg sobre 1-6 meses | 36,400-42,000 mg (si la toma es de 200 mg diarios durante 1-3 meses después de reducir la dosis) |
| | OMS. Control de las leprorreacciones y prevención de discapacidades ²⁰ | Consejo técnico: descrito como "pauta muy administrada"; Idéntica a la Guía de Aprendizaje nº 2: Como reconocer y tratar las reacciones leprosas. ILLEP, 2002 | Puede ser útil mitigando el ENL crónico y recurrente. Si hay un segundo episodio y, sobre todo, severo, añadir otro medicamento, como talidomida si está disponible, o clofazimina, para reducir la necesidad de esteroides | 300 mg diarios por 1 mes; luego 200 mg diarios por 3-6 meses; después 100 mg diarios mientras los síntomas ENL persistan | 30,800-36,400 mg en los 6 primeros meses |
| 2021 | Directrices OMS de control e ENL grave (web) ²¹ | Directrices basadas en opiniones expertas. Refleja los consejos del 8º Comité de expertos OMS de 2012 | 1. Casos con ENL grave que no responden satisfactoriamente al tratamiento con corticoides o si el riesgo de toxicidad por corticoides es elevado 2. En casos con ENL grave donde esté contraindicado el uso de corticoides | 1. Iniciar 100 mg clofazimina 3 veces/día por 12 semanas máximo. Completar la pauta estándar de prednisona. Continuar con 100mg clofazimina 2 veces/día por 12 semanas y luego 100 mg 1 vez/día por 12-24 semanas. 2. Iniciar clofazimina a 100 mg 3 veces/día por 12 semanas máximo. Reducir la clofazimina a 100 mg 2 veces/día por 12 semanas y luego 100 mg 1 vez/día por 12-24 semanas. | 42,000 mg en los primeros 6 meses |
| | | | | | Rango: 28,000-50,400 mg los primeros 6 meses (24 semanas) |

REFERENCIAS

1. Browne SG. "B663". Possible anti-inflammatory action in lepromatous leprosy. *Lepr Rev*, 1965; 36(1): 9–11.
2. Browne SG. B663 (Geigy). Further observations on its suspected anti-inflammatory action. *Lepr Rev*, 1966; 37(3): 141–145.
3. Waters MFR. G30 or B663. A working party held at the Royal Garden Hotel, London, September 1968. *Lepr Rev*, 1969; 40(1): 21–47.
4. Schultz. Forty-four months experience with clofazimine. *Lepr Rev*, 1972; 42(3): 178–187.
5. Cellona RV, Fajardo TT Jr, Kim DI, Hah YM, Ramasoota T, Sampattavanich S, Carrillo MP, Abalos RM, de la Cruz EC, Ito T et al. Joint chemotherapy trials in lepromatous leprosy conducted in Thailand, the Philippines, and Korea. *Int J Lepr Other Mycobact Dis*, 1990; 58(1): 1–11.
6. Balagon M, Saunderson PR, Gelber RH. Does clofazimine prevent erythema nodosum leprosum (ENL) in leprosy? A retrospective study, comparing the experience of multibacillary patients receiving either 12 or 24 months WHO-MDT. *Lepr Rev*, 2011; 82(3): 213–221.
7. Helmy HS, Pearson JM, Waters MF. Treatment of moderately severe erythema nodosum leprosum with clofazimine—a controlled trial. *Lepr Rev*, 1971; 42(3): 167–177. doi:10.5935/0305-7518.19710020. PMID: 4339652.
8. Karat AB, Jeevaratnam A, Karat S, Rao PS. Efficacy of clofazimine in the prophylaxis and suppression of reactive phases of lepromatous leprosy. *Int J Lepr Other Mycobacterial Dis: Official Organ of the Int Lepr Assoc*, 1971; 39(4): 838–841. PMID: 5170472.
9. Walker SL, Balagon M, Darlong J, Doni SN, Hagge DA, Halwai V, John A, Lambert SM, Maghanoy A, Nery JA, Neupane KD, Nicholls PG, Pai VV, Parajuli P, Sales AM, Sarno E, Shah M, Tsegaye D, Lockwood DN. Erythema nodosum leprosum international study group. ENLIST 1: An international multi-centre cross-sectional study of the clinical features of erythema nodosum leprosum. *PLoS Negl Trop Dis*, 2015; 9(9): e0004065. doi:10.1371/journal.pntd.0004065. PMID: 26351858; PMCID: PMC4564249.
10. Yawalkar SJ, Vischer W. Lamprene (clofazimine) in leprosy. Basic information. *Lepr Rev*, 1979; 50(2): 135–144. doi:10.5935/0305-7518.19790020. PMID: 396428.
11. Berghem L, Lahnborg G, Schildt B. Does clofazimine (LamprenR) affect the macro- and microphage function in man? *J Reticuloendothel Soc*, 1977; 21(3): 171–173. PMID: 886539.
12. Karat AB, Jeevaratnam A, Karat S, Rao PS. Double-blind controlled clinical trial of clofazimine in reactive phases of lepromatous leprosy. *Br Med J*, 1970; 1(5690): 198–200. doi:10.1136/bmj.1.5690.198. PMID: 4904935; PMCID: PMC1699291.
13. Maghanoy A, Balagon M, Saunderson P, Scheelbeek P. A prospective randomised, double-blind, placebo controlled trial on the effect of extended clofazimine on erythema nodosum leprosum (ENL) in multibacillary (MB) leprosy. *Lepr Rev*, 2017; 88: 208–216. doi:10.47276/lr.88.2.208.

14. WHO expert committee on leprosy. 6th Report. Technical Report Series 768, WHO, Geneva, 1988.
15. Yawalker SJ. Lamprene (Clofazimine) in Leprosy, Basic Information. 4th edn, Switzerland: CIBA-GEIGY Ltd, 1993.
16. WHO Expert Committee on Leprosy. 7th Report, 1997. Technical Report Series 874, WHO, Geneva, 1998.
17. Hemanta KK, Bhushan K (eds) IAL Textbook of Leprosy. New Delhi: Jaypee Brothers, 2010.
18. Walker S. Chapter 2.2 reactions. ITOL. 2018. Available online www.internationaltextbookofleprosy.org.
19. Sardana K, Khurana A (eds) Jopling. 6th edn, New Delhi: CBS Publishers & Distributors, 2020.
20. WHO. 2020. Management of reactions and prevention of disabilities. Technical Guidance. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2017. Published WHO 2020.
21. WHO. Guidelines for the management of severe erythema nodosum leprosum (ENL) reactions. Downloaded 16.3.21 from www.WHO.int. <https://www.who.int/lep/research/WHOenlguide.pdf>. <https://www.who.int/lep/mdt/clofazimine/en>.
22. Deps Patricia D, Nasser S, Guerra P, Simon M, De Ca' Ssia Birshner R, Rodrigues LC. Adverse effects from multi-drug therapy in leprosy: a Brazilian study. *Lepr Rev*, 2007; 78: 216–222.
23. Tortelly VD, Daxbacher EL, Brotas AM, Sueli. Adverse effects of polychemotherapy for leprosy in 13 years of follow-up at a university hospital. *An Bras Dermatol*, 2021; 96: 224–227.
24. Singh H, Nel B, Dey V, Tiwari P, Dulhani N. Adverse effects of MDT in leprosy a two year experience (2006–2008) in tertiary health centre in the tribal region of Chhattisgarh state (Bastar, Jagdalpur). *Lepr Rev*, 2011; 82(1): 17–24.
25. Moore VJ. Review of side effects experienced by patients taking clofazimine. *Lepr Rev*, 1983; 54: 327–335.
26. Hwang TJ, Dotsenko S, Jafarov A et al. Safety and availability of clofazimine in the treatment of multidrug and extensively drug-resistant tuberculosis: analysis of published guidance and meta-analysis of cohort studies. *BMJ Open*, 2014; 4: e004143. doi:10.1136/bmjopen-2013-004143.
27. Dalcolmo M, Gayoso R, Sotgiu G et al. Effectiveness and safety of clofazimine in multidrug-resistant tuberculosis: a nationwide report from Brazil. *Eur Respir J*, 2017; 49: 1602445. <https://erj.ersjournals.com/content/49/3/1602445.long>.
28. Martiniano SL, Wagner BD, Levin A, Nick JA, Sagel SD, Daley CL. Safety and effectiveness of clofazimine for primary and refractory nontuberculous mycobacterial infection. *Chest*, 2017; 152(4): 800–809.
29. Bryceson A. Unnecessary laparotomy for abdominal pain and fever due to clofazimine. *Lepr Rev*, 1979; 50(3): 258–259.

30. Misra N, Padayatchi N, Naidoo P. Dose-related adverse events in South African patients prescribed clofazimine for drug-resistant tuberculosis. *South African Med J*, 2020; 110(1): 32–37. doi:10.7196/SAMJ.2019.v110i1.13954.
31. Wu Q, Ganzert C, Lücke E, Bittmann I, Schreiber J. Fatal course of clofazimine-induced pulmonary crystal deposition in a patient with Melkersson–Rosenthal syndrome. *Int J Clin Pharmacol Therapeut*, 2020; 58(9): 518–522.
32. Alfandari S. Pulmonary clofazimine crystals in two patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *Int J Tuberculosis Lung Dis*, 1997; 1: 88–89.
33. Choudhri Shurjeel H, Louise H, Butany JW, Keystone Jay S. Clofazimine induced cardiotoxicity—a case report. *Lepr Rev*, 1995; 66: 63–68.
34. Zweijpfenning S, van Groningen H et al. Clofazimine does not lead to significant QT interval prolongation: a multicentre study. *Eur Respir J*, 2018; 52: 1801386. <https://erj.ersjournals.com/content/52/5/1801386.long>.
35. Hastings RC, Jacobson RR, Trautman JR. Long-term clinical toxicity studies with clofazimine in leprosy. *Int J Lepr*, 1976; 44: 293.

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO PARA DISCAPACIDADES DE GRADO 2 ENTRE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES RECIÉN DIAGNOSTICADOS DE LEPROSA: UN ANÁLISIS BASADO EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LA INDIA

Brahmaiah Upputuri^a, Navya Vulchi^a, Rajnikanth Singh^b,
Radhika Mamidi^c, Naveen Satle^d, Michael Sukumar Pallapati^a, Aparna Srikantam^a

^aDepartment of Clinical Research-LEPRA Society, Blue Peter Public Health and Research Centre (BPHRC), Hyderabad, India

^bBihar Operations, LEPRASOCIETY, Patna, India

^cAndhra Pradesh and Telangana Operations, LEPRASOCIETY, Vijayawada, India

^dMadhya Pradesh Operations, LEPRASOCIETY, Bhopal, India

(Este trabajo es una reproducción de Lepr Rev 2022; 93(1): 79-88)

RESUMEN

Objetivos: La lepra infantil es un buen indicador de transmisión comunitaria de la enfermedad y la necesidad de un diagnóstico precoz. La discapacidad de Grado 2 (G2D) en niños revela un retraso en el diagnóstico, a nivel de la atención sanitaria o en su reconocimiento y derivación por la familia. Este trabajo determina la proporción de G2D entre los nuevos casos de lepra diagnosticados en niños y adolescentes e identifica los factores asociados a su presencia.

Métodos: Se llevó a cabo un análisis retrospectivo de las historias clínicas de niños y adolescentes ≤ 18 años diagnosticados durante 5 años, comprendidos entre abril de 2014 y septiembre de 2019, con especial atención a la presentación de G2D en el momento del diagnóstico.

Resultados: Los niños y adolescentes constituían el 8.26% (327/3955) de todos los casos. De entre ellos, 58 (17.7%) presentaban G2D en el momento del diagnóstico. La G2D era más frecuente entre los del grupo de 15-18 años y estaba significativamente relacionada con un retraso del diagnóstico, la presencia de convivientes, presentar lepra multibacilar, engrosamiento neural y neuritis.

Conclusiones: Se informa de un elevado número de casos G2D entre los casos nuevos de lepra de niños y adolescentes, mucho mayor que la media nacional de los adultos. Con tan elevada proporción de casos G2D, el objetivo de cero discapacidades en niños en la India para el 2020 no se ha cumplido. Las actividades sanitarias dirigidas hacia una detección precoz en niños pueden reducir el retraso en el diagnóstico, y prevenir la aparición de discapacidades.

PALABRAS CLAVE: Lepra, niños, adolescentes, discapacidad grado 2, retraso en el registro, reacciones, neuritis

Correspondencia a: Aparna Srikantam, LEPRASOCIETY, Blue Peter Public Health and Research Centre, Cherlapally, Hyderabad, Telangana – 501301, India (e-mail: aparna@leprahealthinaction.in)

SUMMARY

Objectives: Leprosy in children is a strong indicator of disease transmission in the community and the rapidity of case detection. Grade 2 disability (G2D) in children denotes a delay in diagnosis, which could be due to delay either at the health care level or in recognition and referral by the family. The current study determines the proportion of G2D among newly diagnosed leprosy-affected children and adolescents and identifies the associated factors.

Methods: A 5-year retrospective analysis of records of children and adolescents aged ≤ 18 years newly diagnosed with leprosy between April 2014 and September 2019, was carried out with special reference to G2D presentation at the time of diagnosis.

Results: Children and adolescents comprised 8.26% (327/3955) of all subjects. Among them, 58 (17.7%) had G2D at the time of diagnosis. G2D occurred more frequently among the 15–18 years age group and was significantly associated with registration delay, presence of household contact cases, having multibacillary leprosy, nerve thickening and neuritis.

Conclusions: We report a high rate of G2D among newly diagnosed leprosy cases in children and adolescents, much higher than the reported national average for adults. With such a high occurrence of G2D, the target of having zero disability in childhood cases is unlikely to be met in India in 2020. Early case detection activities with a child-focused approach may reduce the delay in diagnosis, preventing leprosy-associated disability in children.

KEYWORDS: Leprosy, children, adolescents, grade 2 disability, registration delay, reactions, neuritis

INTRODUCCIÓN

El Programa Nacional de Eliminación de la Lepra (NLEP, en inglés) de la India registró 126,164 nuevos casos de lepra durante 2017-2018, aportando más de la mitad de los casos de lepra reportados a nivel mundial.¹ Durante este período se diagnosticaron 10,287 (8.15%) nuevos casos en niños, revelando una transmisión continuada de la enfermedad.²

La epidemiología de la lepra en niños es complicada por su largo y variable período de incubación.^{3,4} Los niños son muy susceptibles a la infección por *Mycobacterium leprae* por su todavía inmaduro sistema inmunológico y contactos estrecho con convivientes infectados.⁵ La lepra presenta un largo período de incubación que normalmente se manifiesta durante la adolescencia o ya durante la primera edad adulta.

La lepra en niños normalmente se presenta con igual proporción entre niños/as, un porcentaje mayor de casos paucibacilares y leproreacciones. La discapacidad por lepra se cree supuestamente menos frecuente en niños, porque necesita mucho tiempo para desarrollarse.⁷⁻⁹

Resulta esencial un diagnóstico a tiempo para prevenir la discapacidad y mitigar sus consecuencias si la infección ya está presente.

Hay muchos informes sobre la prevalencia de la lepra en niños (<15 años) en la India; sin embargo, hay muy pocos datos sobre el grupo comprendido entre los 15-18 años. La presencia de lepra y sus discapacidades durante el período de la adolescencia causa no sólo discapacidad física sino problemas psicológicos y emocionales en el comportamiento de los afectados.

Conseguir Cero G2D discapacidades en niños diagnosticados de lepra es una de las dianas clave de la actual Estrategia Global para la Lepra.¹⁰ La detección de discapacidades en los niños constituye un indicador indirecto de la importancia y presencia de lepra en una comunidad y el retraso en su detección. Aunque es comprensible que un retraso en el diagnóstico puede constituir una de las principales causas de discapacidad, también es importante identificar

otros factores asociados para prevenir o tratar adecuadamente la discapacidad en niños afectados por lepra. Con estos antecedentes, se ha llevado a cabo una revisión de análisis basados en niños y adolescentes diagnosticados con lepra desde abril de 2014 a septiembre de 2019 para calcular la frecuencia y los factores asociados con G2D.

MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio transversal de las historias clínicas.

SUJETOS

Se analizaron los datos sobre niños (0-14 años) y adolescentes (15-18 años) que fueron diagnosticados de lepra y tratados en centros de referencia especializados (RC, siglas en inglés) de los estados de Andhra Pradesh, Telangana, Madhya Pradesh y Bihar entre abril de 2014 y septiembre de 2019.

OBTENCIÓN DE DATOS

Se transfirieron electrónicamente a MS Excel los datos sobre demografía, examen clínico y detalles del tratamiento con especial énfasis en el contacto familiar, retraso (si existe) entre la presencia de síntomas y la búsqueda de atención sanitaria, presencia de discapacidad grado 1 y grado 2 en el momento del diagnóstico, como queda reflejado en sus historias clínicas para su análisis. Los centros de referencia evaluados seguían las normas y directrices NLEP para el diagnóstico y tratamiento de los niños y adolescentes con lepra.

Se efectuaron exámenes clínicos, incluyendo evaluación motora y sensitiva de la función neural y examen de frotis cutáneo (SSS, siglas en inglés) en todos los niños con síntomas clínicos sugestivos de lepra. También se les examinó por posible presencia de leproreacciones y neuritis. Los casos confirmados se clasificaron y trataron mediante las directrices estándar NLEP.

La discapacidad se evaluó mediante el sistema de clasificación de discapacidades OMS¹² y se proporcionó fisioterapia cuando fue considerada necesaria.

DEFINICIONES

Contacto familiar

El contacto familiar se definió como pariente consanguíneo o pareja del caso índice (adolescentes casados) y convivientes bajo el mismo techo, mientras que los casos en el vecindario se definieron como personas residentes en el vecindario inmediato, aparte de los contactos familiares.¹³

Retraso en el registro

El período de tiempo entre el primer síntoma notificado por el paciente y la primera visita en busca de atención sanitaria.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo con el software SPSS versión 20.0 (IBM Corp. en Armonk, NY). Se efectuó un análisis descriptivo básico para todas las variables. Se empleó la media (DS) para definir la edad y el retraso en el registro de los participantes. La presencia o ausencia de G2D era la variable dependiente en el análisis estadístico. Las variables independientes se distribuyen en dos grupos: características socio-demográficas y clínicas. Para comparar la proporción de variables categóricas y determinar el significado de factores individuales de riesgo para G2D se empleó análisis logístico multivariable de regresión. La asociación entre factores de riesgo y G2D se dedujo utilizando la relación de probabilidad (OR, siglas en inglés) con un Intervalo de Confianza (CI) del 95% para cada parámetro. Los valores P menores de 0.05 se consideraron estadísticamente significativos.

RESULTADOS

Durante el período de estudio, se registraron 3955 nuevos casos de lepra de los cuáles 327 (8.26%) eran niños y adolescentes. Los datos socio-demográficos de los individuos se detallan en la Tabla 1. El caso más joven es de un niño de 4 años. La mayoría de niños y adolescentes eran estudiantes (57.2%), seguido por trabajadores (21.1%) y abandono escolar (21.7%) en el momento del diagnóstico. Se detectaron un 44% de contactos entre convivientes, y el contacto familiar más común observado es el del padre (78.4%) y la mayoría de casos primarios eran multibacilares (MB) (60.4%) (Figura 1). Se dispone de información sobre el retraso en el diagnóstico en 267 de 327 casos. Hubo un retraso de más de un año en buscar atención sanitaria en 12 niños (8.5%) y 14 adolescentes (11.2%) (Tabla 2). El perfil clínico de los individuos se detalla en la Tabla 2.

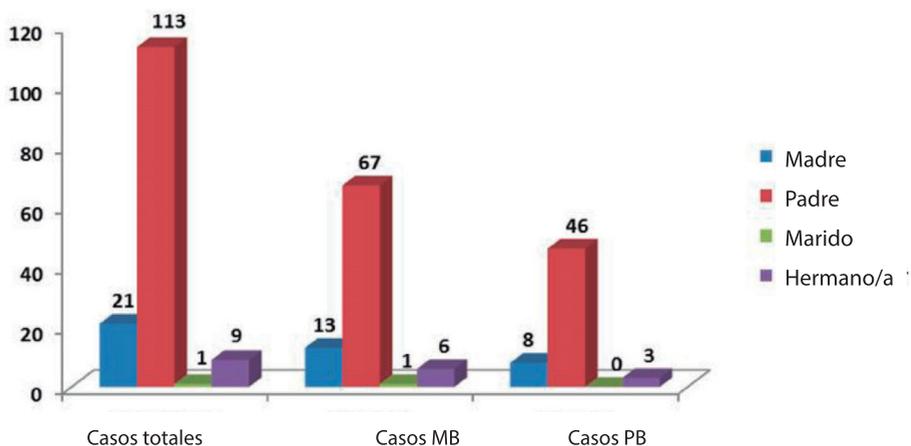


Figura 1. Casos convivientes (N = 144)

Tabla 1. Características de niños y adolescentes con lepra (N = 327)

| VARIABLES | PB (n = 132) (%) | MB (n = 195) (%) | Total (%) |
|---|------------------|------------------|-----------|
| Grupo de edad | | | |
| 0-5 años | 3(0.9) | 2(0.6) | 5(1.5) |
| 6-14 años | 85(26.0) | 86(26.3) | 171(52.3) |
| 15-18 años | 44(13.49) | 107(32.7) | 151(46.1) |
| Contactos | | | |
| Familiar | 57(17.4) | 87(26.6) | 144(44.0) |
| No familiar | 75(22.9) | 108(33.1) | 183(66.0) |
| Retraso en el registro (n = 267) | | | |
| ≤ 1 año | 94(35.2) | 147(55.1) | 241(90.2) |
| > 1 año | 5(1.99) | 21(7.9) | 26(9.8) |
| Reacciones | | | |
| Tipo 1 | 1(0.3) | 13(4.0) | 14(4.3) |
| Tipo 2 | - | 8(2.4) | 8(2.4) |
| Neuritis | 8(2.4) | 20(6.1) | 28(8.5) |
| Grado de discapacidad | | | |
| Grado 0 | 122(37.3) | 126(38.5) | 248(75.8) |
| Grado 1 | 4(1.2) | 17(5.2) | 21(6.4) |
| Grado 2 | 6(1.8) | 52(15.9) | 58(17.7) |
| Valor IB (n = 40) | | | |
| ≤ 4 | - | 27(67.5) | 27(67.5) |
| > 4 | - | 13(32.5) | 13(32.5) |

Se dispone de baciloscopia de frotis cutáneo (SSS) en 174/327 individuos, y 40 (23%) eran positivos, con un IB desde 1 a 6+. Se detectó afectación neural periférica en 160 (48.9%) individuos; 101 (63.1%) solamente tenían un nervio afectado, 59 (36.9%) presentaban afectación neural múltiple (>1 nervio) (Tabla 3).

En el momento del diagnóstico se observó G2D en 58/327 individuos (17.7%); mano en garra (Figura 2) en 37 (63.8%) y úlceras tróficas (Figura 3) en 6 (10.3%). No había datos sobre 15 individuos. El caso más joven con G2D tenía ocho años.

Se detectó una asociación significativa entre G2D con el retraso en el registro, contactos convivientes, lepra multibacilar, engrosamiento neural y neuritis. En contraste, no se detectó asociación significativa entre género, forma clínica de la lepra, estado reaccional, positividad en frotis e Índice Bacteriológico (IB) mayor de 4+ (Tabla 4). El riesgo de presentar deformidades

en el grupo multibacilar era 7.63 veces mayor que para la lepra paucibacilar. En comparación, la presencia de casos en convivientes incrementó el riesgo por 1.87 veces (Tabla 4). En el momento del diagnóstico, la presencia de neuritis incrementó el riesgo 4.89 veces de desarrollar G2D y los niños con IB > 4 presentan un riesgo 1.95 veces mayor.

Tabla 2. Características clínicas y sociodemográficas de los niños y adolescentes con lepra (N = 327)

| Variables | Total (n = 327) (%) | 0-14 años (n = 176) (%) | 15-18 años (n = 151) (%) |
|----------------------------------|---------------------|-------------------------|--------------------------|
| Sexo (M:F) | 211:116(64:36) | 117:59(66:34) | 94:57(62:38) |
| Casos contactos | 144(44) | 83(47.1) | 61(40.4) |
| Retraso en el registro (n = 267) | | | |
| ≤ 1 año | 241(90.2) | 130(48.6) | 111(41.6) |
| > 1 año | 26(9.8) | 12(4.6) | 14(5.2) |
| Clasificación | | | |
| MB | 195(59.6) | 88(50.0) | 107(70.9) |
| PB | 132(40.4) | 88(50.0) | 44(29.1) |
| Espectro clínico | | | |
| TT | 46(14) | 37(21.0) | 9(6.0) |
| BT | 159(48.6) | 86(48.9) | 73(48.3) |
| BB | 41(12.5) | 22(12.5) | 19(12.6) |
| BL | 54(16.5) | 20(11.4) | 34(22.5) |
| LL | 22(6.7) | 6(3.4) | 16(10.6) |
| Neurítica pura | 5(1.5) | 5(2.8) | 0(0.0) |
| Engrosamiento neural | 151(46.1) | 76(43.2) | 84(55.6) |
| Reacciones | | | |
| Neuritis | 28(8.5) | 16(9.1) | 12(7.9) |
| Tipo 1 | 14(4.2) | 7(4.0) | 7(4.6) |
| Tipo 2 | 8(2.4) | 2(1.1) | 6(4.0) |
| Deformidades | | | |
| Grado 0 | 248(75.8) | 137(77.8) | 111(73.5) |
| Grado 1 | 21(6.4) | 14(8.0) | 7(4.6) |
| Grado 2 | 58(17.7) | 25(14.2) | 33(21.9) |
| Positivo SSS | 40(12.2) | 13(7.4) | 27(17.9) |
| Valor IB (n = 40) | | | |
| ≤ 4 | 27(8.2) | 10(25.0) | 17(42.5) |
| > 4 | 13(3.9) | 3(7.5) | 10(25.0) |



Figura 2. Úlceras tróficas en dos niñas



Figura 3. Úlceras tróficas en dos niños

Tabla 3. Compromiso neural múltiple (N = 160)

| | Grupo de edad | | Total (n = 160) |
|-----------------------------|---------------|----------------|-----------------|
| | 0-14 (n = 76) | 15-18 (n = 84) | |
| Tipos de nervios | | | |
| Cubital | 70(43.7) | 71(44.4) | 141(88.1) |
| Mediano | 11(6.9) | 10(6.2) | 21(13.1) |
| Poplíteo lateral | 16(10.0) | 18(11.2) | 34(21.2) |
| Tibial posterior | 16(10.0) | 22(13.7) | 38(23.7) |
| Facial | 1(0.6) | - | 1(0.6) |
| Nº de nervios comprometidos | | | |
| 1 | 47(29.4) | 54(33.7) | 101(63.1) |
| 2 | 21(13.1) | 24(15.0) | 45(28.1) |
| 3 | 7(4.4) | 5(3.1) | 12(7.5) |
| 4 | 1(0.6) | 1(0.6) | 2(1.3) |

La duración media (SD) de retraso en conseguir atención sanitaria en los niños y adolescentes era 11.12 (7.52) y 11.5 (6.31) meses, respectivamente. Todos los individuos con G2D padecieron un retraso. La mayoría de individuos (49/58 o 84.4%) que presentaron G2D tenían un retraso en el registro de menos de un año, entre los que 30 tenían períodos de retraso de 7-12 meses (Tabla 5.)

DISCUSIÓN

Se detectó un nivel elevado de retraso en el registro, G2D y reacciones entre niños y adolescentes en el momento del diagnóstico. Casi la mitad de los convivientes mantenían contacto con pacientes de lepra MB, evidenciando la importancia de la detección activa de casos de lepra para prevenir la transmisión (Tabla 1). Se detectó una mayor proporción de casos MB que PB en niños, al contrario que los resultados ofrecidos por otros estudios,¹⁴⁻¹⁶ revelando un retraso en la atención sanitaria de los casos como confirma este estudio (Tabla 1). El resultado reveló la necesidad de un cribaje activo de los convivientes y vecinos con especial énfasis en los niños y adolescentes.

El retraso en buscar atención sanitaria puede ser por una falta de información sobre la lepra de los padres o por el mismo estigma asociado a la enfermedad. Esto constituye un problema particular asociado con casos de lepra infantil, ya que ellos no son conscientes de los temas relacionados con la salud, dependen de sus padres y no pueden decidir por sí mismos. Por tanto, resulta esencial conseguir que los niños y sus padres en comunidades endémicas sean conscientes de los signos y síntomas de la lepra y que se les anime a buscar información sanitaria sobre su situación.

La incidencia en niños en este estudio fue del 4.45%, mientras que en otro estudio en la India variaba del 4% al 34%.^{3,17} Esta variación en la incidencia puede ser porque no está bien delimitado el límite superior de edad para definir un caso de lepra infantil (varía entre <14 hasta <19 años) en distintos estudios.⁵ El diagnóstico de lepra infantil constituye todo un desafío particularmente en la evaluación de la función neural periférica y la valoración de clínica de otras lesiones cutáneas similares.

En este trabajo, se diagnostican leprorreacciones en el 6.7% de los niños en el momento de su primera presentación sanitaria. Esta cifra concuerda bastante con las obtenidas en otras investigaciones con un rango de 0-29.7%.^{4,18,19}

Se observó una mayor proporción de G2D en el momento del diagnóstico en niños (14.2%) y adolescentes (21.9%) que en otros estudios de la India.^{9,20,21} Estos índices de discapacidad revelan posibles retrasos en el diagnóstico, probablemente debido a impedimentos de acceso a la atención sanitaria. Los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de G2D en este trabajo fueron la lepra MB, el retraso en recibir asistencia sanitaria, engrosamiento neural y presencia de casos entre los convivientes (Tabla 4). De acuerdo con Kar y Job, la presencia de neuritis en el momento del diagnóstico, niños más mayores y el tipo MB incrementan significativamente las deformidades visibles en niños.²² Se detectó que todos los casos con G2D se asocian con compromiso neural (Tabla 4).

La presencia de discapacidades es de la mayor importancia para cualquier paciente de lepra, y más si son niños, dado que impacta sobre su infancia y su calidad de vida. Como los niños y adolescentes dependen de sus padres y familiares, estos desempeñan un importante papel en este tema. Los programas de control de la lepra tienen que prestar especial atención a la prevención de discapacidades en la población pediátrica a través del cribaje activo en colegios e institutos.

Un informe reciente señala un gran desconocimiento de la lepra entre los pacientes, convivientes, miembros comunitarios y personal sanitario, con un resultado de un infradiagnóstico de los casos en la comunidad.²³ Asimismo, puede haber desconocimiento en el personal sanitario especializado en niños, lo que también contribuye al retraso en el diagnóstico. Por tanto, hay que sensibilizar al personal sanitario como pediatras, trabajadores comunitarios y enfermeros involucrados en niños sobre el diagnóstico precoz para así evitar discapacidades por diagnóstico tardío.

Los datos revelan que el objetivo de conseguir cero G2D en el 2030 es imposible. Una mayor percepción de la lepra en niños por el personal sanitario y una rápida asistencia sanitaria contribuirían a reducir los casos. Diagnosticar y tratar cada caso de lepra infantil nos acerca un paso más hacia la reducción de la carga de la lepra. Como los convivientes están en mayor riesgo de desarrollar lepra, una estrategia para la detección precoz en niños podría ser el cribaje de todos los niños que conviven con casos adultos afectados por la enfermedad. También hay que adoptar estrategias orientadas a la detección en niños mediante estudios en los colegios.

Tabla 4. Variables clínicas para la discapacidad entre niños y adolescentes

| Variables | N (%) | Con discapacidad (%) | Sin discapacidad (%) | Valor P | OR | IC 95% |
|----------------------------|-----------|----------------------|----------------------|---------|-------|------------|
| Edad | | | | | | |
| 15-18 | 151(46.2) | 33(10.1) | 118(36.1) | 0.073 | 1.689 | 0.95-2.99 |
| 0-14 | 176(53.8) | 25(7.6) | 151(46.2) | | | |
| Sexo | | | | | | |
| Masculino | 211(64.5) | 40(12.2) | 171(52.3) | 0.436 | 1.274 | 0.69-2.34 |
| Femenino | 116(35.5) | 18(5.5) | 98(30.0) | | | |
| Va al colegio | | | | | | |
| Sí | 289(88.4) | 52(16.0) | 237(72.4) | 0.738 | 1.170 | 0.46-2.94 |
| No | 38(11.6) | 6(1.8) | 32(9.8) | | | |
| Retraso en el registro | | | | | | |
| Sí | 267(81.7) | 58(17.7) | 102(31.2) | 0.000 | - | - |
| No | 60(18.3) | - | 167(51.1) | | | |
| Casos convivientes | | | | | | |
| Sí | 144(44.0) | 33(10.1) | 111(33.9) | 0.031 | 1.879 | 1.05-3.33 |
| No | 183(66.0) | 25(7.7) | 158(48.3) | | | |
| Engrosamiento neural | | | | | | |
| Sí | 160(48.9) | 58(17.7) | 102(31.2) | 0.000 | - | - |
| No | 167(51.1) | - | 167(51.1) | | | |
| Clasificación OMS | | | | | | |
| MB | 195(59.6) | 52(15.9) | 143(43.7) | 0.000 | 7.636 | 3.17-18.38 |
| PB | 132(40.4) | 6(1.8) | 126(38.6) | | | |
| Leprorreacción | | | | | | |
| Sí | 22(6.7) | 2(0.6) | 20(6.1) | 0.272 | 2.249 | 0.51-9.90 |
| No | 305(93.3) | 56(17.1) | 249(76.2) | | | |
| Neuritis | | | | | | |
| Sí | 28(8.6) | 13(4.0) | 15(4.6) | 0.000 | 4.892 | 2.18-10.96 |
| No | 299(91.4) | 45(13.7) | 254(77.7) | | | |
| Espectro clínico frecuente | | | | | | |
| BT | 168(51.4) | 31(9.5) | 137(41.9) | 0.728 | 1.106 | 0.62-1.95 |
| Otros | 159(48.6) | 27(8.2) | 132(40.4) | | | |
| SSS (n = 40) | | | | | | |
| Positivo | 40(23.0) | 9(5.2) | 31(17.8) | 0.132 | 1.998 | 0.81-4.91 |
| Negativo | 134(77.0) | 17(9.8) | 117(67.2) | | | |
| Valor IB (n = 40) | | | | | | |
| <4 | 13(32.5) | 4(10.0) | 9(22.5) | 0.385 | 1.956 | 0.42-8.99 |
| ≤4 | 27(67.5) | 5(12.5) | 22(55.0) | | | |

Tabla 5. Retraso en el registro en niños y adolescentes con discapacidades

| | Retraso hasta 3 meses (%) | Retraso 4-6 meses (%) | Retraso 7-12 meses (%) | Retraso > 12 meses (%) | Total (%) |
|----------------------|------------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------|
| Todos los casos | | | | | |
| Discapacidad Grado 1 | 5(6.3) | 3(3.8) | 10(12.6) | 3(3.8) | 21(26.6) |
| Discapacidad Grado 2 | 11(14.0) | 8(10.1) | 30(38.0) | 9(11.4) | 58(73.4) |
| Edad | | | | | |
| 0-14 | 8(10.1) | 8(10.1) | 16(20.3) | 7(8.9) | 39(49.4) |
| 15-18 | 8(10.1) | 3(3.8) | 24(30.4) | 5(6.3) | 40(50.6) |
| Casos MB | | | | | |
| Discapacidad Grado 1 | 4(5.1) | 2(2.5) | 8(10.1) | 3(3.8) | 17(21.5) |
| Discapacidad Grado 2 | 11(14.0) | 6(7.6) | 26(32.9) | 9(11.4) | 52(65.9) |
| Casos PB | | | | | |
| Discapacidad Grado 1 | 1(1.3) | 1(1.3) | 2(2.5) | - | 4(5.1) |
| Discapacidad Grado 2 | - | 2(2.5) | 4(5.1) | - | 6(7.6) |

Resulta fundamental formar todo el espectro de personal sanitario para diagnosticar lepra. Hay que mantener este aprendizaje y experiencia para continuar diagnosticando lepra mientras haya una elevada proporción de casos en niños.

CONCLUSIÓN

Los casos de lepra en la población pediátrica, sobre todo con un elevado porcentaje de casos MB, es una señal epidemiológica importante de transmisión activa en la población general. Los hallazgos del estudio sobre G2D en niños como resultado del retraso en el diagnóstico, indican lagunas en la percepción de la enfermedad. Es posible prevenir discapacidades relacionadas con la lepra en niños y adolescentes a través de la detección precoz mediante cribaje en áreas concretas y de un incremento en la percepción de la lepra entre la población general y personal sanitario.

APROBACIÓN ÉTICA

No fue necesaria la aprobación ética porque los registros del estudio son anónimos.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no existir conflicto de intereses.

FINANCIACIÓN

Este estudio no fue financiado.

CONTRIBUYENTES

Idea y diseño del estudio: BU; recopilación de datos: BU, AS, RS, RM y NS; análisis de datos: NV; borrador inicial del artículo: BU; revisión crítica del contenido intelectual del documento: AS; aprobación final de la versión a publicar: todos los autores.

CONSENTIMIENTO DE LOS PACIENTES

Se obtuvo el consentimiento de los padres para publicar las fotografías.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el apoyo del personal de campo de las clínicas de LEPRO Society a lo largo de la India por su enorme colaboración durante la recopilación de datos. Lepra Society-BPHRC está fundamentalmente fundada por Lepra, Colchester, Reino Unido. Nuestro sincero agradecimiento a la Profesora Diana Lockwood por el apoyo y la revisión crítica del manuscrito.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Global burden of leprosy at the end of 2013. *Wkly Epidemiol Rec*, 2013; 35: 365–380.
2. NLEP Annual Report, 2016–2017. Central Leprosy Division, Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare Government of India. Nirman Bhavan, New Delhi.
3. Sardana K. A study of leprosy in children, from a tertiary pediatric hospital in India. *Lepr Rev*, 2006; 77: 160–162.
4. Jain S, Reddy RG, Osmani SN et al. Childhood leprosy in an urban clinic, Hyderabad, India: clinical presentation and the role of household contacts. *Lepr Rev*, 2002; 73: 248–253.
5. Narang T, Kumar B. Leprosy in children. *Indian J Paediatr Dermatol*, 2019; 20: 12–24.
6. John AS, Rao PS, Kundu R, Raju MS. Leprosy among adolescents in Kolkata, India. *Indian J Lepr*, 2005; 77: 247–253.
7. Rao AG. Study of leprosy in children. *Indian J Lepr*, 2009; 81: 195–197.
8. Horo I, Rao PSS, Nanda NK, Abraham S. Childhood leprosy: profile from a leprosy referral hospital in West Bengal, India. *Indian J Lepr*, 2010; 82: 33–37.
9. Singal A, Sonthalia S, Pandhi D. Childhood leprosy in a tertiary-care hospital in Delhi, India: a reappraisal in the post-elimination era. *Lepr Rev*, 2011; 82: 259–269.
10. Rao P N. Global leprosy strategy 2016–2020: Issues and concerns. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 2017; 83: 4–6.
11. NLEP. Training manual for medical officers, Chapter 7. In: Classification and Management of Leprosy. New Delhi, India: Directorate of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare. <http://nlep.nic.in/training.html>.
12. Brandsma JW, van Brakel WH. WHO disability grading: Operational definitions. *Lepr Rev*, 2003; 74: 366–373.
13. George R, Rao PS, Mathai R, Jacob M. Intrafamilial transmission of leprosy in Vellore Town, India. *Int J Lepr Other Mycobact Dis*, 1993; 61: 550–555.
14. Grover C, Nanda S, Garg VK, Reddy BS. An epidemiologic study of childhood leprosy from Delhi. *Pediatr Dermatol*, 2005; 22: 489–490.
15. Kumar V, Baruah MC, Gargh BR. Childhood leprosy - a clinicoepidemiological study from Pondicherry. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 1989; 55: 301–304.
16. Wesley RS, Nair G, Nair BH. Leprosy among school children in Trivandram city. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 1990; 56: 286–288.
17. Palit A, Inamadar AC, Desai SS, Sharma P. Childhood leprosy in the post-elimination phase: Data from a tertiary health care Hospital in the Karnataka state of south India. *Lepr Rev*, 2014; 85: 85–92.

18. Vara N. Profile of new cases of childhood leprosy in a hospital setting. *Indian J Lepr*, 2006; 78: 231–236.
19. Tasleem Arif et al. Clinico-Epidemiological Study Of Childhood Leprosy From A Tertiary Care Hospital. *Int J Curr Adv Res*, 2017; 06(04): 3379–3381.
20. Gupta R, Sinha R, Pradhan S. Childhood Leprosy Scenario at a Tertiary Level Hospital: A Four – Year Retrospective Study. *Indian J Lepr*, 2019; 91: 217–224.
21. Pradhan S, Nayak BP, Padhi T, Sahu K. Clinicoepidemiological profile of childhood leprosy in Western Odisha: A retrospective, hospital-based study. *Indian J Paediatr Dermatol*, 2020; 21: 105–109.
22. Kar BR, Job CK. Visible deformity in childhood leprosy – A 10-year study. *Int J Lepr Other Mycobact Dis*, 2005; 73: 243–248.
23. Van 't Noordende AT, Korfage IJ, Lisam S, Arif MA, Kumar A, van Brakel WH. The role of perceptions and knowledge of leprosy in the elimination of leprosy: A baseline study in Fatehpur district, northern India. *PLoS Negl Trop Dis*, 2019; 13(4): e0007302.



DR. WILLIAM FELTON ROSS

Felton Ross nació el 9 de mayo de 1922 en Leominster, Inglaterra. Se graduó en Medicina en el London Hospital Medical College en 1954. Fue el director y fundador del Centro Africano para la Capacitación en la Rehabilitación y Formación en Lepra de Addis Abeba (ALERT). Posteriormente, se trasladó a Estados Unidos como Director Médico de American Leprosy Mission, primero en Nueva Jersey y después en Carolina del Sur. Viajó por todo el mundo para evaluar y promocionar proyectos relacionados con la enfermedad de Hansen.

Falleció el 3 de marzo de 2022.

Descanse en paz.

Foto: <https://obituaries.goshennews.com/obituary/william-ross-1084618862>

XII CONGRESO SEMTSI

Hemos tenido la suerte de participar en el XII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional (SEMTSI), celebrado en Pamplona del 8 al 10 de marzo de 2022.

Fontilles presentó tres trabajos sobre la enfermedad:

- Los Agotes
- Personajes históricos que murieron de lepra
- Investigación del estigma y las comorbilidades del paciente de lepra

Agradecemos la invitación por parte de la Sociedad de Medicina Tropical a su Congreso, que ha tenido una perfecta organización.

José Ramón Gómez Echevarría
Director Médico Lepra

CURSO DE ENFERMEDADES EMERGENTES E IMPORTADAS MEDICINA DEL VIAJERO

Como en los últimos años, el día 28 de marzo de 2022, participamos en la docencia del curso celebrado en el Hospital San Juan, de Alicante, para hablar de lepra y úlcera de Buruli.

Agradecemos la invitación a su Director, el Dr. José Manuel Ramos Rincón.

MÀSTER DE MALALTIES A PAÏSOS EN DESENVOLUPAMENT

El día 26 de abril de 2022 acudieron al Sanatorio los cursillistas del Màster de Malalties a Països en Desenvolupament que se celebra en Valencia.

Los participantes recibieron información sobre la historia de Fontilles, lepra y úlcera de Buruli.

MÁSTER DE MEDICINA TROPICAL DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA

Los días 29 de abril al 1 de mayo de 2022 tuvimos en el Sanatorio a los alumnos y profesores del Máster de Medicina Tropical de la Universidad Autónoma de Barcelona, y hablamos de Fontilles, la lepra y la úlcera de Buruli.

Destacar el alto número de participantes, 42 en esta ocasión. Todo el personal sanitario venía con la idea de participar en proyectos de Cooperación en los próximos años.

José Ramón Gómez Echevarría
Director Médico Lepra

ENCUENTRO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN APARF (PORTUGAL)



Invitado por la APARF, he participado en el Encuentro Nacional celebrado en Fátima (Portugal) en el que se conmemoraba el 35º Aniversario de la Associação Portuguesa Amigos de Raoul Follereau (APARF) durante los días 4 y 5 de junio de 2022.

Me han brindado la posibilidad de hablar de Historia de la lepra y aspectos clínicos, así como del tratamiento de la enfermedad, y la Associação Portuguesa Amigos de Raoul Follereau me ha nombrado socio honorífico de su prestigiosa organización.

Agradecer el buen trato recibido durante estos días y felicitar a la APARF por su ya largo y brillante trabajo en la lucha contra esta enfermedad.

José Ramón Gómez Echevarría
Director Médico Lepra

LA OMS ANUNCIA UN NUEVO MARCO ESTRATÉGICO PARA COMBATIR LAS ENFERMEDADES TROPICALES CUTÁNEAS DESATENDIDAS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció el pasado 8 de junio a través de un webinar el lanzamiento de un documento asociado a la hoja de ruta con el propósito de ayuda a los países endémicos en el control de enfermedades tropicales cutáneas desatendidas (NTDs, en inglés).

A los países donde estas enfermedades son endémicas se les aconsejaría adoptar el marco para planificar e implementar el control de enfermedades tropicales cutáneas desatendidas basado en la endemidad local de las mismas. De las 20 enfermedades en las listas de la OMS, más de la mitad presentan manifestaciones cutáneas.

Un planteamiento integrado frente a estas NTDs cutáneas puede disminuir su transmisión, evitar retrasos en su diagnóstico y facilitar tratamientos.

Organización Mundial de la Salud. (2021). Poner fin a la desatención para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible: hoja de ruta sobre enfermedades tropicales desatendidas 2021-2030. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346561>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO



ISBN

9789240026520 (versión electrónica)

9789240026537 (versión impresa)

Idioma

español

21° CONGRESO INTERNACIONAL DE LEPROLOGÍA

Del 8 al 11 de noviembre de 2022, la ciudad de Hyderabad (India), acogerá el próximo Congreso Internacional de Leprología donde, tanto de forma presencial como virtual, se presentarán los últimos avances en varios aspectos de la lepra como el diagnóstico, su terapéutica, epidemiología y su impacto en la práctica clínica y el manejo de la enfermedad.

El 21° Congreso Internacional de Leprología también ha iniciado el *Programa Mentor de Resumen (Abstract Mentor Program, en inglés)* con el objetivo de apoyar las necesidades de los investigadores, prestadores de servicios médicos y estudiantes a la hora de mejorar sus resúmenes antes de entregarlos, con el fin de aumentar la oportunidad de que su trabajo sea presentado en el Congreso.

Para consultas sobre el registro

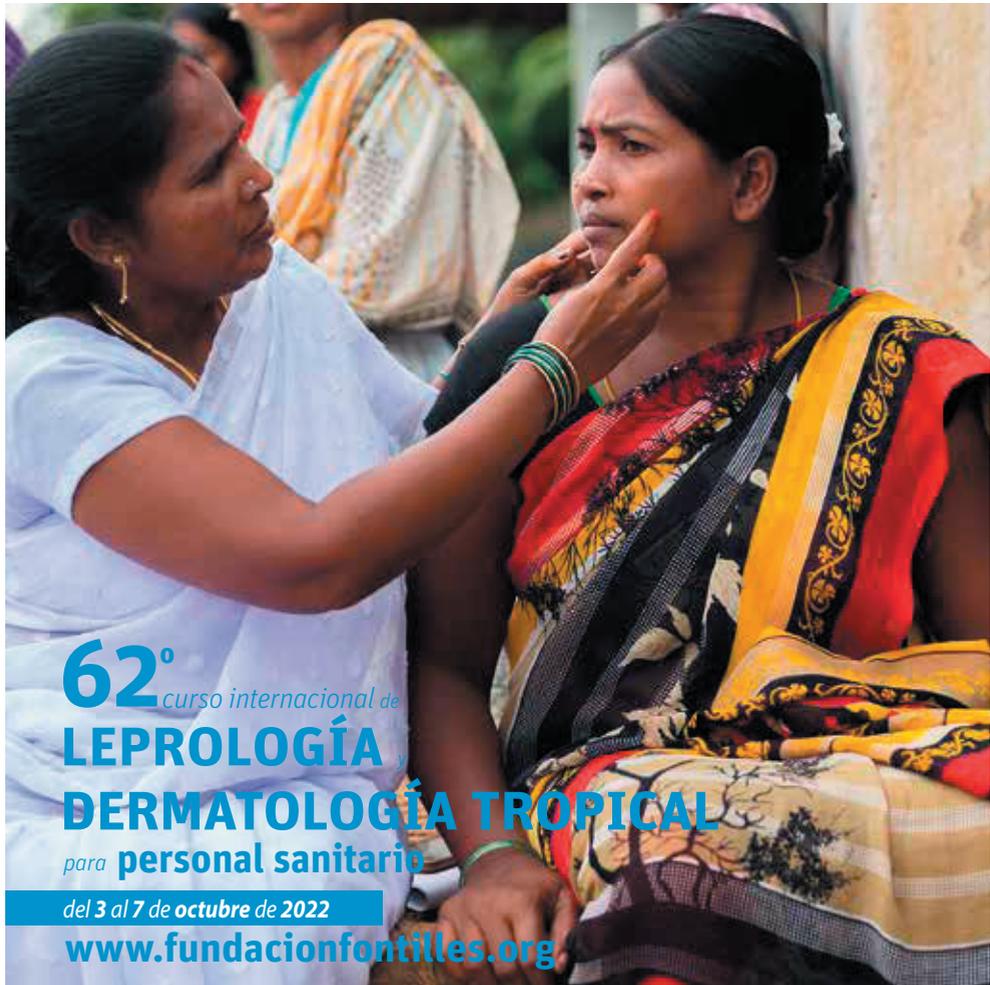
Correo electrónico: registrations@ilc-india2022.com

Para consultas sobre la presentación de los resúmenes

Correo electrónico: abstracts@ilc-india2022.com

Para más información visite la página del Congreso:

<https://www.ilc-india2022.com>



62° curso internacional de
LEPROLOGÍA

DERMATOLOGÍA TROPICAL

para personal sanitario

del 3 al 7 de octubre de 2022

www.fundacionfontilles.org

Curso dirigido a **personal paramédico, diplomados en enfermería, fisioterapeutas, trabajadores sociales y otros titulados interesados en lepra y patología dermatológica**

Objetivo

Este curso tiene como objetivo que los participantes conozcan las características clínico-epidemiológicas de la lepra y aprendan las técnicas de diagnóstico, prevención y control de la enfermedad. Además, se formarán sobre otras patologías dermatológicas que se dan en zonas tropicales. En el trabajo sobre el terreno son muy frecuentes las consultas dermatológicas, fundamentalmente de procesos infecciosos. Las condiciones climatológicas, el hábitat, el hacinamiento... favorecen la aparición de estos procesos. Se ha valorado que aproximadamente un 20% de las consultas, en estos contextos, son dermatológicas. En este curso hacemos un repaso de aquellas patologías que se dan con mayor frecuencia junto a otras excepcionalmente observadas.

Temario

♦ Definición, historia, epidemiología distribución geográfica, etiología. Transmisión de la lepra. ♦ Pruebas diagnósticas y de laboratorio. ♦ Patología. ♦ Espectro clínico de la lepra. Tipos clínicos. ♦ Manifestaciones neurológicas. Otras manifestaciones clínicas. ♦ Leprorreacciones. ♦ Diagnóstico diferencial. ♦ Lepra y embarazo. ♦ Tratamiento de las diferentes formas. ♦ Manejo del enfermo de lepra. ♦ Rehabilitación física. ♦ Aspectos psicológicos de la lepra. ♦ Patología dermatológica tropical frecuentemente observada en el trabajo sobre el terreno.

Dirección

Dr. José Ramón Gómez Echevarría · Director Médico de Lepra de Fontilles.

Profesorado

♦ Lucrecia Acosta. Responsable del diagnóstico molecular e investigación del laboratorio de Fontilles. ♦ Violeta Bagase. Médico de familia del Hospital de Ibiza. ♦ Vicente Buigues. Oftalmólogo Sanatorio Fontilles ♦ Cristina Ferrer. Técnica especialista del laboratorio del Sanatorio Fontilles. ♦ José Ramón Gómez . Director médico de lepra del Sanatorio Fontilles. ♦ Fátima Moll. Fisioterapeuta y Due. Hospital Comarcal La Pedrera – Denia. ♦ Pedro Torres. Jefe de laboratorio e investigación de Fontilles.

Fecha y lugar de celebración

Del 03 al 07 de octubre de 2022
Sanatorio de Fontilles · La Vall de Laguar (Alicante)

Coste

150€*

*Incluye alojamiento a pensión completa en el Sanatorio.
Pago una vez se comunique haber sido aceptado en el curso

Preinscripción y matrícula. Plazas limitadas

E-mail: rosana@fontilles.org · marisa@fontilles.org Tel: 00 34 965 583 350

Enviar email con datos personales: nombre, apellidos, dirección completa, DNI, titulación académica, email y teléfono. Adjuntar currículum vitae.



58° curso internacional de
LEPROLOGÍA
para **médicos**

del 21 al 25 de noviembre de 2022

www.fundacionfontilles.org

Curso dirigido a médicos dermatólogos que deseen especializarse en leprología y a médicos interesados en los problemas actuales de la lucha contra la lepra y en patología dermatológica tropical

Objetivo

Este curso tiene como principal objetivo que los participantes conozcan las características clínico-epidemiológicas, diagnósticas, preventivas y de control de la lepra, así como su reconocimiento y diferenciación de otras patologías dermatológicas.

Temario

♦Definición, historia, epidemiología distribución geográfica, etiología. Transmisión de la lepra. ♦Inmunidad. ♦Pruebas diagnósticas y de laboratorio. ♦Patología. ♦Espectro clínico de la lepra. Tipos clínicos. ♦Características histológicas. ♦Manifestaciones neurológicas. Otras manifestaciones clínicas. ♦Lepra-reacciones. ♦Diagnóstico y actitud en el campo. ♦Diagnóstico diferencial cutáneo. ♦Lepra y embarazo. ♦Tratamiento de las diferentes formas. ♦Manejo del enfermo de lepra. ♦Rehabilitación física. ♦Aspectos psicológicos de la lepra. ♦Reconocimiento de las diferentes patologías cutáneas más frecuentes en la piel de color. ♦Patología dermatológica tropical frecuentemente observada en el trabajo sobre el terreno.

Dirección

Dr. José Ramón Gómez Echevarría · Director Médico de Lepra de Fontilles

Profesorado

♦Lucrecia Acosta. Responsable del diagnóstico molecular e investigación del laboratorio de Fontilles. ♦Violeta Bagase. Médico de familia del Hospital de Ibiza. ♦Vicente Buigues. Oftalmólogo Sanatorio Fontilles. ♦Jesús Cuevas e Itziar Eraña. Servicio de Anatomía Patológica del H. General Universitario de Guadalajara. ♦Fernando Fariñas. Director del Instituto de Inmunología y Enfermedades Infecciosas de Málaga. ♦Cristina Ferrer. Técnica especialista del laboratorio del Sanatorio Fontilles. ♦José Ramón Gómez . Director médico de lepra del Sanatorio Fontilles. ♦Francisco José Lorente. Médico especialista en traumatología y cirugía ortopédica en el H. La Fe de Valencia. ♦Fátima Moll. Fisioterapeuta y Due. Hospital Comarcal La Pedrera – Denia. ♦Laura Moya . Técnica en la Unidad de Apoyo de la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. ♦Juan Manuel Núñez. Odontólogo Sanatorio Fontilles. ♦Rafael Sirera. Profesor titular Departamento Biotecnología Universidad Politécnica de Valencia ♦Liana Miranda. Especialista del Hospital Dermatológico Alfredo da Matta-Manaus (Brasil) ♦Inés Suárez. Servicio de medicina Interna del H. Infanta Sofía de Madrid. ♦Pedro Torres. Jefe de laboratorio e investigación de Fontilles.

Fecha y lugar de celebración

Del 21 al 25 de noviembre de 2022
Sanatorio de Fontilles · La Vall de Laguar, Alicante

Coste

200 €*

*Incluye alojamiento a pensión completa en el Sanatorio.

Pago una vez se comunique haber sido aceptado en el curso

Preinscripción y matrícula. Plazas limitadas

E-mail: rosana@fontilles.org · marisa@fontilles.org · Tel: 00 34 965 583 350

Enviar email con datos personales: nombre, apellidos, dirección completa, DNI, titulación académica, email y teléfono. Adjuntar currículum vitae.

Respuesta comercial
Autorización núm. 13654
B.O. de correos
(fecha: 04-11-94)

No
necesita
sello

fontilles
salud  desarrollo

Apartado 112FD/4600010
46080 Valencia



***Biblioteca Médica del Sanatorio San Fco. de Borja
03791 Fontilles (Alicante)
España***

***Tel. 965 58 33 50
Fax. 965 58 33 76
biblioteca@fontilles.org***

Nombre/ Name

Apellidos/ Surname

Dirección/ Address

.....

Población/ City C.P/ P.O.Box

País/ Country

e.mail: Teléfono/ Phone

N.I.F/ Passport number

- Suscripción anual a la Revista Leprología*
- España 30 €/año Extranjero vía ordinaria 42 €/año
- vía aérea 60 €/año
- Solicitud del n.º atrasado*
- España 8 € Extranjero 16 €

Forma de Pago

- Contrareembolso
- Cheque bancario a nombre de Fontilles
- Transferencia bancaria

Banco Santander:
IBAN/BIC: ES42 0049 3564 65 2014015186

fecha y firma