

Artículo Especial

LA LEPROA EN HONDURAS

Leprosy in Honduras

Dr. Comelio Escoto Umanzor

Médico Salubrista

Jefe del Programa Nacional de Control/Eliminación de la Lepra
1987-1997

RESUMEN

La lepra persiste como un serio problema para muchos de los llamados países en vía de desarrollo. En Honduras no constituye un problema de gran magnitud en comparación con otras enfermedades, pero su trascendencia está en las discapacidades físicas y sociales que origina. Debe hacerse una detección temprana, tomando en cuenta que aunque las manifestaciones dermatológicas pueden aparecer primero, son los daños neurológicos los que producen minusvalidez. Los criterios diagnósticos cardinales son deterioro sensorial de la zona afectada, engrosamiento y sensibilidad de los nervios periféricos, y presencia de bacilos ácido-alcohol-resistentes (BAAR) no cultivables en las lesiones.

Hasta 1982 no se contaba en el mundo con un tratamiento eficaz contra la lepra, pero la poliquimioterapia (PQT) recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a base de dapsona, rifampicina y clofazimina permite reducir los períodos de medicación, interrumpir la transmisión y lograr la curación del paciente. Se revisa la epidemiología de la enfermedad en Honduras, donde se obtuvieron logros significativos en la reducción de su prevalencia a partir de la implantación de la poli-quimioterapia y del Plan Nacional de Eliminación de la Lepra en 1982. Aunque éste fue clausurado prematuramente en 1997, actualmente las autoridades de salud están retomando el problema.

Palabras clave: lepra, minusvalidez, dapsona, rifampicina, clofazimina

ABSTRACT

Leprosy is still a serious problem for many developing countries. In Honduras, it does not constitute a problem of great magnitude when compared with other diseases, but its transcendence lies in the physical and social limitations that result. Early detection is important, taking into account that although the dermatologic manifestations can appear first, it is the neurological damage that produces the most serious disabilities. The cardinal diagnostic criteria are sensory impairment of the affected area, palpably enlarged peripheral nerves, and presence of uncultivable acid-alcohol resistant bacilli (BAAR) in the lesion.

Until 1982, effective treatment for leprosy did not exist. The World Health Organization recommends poly-chemotherapy using dapsone, rifampin, and clofazimine to reduce periods of drug therapy, interrupt transmission, and cure the patient. In Honduras, significant gains in the reduction of prevalence were obtained after implementation of poly-chemotherapy as part of the National Plan to Eliminate Leprosy, which began in 1982. Although this program was closed prematurely in 1997, health authorities are currently reevaluating the problem.

Key words: leprosy, disability, dapsone, rifampin, clofazimine.

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Antes de analizar la prevalencia de la lepra en Honduras, conviene hacer un resumen de las características generales y epidemiológicas de esta entidad morbosa que nos permita entender la situación en nuestro país.

La lepra es una enfermedad infecciosa y crónica de muy baja transmisibilidad, causada por el bacilo *Mycobacterium leprae*, que afecta principalmente a los nervios periféricos y la piel. Los nervios pueden afectarse desde los filetes nerviosos periféricos hasta el ganglio de la raíz dorsal.

Existe una enfermedad parecida a la lepra que es adquirida naturalmente (leprosy like disease - LLD) y que se ha detectado en algunos armadillos, chimpancés y en dos monos Mangabey. La lepra es una enfermedad que afecta solamente al hombre. El período de incubación no se conoce con certeza, pero oscila entre los 3 meses y los 40 años con una media de 5 años (1).

A la lepra se le considera como una de las enfermedades más antiguas de la humanidad. Es muy probable que sea originaria de la India pues la primera descripción auténtica sobre las varias formas de la lepra proviene de ese país y fue descrita como "kushta" en el "Sushruta Samhita", escrita en la India en el año 600 A.C. según Vaghbata (600 D.C.), el nombre de "kushta" proviene de "Kushnati" que significa "corroerse" en sánscrito.

En una momia egipcia del siglo II A.C. se encontraron lesiones óseas de la lepra. Se cree que los soldados de Pompeyo al volver de Egipto (62 A.C.) llevaron la lepra

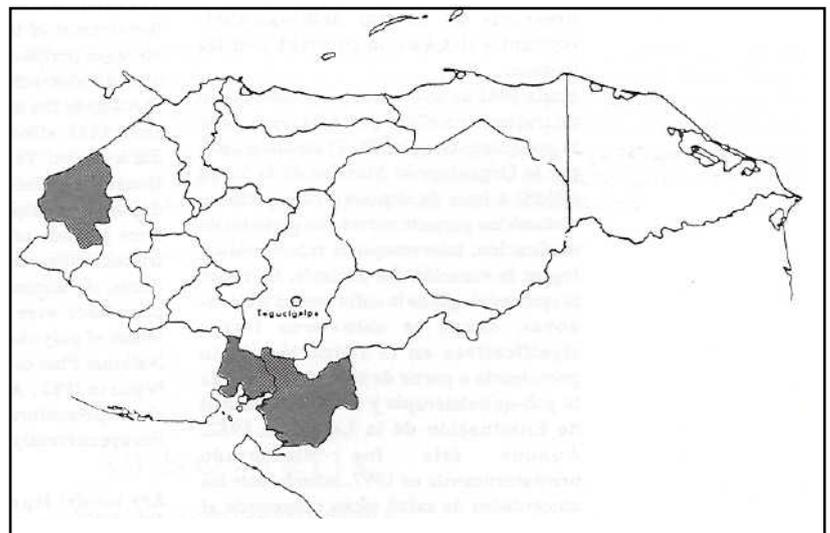
a Italia, luego fue llevada a la zona mediterránea por los soldados de Alejandro Magno y se extendió después por toda Europa. Es probable que durante la Edad Media se extendió al continente africano y fue introducida en América a mediados del siglo XVI por los emigrantes europeos y más tarde por los esclavos africanos, especialmente los que llegaron al Brazil (1).

Es muy probable que las corrientes migratorias trajeran la lepra a nuestro país, pues los grandes focos endémicos se encuentran en la zona sur de Honduras (Figura 1) e igualmente en Nicaragua. Estos focos están ubicados en la zona nor-occidental de aquel país en la frontera con nuestro país y coincidiendo con nuestra zona sur. El Salvador por su parte, ha registrado su zona de mayor endemicidad en la frontera con Honduras, además muchos de ellos tienen parentesco independientemente del país de origen.

El *Mycobacterium leprae* fue descubierto en 1873 por Hansen y Bergen en Noruega. Seis años más tarde (1879) el alemán Albert Neisser tiñó el microorganismo con fucsina y violeta de genciana. Este es un bacilo intracelular ácido-alcohol-resistente BAAR, grampositivo, que se multiplica principalmente en el interior de los macrófagos de la piel (histiocitos) y de los nervios (células de Schwann). Es bastante similar al *M. tuberculosis*, pero el *M. leprae* es menos ácido-alcohol-resistente que aquel.

Los bacilos leproso son muy raros en lesiones causadas por la lepra paucibacilar, pero abundan en la lepra multibacilar. Un gramo de tejido lepromatoso puede contener hasta 7,000 millones de bacilos leproso y aunque el descubrimiento del bacilo es anterior al de la tuberculosis, aún no se ha podido cultivar en un medio artificial. El tiempo de generación para el *M. leprae* en la almohadilla plantar de un ratón es de 12 a 13 días (el más largo de

FIGURA No. 1 Regiones de Honduras donde se han detectado focos de lepra.



cualquier bacilo conocido). El de la tuberculosis es de sólo 20 horas (1).

El habitat nervioso de los bacilos de Hansen (o de la lepra) se encuentra en el interior de la célula de Schwann, o a veces en el axón que la cubre. Los lugares de multiplicación de este bacilo son además de las células de Schwann de los nervios periféricos, la musculatura lisa y estriada.

En la piel, los bacilos se encuentran en los músculos erectores del pelo, los folículos pilosos, las glándulas sudoríparas, la media muscular de las arteriolas, el borde endotelial de los pequeños vasos sanguíneos, el dartos del escroto y el músculo liso del iris.

También se puede encontrar bacilos en las secreciones nasales, mucosa nasal, erosiones, úlceras y ampollas de enfermos con lepra lepromatosa y borderline, el esputo, semen, sudor sebo, lágrimas y leche materna de los lepromatosos no tratados e igualmente en enfermos en estado reaccional (3).

EPIDEMIOLOGÍA

En general se cree que el contacto prolongado y cercano es indispensable para la transmisión de la enfermedad, además se estima que sólo un 5% de la población es susceptible de enfermar de la lepra porque la mayoría tiene inmunidad natural.

No es necesario que el contacto sea directo de piel a piel, ya que es la nariz y no la piel, la principal puerta de salida para los bacilos procedentes de los enfermos multibacilares. Los enfermos no tratados pueden

descargar hasta 100 millones de bacilos por día a través de sus secreciones nasales. Actualmente se cree que la inhalación de gotitas cargadas de bacilos es la vía de entrada más probable a las personas en contacto; estos bacilos inhalados penetran en las vías respiratorias y son transportados a los sitios más convenientes para su multiplicación (1).

Aunque los bacilos de la lepra han sido encontrados en el esperma, óvulos, cordón umbilical, placenta y hasta en el feto, el riesgo de transmisión congénita es muy remoto. La transmisión indirecta no es importante en la diseminación de la lepra. Los niños corren mayor riesgo de contraer la enfermedad, pero puede presentarse a cualquier edad y dado el largo período de incubación es más frecuente en los mayores de 15 años especialmente en nuestro país. La enfermedad afecta más a los hombres que a las mujeres en una proporción de 2:1(2).

La susceptibilidad a la infección leprosa va desde un estado refractario absoluto hasta una completa ausencia aparente de resistencia. La receptividad parece estar genéticamente determinada. La prevalencia de la lepra es mayor en las regiones

CUADRO No. 1

Los tres síntomas cardinales de la lepra.

1. Deterioro sensorial de la zona afectada.
2. Engrosamiento y sensibilidad de los nervios periféricos asociados con daño a éstos, pérdida sensorial y perturbación del sudor.
3. Presencia de BAAR no cultivables en las lesiones.

cálidas y húmedas, pero aparentemente el clima no parece jugar un papel epidemiológico en esta enfermedad; no obstante sabemos de estudios hechos en Cuba que aparentemente relacionan la prevalencia de la lepra de acuerdo a situación urbana o rural, siendo más prevalente en área urbana, pero en nuestro país es todo lo contrario.

La alimentación no juega un papel directo en la epidemiología de la lepra, pero la promiscuidad debida a las deficientes condiciones de vida, a su vez condicionan un contacto más frecuente con el foco de la enfermedad favoreciendo el contagio. La transmisión de la lepra depende ante todo de la capacidad de contagio de la persona infectada, la receptividad de la persona en contacto y la intimidad, frecuencia y duración de la convivencia.

EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES Y ASPECTOS CLÍNICOS DE LA LEPROSA

La mayoría de las personas que han estado en contacto con un enfermo multibacilar desarrollan una infección sub-clínica comparable al complejo de Ghon de la tuberculosis, pero en más del 95%

de ellas no se desarrolla la enfermedad. En el resto de las personas aparecerá una mácula única o algunas hipocromías propias de la lepra indeterminada.

Lepra indeterminada

Es frecuentemente el comienzo clínico de la enfermedad y puede pasar fácilmente inadvertida. Las lesiones pueden curarse espontáneamente o persiste o desarrollarse hacia una de las formas definidas de la enfermedad. Algunos enfermos pueden desarrollar formas de lepra definida sin pasar por la fase indeterminada (3).

Las características clínicas de la lepra indeterminada son máculas únicas o múltiples asimétricas, ligeramente hipo-pigmentadas, débilmente eritematosas y con límites imprecisos mal definidos. La sensibilidad cutánea es normal en la zona afectada o está ligeramente disminuida, la sudoración, el crecimiento del pelo es normal y los frotis son negativos a pesar de que ya existen BAAR.

Lepra tuberculoide

Presenta rasgos histopatológicos similares a los de la tuberculosis, es relativamente benigna y los análisis bacteriológicos raras veces dan resultados positivos. La lesión cutánea es generalmente solitaria, aunque pueden existir 2 ó 3 lesiones asimétricas, usualmente de 10 cm de diámetro o menos.

Las lesiones suelen ser rojizas, marrones o hipo-pigmentadas, ovaladas o redondas, bien delimitadas, y con borde definido. La sensibilidad en las lesiones está determinada o abolida, toda la

zona es asintomática (no hay prurito), la sudoración está bastante disminuida en la zona. A veces hay descamación y placas con apariencia psoriasiforme. A veces puede apreciarse engrosamiento de los nervios periféricos y que por orden de frecuencia son cubital, tibial posterior, ciático poplíteo externo, mediano, facial, trigémino, auriculares mayores y supraorbitarios. La lesión consiste en pérdida de la sensibilidad, dolor, debilidad muscular y parálisis.

Lepra borderline

Es el tipo más común y se subdivide en los siguientes grupos: borderline-tuberculoide (BT), medio-borderline (BB) y borderline-lepromatosa (BL) (3).

Las lesiones se pueden presentar como placas infiltradas eritematosas o de color cobre, sobresaliente en el centro dando impresión de *un platillo al revés*. Las lesiones maculares varían en número, tamaño y forma; cuanto más cerca esté el paciente al extremo lepromatoso, más numerosas, más brillantes, menos definidas, menos asimétricas y anestésicas son las lesiones. La hipoestesia y la debilidad en el crecimiento del pelo son

características de la lepra borderline.

Lepra lepromatosa

Tiene como manifestaciones tempranas el rubor facial que empeora con la exposición al sol, eritema nudoso, secreciones nasales sanguinolentas y obstrucción nasal. Es común también la ulceración de la mucosa nasal, así como aplastamiento de la punta de la nariz. Las complicaciones oculares son una amenaza para la calidad de vida del paciente, puede haber esterilidad, ginecomastia e impotencia sexual. Los nervios periféricos están engrosados y dolorosos a la presión, luego viene una fibrosis de los troncos nerviosos ocasionando parálisis, mano en garra y pies cavos. Las máculas son pequeñas, múltiples y simétricas, con una superficie lisa y brillante, el pelo y las cejas son escasos.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

El diagnóstico combina hallazgos clínicos y laboratoriales (Cuadro 1). Hasta 1941 no se contaba con un fármaco verdaderamente eficaz contra la lepra y por muchos años se aplicó contra la

CUADRO No. 2
Clasificación de la lepra según la Escala de Ridley

Indeterminada (I)	Paucibacilar.
Bordeline Bordeline (BB)	Multibacilar.
Bordeline Tuberculoide (BT)	Paucibacilar.
Bordeline Lepromatosa (BL)	Multibacilar.
Tuberculoide (TT)	Paucibacilar.
Lepromatosa (LL)	Multibacilar.

CUADRO No. 3
Esquemas de tratamiento de la lepra

Poliquimioterapia para adulto con lepra paucibacilar

Dapsona	100 mgs diarios
Rifampicina	600 mgs 1 vez al mes
Duración:	6 meses

Poliquimioterapia para adulto con lepra multibacilar

Dapsona	100 mgs diarios
Rifampicina	600 mgs 1 vez al mes
Clofacimina	300 mgs 1 vez al mes más 50 mgs diarios
Duración:	2 años.

Poliquimioterapia para niños con lepra paucibacilar

Dapsona Edades	Rifampicina Dosis diarias (mg)	Dosis mensual (mg)
3-4 años	150-300	
5-14 años	50-100	300-450
15 y más años	100	600

Poliquimioterapia para niños con lepra multibacilar

Dapsona Edades	Rifampicina Dosis diarias (mgs)	Dosis mensual (mgs)
3-4 años	25	150-300
5-14 años	50-100	300-450
15 y más años	100	600

Edades	Clofacimina (mgs)		
3- 4 años	100	1 vez por semana	100 mensual
5-14 años	150	1 vez por semana	150-200 mensual
15 y más años	50	diario	300 mensual

Regímenes de poli-quimioterapia para adultos según las recomendaciones del Grupo de Estudio de la OMS sobre Lepra 1982, y que Honduras adoptó (4-5).

lepra monoterapia a base de dapsona, cuya composición química es 4:4 diamino-difenil-sulfona (DDS), utilizada por primera vez en 1946 por Cochrane en la India. Esta es una droga bacteriostática de muy baja actividad bactericida y que se administraba indefinidamente, lo que dio lugar a resistencia bacteriana; pero a partir de 1982 se utiliza la poli-quimioterapia a base de dapsona, rifampicina y

clofacimicina que puede detener efectivamente el curso de la lepra e interrumpir su transmisión.

En Honduras se inició la quimioterapia prácticamente desde que ésta estuvo al alcance de los países vía Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en 1982. En 1982 se elaboró un Plan Nacional para Eliminación de la Lepra cuyo propósito es disminuir la

prevalencia en forma estratificada a menos de 1x10,000 habitantes, meta que prácticamente logramos en 1996, pero queda pendiente la certificación nacional e internacional de este logro y establecer medidas que le den sostenibilidad al proceso.

En la década de los años setenta se registraban en Honduras alrededor de 400 casos de lepra que logró disminuirse a menos de

200 entre 1982 y 1991 y luego entre 1992 y 1996 de redujo a 84 casos.

El tratamiento se instala de acuerdo a la clasificación de la lepra según se describe en el Cuadro 2.

ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA LEPROSIS EN HONDURAS 1992-1996

Se hace el análisis de la incidencia de la lepra en el país a partir de 1992 porque fue a partir de esa fecha que se inició el "Plan Nacional de Eliminación de la Lepra en Honduras" (6) y es necesario analizar los logros alcanzados hasta 1996 (Cuadro 4).

El objetivo principal del referido Plan fue disminuir la prevalencia de lepra en forma estratificada en el país a menos de 1x10,000 habitantes. Antes de iniciarse el Plan la prevalencia nacional ya se encontraba aparentemente a menos de 1x10,000 habitantes, pero a nivel local existían municipios que superaban en mucho esta tasa; además, hay que considerar que aún no estaba fortalecida la vigilancia epidemiológica, lo que no garantizaba el registro de la realidad del problema.

Con el apoyo de la "Fundación Teletón" se pretendía rehabilitar a los pacientes con

discapacidades, que en 1996 eran más del 50% de los registrados. En el cuadro correspondiente se observó que hubo un promedio de 2.6 casos nuevos por año, siendo 1993 el año con mayor número de ingreso (5) y 1996 el menor (1). Igualmente el año 1993 registró el mayor número de egresos (3) y en 1996 no hubo egresos.

En los años previos al período de análisis el promedio de ingresos no superó a 2 casos y los egresos prácticamente no existían, por lo que el incremento se puede atribuir al mejoramiento de las actividades de detección, diagnóstico, control, tratamiento y seguimiento de los pacientes.

CUADRO No. 4
Prevalencia e incidencia de la lepra en Honduras en el período 1992-1996

Componente	AÑOS				
	1992	1993	1994	1995	1996
Casos nuevos	2	5	2	3	1
Egresos	1	3	1	1	—
MB con PQT	51	52	53	43	43
PB con PQT	13	15	15	18	19
Sub total PQT	64	67	68	61	62
MB en vigilancia	11	10	10	15	15
PB en vigilancia	3	3	3	7	7
Sub total en vigilancia	14	13	13	22	22
Total de pacientes registrados	78	80	81	83	84

Fuente: Programa Nacional Control/ Eliminación de la Lepra. Departamento de Epidemiología Ministerio de Salud, Honduras, C.A.

NOTA: Al concluir la fase de PQT, los pacientes entran a fase de vigilancia para controlar las recidivas y/o reinfecciones.

Se observa también que el 100% de los casos registrados está en control en cualquiera de sus fases (tratamiento o vigilancia post-tratamiento). Cabe mencionar sin embargo, que este registro no incluye a 37 pacientes que en las décadas de los 60, 70 y 80 cambiaron de residencia sin previa notificación y aun no han sido localizados (excepto dos de ellos).

En diciembre de 1996 se había logrado disminuir la tasa de prevalencia a menos de 1×10^{-4} habitantes en todo los niveles en el país, excepto en el municipio de San Nicolás, Departamento de Copan. La tendencia de casos nuevos registrados en el período es a detectar menos casos, pero el valor de este registro es que esto se logra en el ámbito de un sistema de vigilancia epidemiológica que se implantó con el plan de eliminación de la lepra.

Con toda propiedad se puede afirmar que en 1996 el país casi había logrado alcanzar el objetivo principal del Plan de Eliminación y se encaminaba al proceso de rehabilitación física y social de los pacientes con discapacidades. Se pretendió ampliar la vigilancia epidemiológica a fin de confirmar o descartar nuevos focos de la enfermedad haciendo seguimientos a los antes mencionados 37 pacientes con residencia desconocida, a pesar de que se

había iniciado una búsqueda activa no sólo en el país sino en el resto de los países centroamericanos.

Posteriormente se haría la Declaratoria nacional e internacional de la eliminación de la lepra de acuerdo a la meta fijada y se continuaría con una vigilancia permanente para garantizar la sostenibilidad.

La interrupción de la transmisión de la lepra mediante la aplicación del Plan Nacional de Eliminación incluyendo el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, garantizaba la sostenibilidad del proceso hasta lograr una eventual erradicación de la lepra e inserción de los pacientes en el proceso de desarrollo del país. En este período se elaboraron y validaron las Normas de Atención al Paciente con Lepra.

El 14 de enero de 1997, la Secretaría de Salud emitió Resolución mediante la cual desaparecía el Programa Nacional Control de la Lepra. Como consecuencia de la referida Resolución, en 1997 no se registraron ingresos ni egresos; sin embargo, la actual administración de la Secretaría de Salud está retomando el problema para tomar las medidas correctivas que correspondan.

En siguientes publicaciones presentaremos una clasificación

del tipo de lesiones que presentaron nuestros pacientes, el grado de cumplimiento de la poliquimioterapia y sus resultados y las medidas locales de intervención que se hicieron en aquel momento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thangaraj RH, Yawalkar SJ. *La Lepra para médicos y personal sanitario*. Tercera edición revisada. Basilea, Suiza: CIBA-GEIGY S.A., 1988.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Una Guía Para el Control de la Lepra*. Segunda edición. 1988.
3. Guinto RS, Abalos RM, M. D., Cellona RV, Fajardo TT. *An Atlas of Leprosy*. Sasakawa Memorial Health Foundation, 1986.
4. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. *Conferencia para la eliminación de la lepra como problema de salud pública en Centroamérica*. Guatemala, C. A. del 19 al 21 de mayo 1992.
5. Escoto-Umanzor C. *Plan Nacional para la Eliminación de la Lepra en Honduras*. Ministerio de Salud, 1992.
6. Secretaría de Salud. *Informes del Programa Nacional Control/ Eliminación de la Lepra en Honduras*, 1996.