

Sumario

Vigilancia de la lepra en España, 2004-2006	205
Estado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria	207
Resultados de la declaración al Sistema de Información Microbiológica	215

Vigilancia de la lepra en España, 2004-2006.

O. Díaz, G. Hernández, E. Rodríguez.
Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

Introducción

La lepra o enfermedad de Hansen es una enfermedad infecciosa crónica producida por *Mycobacterium leprae*, bacilo ácido-alcohol resistente de crecimiento lento, descubierto por Hansen en 1873. La enfermedad afecta fundamentalmente a la piel, a los nervios periféricos, mucosas del tracto respiratorio superior y a los ojos, aparte de otras estructuras. El ser humano es el único reservorio significativo; aunque se han descrito reservorios animales de infección, como los armadillos. El mecanismo de transmisión todavía no se conoce en profundidad; la mayoría de los expertos opinan que se transmite persona a persona, por inhalación nasal de las partículas infecciosas. Para que la transmisión sea efectiva se requiere un contacto muy estrecho y continuado.

La definición de caso se basa en la presencia de lesiones cutáneas características, afectación de los nervios periféricos, y en la detección del bacilo en las lesiones. A efectos clínicos los casos se clasifican en formas **paucibacilares o tuberculoideas** y **multibacilares o lepromatosas**, dependiendo del número y gravedad de las lesiones. El periodo de incubación es muy amplio, aunque se estima un promedio de cuatro años para la forma tuberculoide y de ocho para la lepromatosa. La afectación de los nervios es causa de discapacidad física permanente, por lo que es muy importante el diagnóstico precoz y el tratamiento de los casos.

La lepra es una enfermedad que **se cura** con un tratamiento específico. La era del tratamiento comenzó a finales de los años 40, con la dapsona y sus derivados. Desde entonces el bacilo fue adquiriendo gradualmente resistencia a este fármaco y se difundió rápidamente. Desde 1981 la Organización Mundial de la Salud

(OMS) recomendó la multiterapia para el tratamiento de la lepra; actualmente se recomienda una combinación de rifampicina y dapsona durante seis meses para la lepra paucibacilar y una combinación de rifampicina, dapsona y clofazimina durante 12 meses en la lepra multibacilar, prolongándose más tiempo en casos especiales.

A nivel mundial, el número de nuevos casos de lepra en el año 2005 fue de 296.499, un 27% inferior al de 2004. En seis países de África, Asia y Latinoamérica la lepra se considera un problema de salud pública (≥ 1 caso por 10.000 habitantes). Estos países, que son Brasil, Congo, Madagascar, Mozambique, Nepal, y Tanzania, aglutinan el 23% de los casos declarados en 2005.

Registro Estatal de Lepra

El Registro Estatal de Lepra comenzó en 1992, a raíz de la colaboración entre el Ministerio de Asuntos Sociales (Patronato de Rehabilitación Social de Lepra) el Ministerio de Sanidad y Consumo (Centro Nacional de Epidemiología), y las Comunidades Autónomas. Se basa en una Ficha de Informe de Caso de Enfermedad de Hansen y un Manual de Procedimiento, basado en definiciones, clasificaciones y recomendaciones de la OMS. Este Registro surgió ante la necesidad de completar los datos de vigilancia de esta enfermedad a nivel estatal, de la cual sólo se conocían los casos nuevos por sospecha a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). El objetivo general del Registro es el de ser el instrumento que facilite el conocimiento del patrón de presentación de la lepra en España, y potencie el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de los casos para la disminución de la prevalencia e incidencia de lepra. A efectos de la vigi-

Tabla 1

Incidencia y prevalencia de lepra por Comunidad Autónoma de residencia. Registro Estatal de Lepra. España 2004-2006.

CC.AA.	2004		2005		2006	
	Casos incidentes	Casos prevalentes	Casos incidentes	Casos prevalentes	Casos incidentes	Casos prevalentes
Andalucía	(1*) 5	11	(1*) 2	13	(2*) 3	8
Aragón		1		0	(1*) 1	1
Asturias		1		0		0
Baleares		0		0		0
Canarias	1	6	(1*) 1	5		4
Cantabria		0		0		0
Castilla-La Mancha		3	1	1	(1*) 1	2
Castilla y León	1	2	(1*) 1	2	(1*) 1	3
Cataluña	(4*) 6	9	(3*) 4	11	(3*) 3	13
C. Valenciana	(1*) 2	11	(2*) 3	10		9
Extremadura		1		1		1
Galicia	(1*) 2	6	(1*) 1	7	(1*) 2	8
Madrid	(3*) 5	9	(1*) 1	9	(1*) 3	9
Murcia		0	3	3		4
Navarra		0		0		0
País Vasco	1	4		4		3
La Rioja		1		0		0
Ceuta		0		0		0
Melilla		0		0		0
Total Estatal	(10*) 23	65	(10*) 17	66	(10*) 14	65

* Número de casos de personas inmigrantes con residencia actual en España 2006: Datos a 22/01/2007

lancia, los casos se clasifican en: **activos** (casos que necesitan o están en tratamiento quimioterápico), **en vigilancia**; y **discapacitados**. Con el cambio normativo de la vigilancia, que introdujo el Real Decreto 2210/1995, la lepra fue incluida entre las enfermedades declaradas anualmente por sistemas especiales, es decir, mediante registro, y se estableció que a nivel estatal se vigilarían solamente los casos activos.

En la tabla 1 se expone la distribución geográfica de los casos incidentes y prevalentes en el periodo 2004-2006. La frecuencia de los casos incidentes notificados desciende en los últimos tres años, manteniéndose en cambio la incidencia en personas inmigrantes con residencia actual en España. El número de casos prevalentes se ha mantenido estable en los últimos tres años, con 65 casos en 2006 (0,15 casos por 100.000 habitantes).

Durante el año 2006 se notificaron al Registro Estatal 14 casos incidentes de lepra. De ellos 10 son nuevos y cuatro recidivas. La clínica es multibacilar en 11 de los casos, paucibacilar en dos y en uno no consta. Cinco casos presentaron algún grado de discapacidad. El tratamiento utilizado en 11 casos es la multiterapia recomendada por la OMS, en un caso otra multiterapia, en un caso no consta y un caso está sin tratamiento y no localizable. En la distribución por grupos de edad (tabla 2) se observa que no hay casos en menores de 14 años. En la distribución por sexo se observan 10 hombres (7 de ellos en el grupo de 25-44 años) y 4 mujeres. En 10 de los 14 casos incidentes consta un país de procedencia distinto de España: Argentina (1), Brasil (3), Paraguay (1), Marruecos (2), Mauritania (1), y Filipinas (2).

Finalmente señalar, que, aunque la posibilidad de transmisión de esta enfermedad es muy baja, es previsible que la incidencia pueda aumentar ligeramente

debido al incremento de la inmigración de personas procedentes de países endémicos de lepra. En relación a la prevalencia, en 2006 había 65 casos prevalentes registrados, número mayor que lo esperado, si tenemos en cuenta los datos continuados de baja incidencia y la evolución favorable de los casos con tratamiento adecuado. Es necesario resaltar la importancia de vigilar el estricto cumplimiento del tratamiento para conseguir la curación de cada enfermo y con ello la disminución de la prevalencia en nuestro país.

Tabla 2

Incidencia de Lepra por grupos de edad y sexo. Registro Estatal de Lepra. España 2006

Grupos de edad	Masculino	Femenino	Total
0-14	0	0	0
15-24	(1*) 1	0	(1*) 1
25-44	(5*) 7	(2*) 2	(7*) 9
45-64	(1*) 1	0	(1*) 1
65 y más	0	2	2
No consta	(1*) 1	0	(1*) 1
Total Estatal	(8*) 10	(2*) 4	(10*) 14

* Número de casos de personas inmigrantes con residencia actual en España 2006: Datos a 22/01/2007

Bibliografía

- Heymann, DL. Control of Communicable Disease Manual, 18th ed. Washington: American Public Health Association; 2004.
- Global Leprosy Situation, 2006. Weekly Epidemiological Record 2006; 81: 309-316.
- Vigilancia epidemiológica de la lepra. Boletín Microbiológico Semanal 1992; 17:1-3.
- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 2210/1995 por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. BOE núm 21, 24/1/96.