

BOLETÍN *epidemiológico* SEMANAL

Semanas 5-6

Del 30/01 al 12/02 de 2012
2012 Vol. 20 n° 2 / 17-25

ISSN: 2173-9277
ESPAÑA



SUMARIO

Vigilancia de la lepra. Situación en el mundo y en España, 2011	17
---	----

VIGILANCIA DE LA LEPRO. SITUACIÓN EN EL MUNDO Y EN ESPAÑA, 2011

E. Rodríguez, O. Díaz, G. Hernández.

Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología.

Resumen

En este boletín se presenta la situación de la lepra a nivel mundial y en España con los datos correspondientes al año 2011. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el número mundial de nuevos casos sigue descendiendo; en el primer trimestre de 2011 se declararon 192.246 casos. En España, la incidencia y prevalencia se siguen manteniendo en un nivel muy bajo. El número de casos incidentes en 2011, según los datos del Registro Estatal de lepra, fue de 12, de los que 11 eran personas procedentes de otros países.

Introducción

La lepra o enfermedad de Hansen es una enfermedad bacteriana producida por *Mycobacterium leprae*, que afecta principalmente a la piel, los nervios periféricos y en ocasiones las vías respiratorias superiores. Este bacilo es ácido-alcohol resistente y no puede crecer ni en medios para bacterias ni en cultivos celulares. El ser humano es el principal huésped y reservorio del *M. leprae*; aunque se han descrito reservorios animales, como los armadillos, y hay estudios que sugieren que existe transmisión de esta especie a humanos de forma natural. El mecanismo de transmisión todavía no se conoce en profundidad; la mayoría de los expertos opinan que se transmite persona a persona, por inhalación de las partículas infecciosas. Para que la transmisión sea efectiva se requiere un contacto muy estrecho y continuado. El periodo de incubación es muy amplio, oscilando entre 9 meses y 20 años. Los más afectados son los adultos jóvenes, entre 20 y 30 años de edad, siendo raros los casos en niños menores de 5 años.

El diagnóstico de laboratorio, aunque no es indispensable en la práctica, se basa en la presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes en frotis cutáneos y, si es posible, en biopsia. También se puede detectar el ácido nucleico del *M. leprae* por técnicas moleculares (PCR).

Típicamente se consideran varias formas clínicas: a) Forma tuberculoide: escasas lesiones cutáneas, puede haber agrandamiento o engrosamiento de nervios periféricos; b) Forma lepromatosa: lesiones cutáneas polimorfas afectando a gran parte de la superficie cutánea. Afectación neural y visceral; c) Forma dimorfa o limítrofe: inestable con cuadros cutáneos y neurológicos de las formas anteriores;

d) Forma indeterminada: lesiones precoces, usualmente máculas hipopigmentadas, sin desarrollo de lesiones de formas tuberculoide o lepromatosa.

Dependiendo de la carga bacteriana, los casos se clasifican en formas paucibacilares y multibacilares. La lepra paucibacilar es una enfermedad leve, que se caracteriza por cinco o menos lesiones cutáneas características. La lepra multibacilar se asocia con múltiples lesiones cutáneas, nódulos, engrosamiento de la epidermis, y en ocasiones, congestión nasal y epistaxis. A veces se produce afectación de los nervios periféricos, lo que es causa de discapacidad. Por este motivo es muy importante el diagnóstico precoz y el tratamiento de los casos. Según el grado de discapacidad existen tres gradaciones, en orden ascendente según la presencia y gravedad de las lesiones, desde 0 (no presencia de lesiones), siguiendo por 1 (presencia de lesiones) y 2 (lesiones más graves).

A finales de los años 40 comenzó la era del tratamiento con la dapsona y sus derivados. Desde entonces el bacilo fue adquiriendo gradualmente resistencia a este fármaco y se difundió rápidamente, por lo que desde 1981 la 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 sólo en casos especiales. La clasificación correcta de los pacientes previamente al inicio del tratamiento es muy importante, para evitar que aquellos con la forma multibacilar sean tratados con el régimen de la forma paucibacilar.

La **definición de caso** operativa de la OMS es la siguiente:

Un caso activo de lepra es una persona que tiene uno o más de los siguientes signos, y que aún no ha completado un ciclo de tratamiento:

1. Lesiones cutáneas hipopigmentadas o rojizas con pérdida definida de sensibilidad.
2. Afectación de los nervios periféricos (engrosamiento con pérdida de sensibilidad).
3. Frotis cutáneo positivo para bacilos ácido-alcohol resistentes.

Esta definición operativa incluye los abandonos recuperados con signos de enfermedad activa y las recaídas que han completado previamente un ciclo completo de tratamiento.

A **efectos de la vigilancia** la OMS clasifica a los casos en tres categorías:

- 1.^a Casos activos: Los que necesitan o están en tratamiento quimioterápico. Se entiende por caso activo aquel que cumple la definición clínica, y que necesita tratamiento.
- 2.^a Casos en vigilancia: Los que han completado la quimioterapia y necesitan vigilancia o están sometidos a ella.
- 3.^a Casos discapacitados: Los que no necesitan vigilancia pero sí atención o asistencia, debido a sus incapacidades.

La incidencia y la prevalencia se deben calcular teniendo en cuenta sólo a los pacientes de la primera categoría (activos), siendo casos incidentes los nuevos activos declarados en el periodo de estudio, y prevalentes los que se encuentran activos en un momento determinado.

Vigilancia mundial

En el nivel internacional, la vigilancia de la lepra se realiza por la OMS. El Plan Estratégico para la eliminación de la lepra, 2000-2005, tenía como objetivo la eliminación de la lepra como problema de salud pública, definido como una reducción de la prevalencia a menos de un caso por 10.000 habitantes. Como continuación de este Plan, surgió la Estrategia Global de la OMS para reducir la carga de lepra y el mantenimiento de las actividades de control 2006-2010. Estas actividades se basan en la detección precoz de casos, tratamiento adecuado con multiterapia, prevención de la discapacidad y rehabilitación, y van dirigidas principalmente a los países con alta carga de la enfermedad. Para el periodo 2011-2015, se ha desarrollado una estrategia reforzada, que está siendo adoptada por los países en los que la enfermedad es endémica, y trata de reducir la tasa de nuevos casos con discapacidad de grado 2 en todo el mundo un 35% o más a finales de 2015 comparada con el final de 2010.

Según los últimos datos, en 2010 se detectaron 228.474 nuevos casos en todo el mundo. El número de países que notificaron datos a la OMS a principios de 2011 fue de 130, con una prevalencia de 192.246 casos en el primer trimestre. La tendencia en la detección de nuevos casos

por Regiones se muestra en la [tabla 1](#). El número de casos nuevos anuales sigue descendiendo en todas las regiones excepto en la del Mediterráneo Oriental; esto se debe al aumento de la cobertura y la mejora en el control de la lepra en el sur de Sudán. Los países que declararon el mayor número de casos en 2010 fueron India, Brasil e Indonesia, con 126.800, 34.894 y 17.012 casos, respectivamente.

Tabla 1. Tendencia en la detección de nuevos casos de lepra, por regiones de la OMS (excluyendo la Región Europea), 2004-2010

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
África	46.918	45.179	34.480	34.468	29.814	28.935	25.345
América	52.662	41.952	47.612	42.135	41.891	40.474	37.740
Sudeste Asiático	298.603	201.635	174.118	171.576	167.505	166.115	156.254
Mediterráneo oriental	3.392	3.133	3.261	4.091	3.938	4.029	4.080
Pacífico occidental	6.216	7.137	6.190	5.863	5.859	5.243	5.055
Total	407.791	299.036	265.661	258.133	249.007	244.796	228.474

Fuente: World Health Organization. *Leprosy update, 2011. Weekly epidemiological record No. 36, 2011, 86.*

En la Región Europea, la lepra no se considera un problema de salud y no está incluida en la lista de enfermedades sujetas a vigilancia en los países de la Unión Europea. Los pocos casos que se registran anualmente en estos países son importados, al igual que ocurre en España.

Vigilancia en España

En España, hasta 1992, los únicos datos disponibles sobre lepra se basaban en los casos nuevos notificados por sospecha a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Debido a la necesidad de completar los datos de vigilancia de esta enfermedad a nivel estatal, surgió el Registro Estatal de Lepra, que comenzó a funcionar en 1992, a raíz de la colaboración entre el Ministerio de Asuntos Sociales, el Ministerio de Sanidad y Consumo, y las Comunidades Autónomas (CCAA). Desde la creación del Registro, este se ha coordinado y gestionado de forma continuada por el Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III). Está basado en una Ficha de Informe de Caso y un Manual de Procedimiento, según las definiciones, clasificaciones y recomendaciones de la OMS.

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** (previamente se efectuaba seguimiento a los casos en vigilancia y a los discapacitados).

En este estudio se muestran los datos del Registro correspondientes a 2011 y a 2010. La distribución de los casos por CCAA se muestra en la [tabla 2](#).

Durante el año 2011 se notificaron al registro estatal 12 casos incidentes de lepra. Además se notificaron 4 recidivas originarias de España, Brasil, Paraguay y R. Dominicana y un traslado de Brasil.

De los 12 casos incidentes la clínica es multibacilar en 6 de los casos, paucibacilar en 5 y en uno limítrofe. Uno de los casos incidentes, con clínica multibacilar, presenta discapacidad de grado 2. El tratamiento utilizado en 8 de los casos es la multiterapia recomendada por la OMS y en 4 casos paucibacilares otra multiterapia.

En la distribución por sexo se observan 6 hombres y 6 mujeres ([tabla 3](#)). En 11 de los 12 casos incidentes consta un país de origen distinto de España: Brasil (5), Paraguay (5), Venezuela (1).

Tabla 2. Incidencia y prevalencia de lepra por Comunidad Autónoma de residencia. Registro Estatal de Lepra. España, 2010-2011

CCAA	2011		2010	
	Casos incidentes	Casos prevalentes ^a	Casos incidentes	Casos prevalentes ^a
Andalucía		10		9
Aragón		1		1
Asturias	1	1		0
Baleares		4	3	4
Canarias	1	2		2
Cantabria		0		0
Castilla-La Mancha		1		1
Castilla y León		3	1	4
Cataluña	2	15	7	14
C. Valenciana	2	6	2	6
Extremadura		0	1	1
Galicia		9	1	11
Madrid	4	6	1	7
Murcia	1	3	1	2
Navarra		2	1	2
País Vasco	1	5	1	3
La Rioja		0		0
Ceuta		0		0
Melilla		0		0
Total estatal	(11 *) 12	68	(15 *) 19	67

* Número de casos de personas inmigrantes con residencia actual en España.

^a Casos activos a 31/12.

Tabla 3. Incidencia de lepra por grupos de edad y sexo. Registro Estatal de Lepra. España, 2011

Grupos de edad	Masculino	Femenino	Total
0-14	0	0	0
15-24	0	0	0
25-44	2	5	7
45-64	1	1	2
65 y más	3	0	3
Total estatal	6	6	12

A 31 de diciembre de 2011 había 68 casos prevalentes registrados, lo que supone una prevalencia de 0,015 casos por 10.000 habitantes.

Los datos de incidencia y prevalencia de la lepra en nuestro país se mantienen en niveles similares a los de años anteriores. Aunque los datos de prevalencia son muy inferiores al objetivo de la OMS para la eliminación de la lepra, son más elevados de lo que cabría esperar en relación con la incidencia y la duración del tratamiento, lo que puede deberse a que hay casos en los que el tratamiento se prolonga innecesariamente, o a deficiencias en el seguimiento, lo que sería un aspecto a mejorar en el futuro. Seguimos insistiendo en la necesidad de la vigilancia y el estricto cumplimiento del tratamiento, así como en estar atentos en el diagnóstico de esta enfermedad en personas procedentes de países endémicos de lepra.

Bibliografía

1. Heymann, DL. Control of Communicable Diseases Manual, 19th Ed: APHA, 2008.
2. World Health Organization. Leprosy update, 2011. Weekly epidemiological record No. 36, 2011, 86, 389-400.
3. E. Rodríguez, O. Díaz, G. Hernández. Vigilancia de la lepra. Situación en el mundo y en España, 2010. Bol Epidemiol Semanal 2009; 18(21): 201-202.