

BOLETÍN *epidemiológico* SEMANAL

Semanas 1-2-3-4

Del 31/12 de 2012 al 27/01 de 2013 ISSN: 2173-9277
2013 Vol. 21 nº 1 / 1-13 ESPAÑA



SUMARIO

Vigilancia de la lepra en España en 2012 y situación mundial 1

VIGILANCIA DE LA LEPRO EN ESPAÑA EN 2012 Y SITUACIÓN MUNDIAL

E. Rodríguez, O. Díaz, G. Hernández.

Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

Resumen

En este boletín se presenta la situación de la lepra en España con los datos correspondientes al año 2012, así como los últimos datos globales de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En España, la incidencia y prevalencia se siguen manteniendo en un nivel muy bajo. El número de casos incidentes en 2012, según los datos del Registro Estatal de lepra, fue de 10, de los que 9 eran personas procedentes de otros países, y el número de casos prevalentes fue de 54. En 2012 se declararon 219.075 casos en el mundo (83% entre India, Brasil e Indonesia).

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).

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).

La lepra es una enfermedad que **se cura** con un tratamiento específico. 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 **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** se consideran casos activos a los que necesitan o están en tratamiento quimioterápico. Se entiende por caso activo aquel que cumple la definición clínica, y que necesita tratamiento.

La incidencia y la prevalencia se deben calcular teniendo en cuenta sólo a los pacientes 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 en España

En España, el Registro Estatal de Lepra 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). Anteriormente, 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). 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**. El seguimiento de los casos post-tratamiento y de los casos con discapacidad será realizado por las CCAA.

En este estudio se muestran los datos del Registro correspondientes a 2012 y a 2011. La distribución de los casos por CCAA se muestra en la [tabla 1](#).

Tabla 1. Casos activos (incidentes y prevalentes) de lepra por Comunidad Autónoma de residencia. Registro Estatal de Lepra. España, 2011-2012

CCAA	2012		2011	
	Casos incidentes	Casos prevalentes ^a	Casos incidentes	Casos prevalentes ^a
Andalucía	1	10		11
Aragón		0		1
Asturias	1	4	1	2
Baleares		2		4
Canarias		2	1	2
Cantabria		0		0
Castilla-La Mancha		0		1
Castilla-León		2		3
Cataluña	1	9	2	15
C. Valenciana	1	6	2	6
Extremadura		0		0
Galicia		7	4	9
Madrid	1	4	2	6
Murcia	1	3	1	4
Navarra		2	1	3
País Vasco	4	3		5
La Rioja		0		0
Ceuta		0		0
Melilla		0		0
Total Estatal	(9*) 10	54	(12*) 14	72

(Datos a 8/2/2013)

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

^a Casos prevalentes: todos los casos activos a 31/12

Durante el año 2012 se notificaron al registro estatal 12 casos activos de lepra, 10 incidentes y 2 recidivas.

Tabla 2. Casos incidentes de lepra por grupos de edad y sexo. Registro Estatal de Lepra. España, 2012

Grupos de edad	Masculino	Femenino	Total
0 - 14	0	0	0
15 - 24	0	0	0
25 - 44	3	3	6
45 - 64	2	1	3
65 y más	1	0	1
Total Estatal	6	4	10

(Datos a 8/2/2013)

De los 10 casos incidentes la clínica es multibacilar en 4 de los casos y paucibacilar en 6. Dos de los casos incidentes presentan discapacidad: uno con clínica multibacilar presenta discapacidad de grado 2 y el otro, con clínica paucibacilar, presenta discapacidad de grado 1. El tratamiento utilizado en 8 de los casos es la multiterapia recomendada por la OMS, en un caso paucibacilar se empleó otra multiterapia y otro caso paucibacilar está pendiente de tratamiento.

En la distribución por sexo se observan 6 hombres y 4 mujeres (tabla 2). Es importante señalar que no hay ningún caso en niños. En 9 de los 10 casos incidentes consta un país de origen distinto de España: Brasil (3), Ecuador (1), Paraguay (2), Filipinas (1), India (1), Marruecos (1). El caso español se trata de un varón de 69 años, con clínica multibacilar y discapacidad de grado 2.

Las dos recidivas eran dos varones originarios de España y Paraguay, de 72 y 20 años respectivamente.

A 31 de diciembre de 2012 había 54 casos prevalentes registrados, lo que supone una prevalencia de 0,012 casos por 10.000 habitantes. Ésta es muy inferior al objetivo de la OMS para la eliminación de la lepra, que consiste en una reducción de la prevalencia a menos de un caso por 10.000 habitantes.

Los datos de incidencia y prevalencia de la lepra en España siguen disminuyendo respecto a los de años anteriores. Los datos de prevalencia, a pesar de esta disminución, son más elevados de lo que cabría esperar en relación con la incidencia y la duración del tratamiento, lo que sería un aspecto a mejorar en el futuro. Siguen siendo necesarios la vigilancia y el estricto cumplimiento del tratamiento, así como la sensibilización del personal sanitario en la sospecha de esta enfermedad en personas procedentes de países endémicos de lepra.

Vigilancia mundial

En el nivel internacional, la vigilancia de la lepra se realiza por la OMS, a través del Plan Estratégico para la eliminación de la lepra, 2000-2005 y la Estrategia Global de la OMS 2006-2010 que surgió a continuación. El control de la lepra ha mejorado sustancialmente como consecuencia de las campañas realizadas en la mayoría de los países endémicos. No obstante, siguen apareciendo nuevos casos cada año en estos países y existen todavía focos de alta endemia. Para el periodo 2011-2015, se ha desarrollado una estrategia reforzada, que está siendo adoptada por estos países, cuyo objetivo es 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, poniendo énfasis en la detección temprana y el tratamiento adecuado.

Según los últimos datos, en 2011 se detectaron 219.075 nuevos casos en todo el mundo. El número de países que notificaron datos a la OMS a principios de 2012 fue de 105, con una prevalencia de 181.941 casos en el primer trimestre. La tendencia en la detección de nuevos casos por Regiones se muestra en la [tabla 3](#). India, Brasil e Indonesia fueron los países que contribuyeron en mayor medida a la carga global de casos en 2011, con un 83% del total de casos entre los tres.

Tabla 3. Tendencia en la detección de nuevos casos de lepra, por regiones de la OMS (sin datos de la Región Europea), 2004-2011

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
África	46.918	45.179	34.480	34.468	29.814	28.935	25.345	12.673
América	52.662	41.952	47.612	42.135	41.891	40.474	37.740	36.832
Sudeste Asiático	298.603	201.635	174.118	171.576	167.505	166.115	156.254	160.132
Mediterráneo oriental	3.392	3.133	3.261	4.091	3.938	4.029	4.080	4.346
Pacífico occidental	6.216	7.137	6.190	5.863	5.859	5.243	5.055	5.092
Total	407.791	299.036	265.661	258.133	249.007	244.796	228.474	219.075

Fuente: World Health Organization. Global leprosy situation, 2012. Weekly epidemiological record No. 34, 2012, 87.

En la Región Europea la lepra no se considera un problema de salud pública. La mayoría de los países no presentan casos, y los pocos que se registran anualmente en algunos países son importados, al igual que ocurre en España. No obstante, el Programa Mundial de Lepra está realizando un análisis de los datos de estos países para ver en qué medida influyen en la carga total de casos.

Bibliografía

1. Heymann, DL. Control of Communicable Diseases Manual, 19th Ed: APHA, 2008.
2. World Health Organization. Global leprosy situation, 2012. Weekly epidemiological record No. 34, 2012, 87, 317-328.
3. E. Rodríguez, O. Díaz, G. Hernández. Vigilancia de la lepra. Situación en el mundo y en España, 2011. Bol Epidemiol Semanal 2012; 18(2): 17-25.