

**MISIÓN INTERNACIONALISTA CUBANA
HOSPITAL DISTRITAL DE MICOMISENG
GUINEA ECUATORIAL**

La Lepra y sus discapacidades

Leprosy and disabilities

Pedro Pablo Obregón Valdivia (1), Anisia Yolanda Pérez Jiménez (2) Dunia Sotolongo Díaz (3), Haydée de la Fuente Rodríguez (4), Idalmis Navarro Pérez (5).

RESUMEN

Introducción: la lepra no tratada provoca discapacidades, lo que la hace una enfermedad temida y no bien comprendida por la población. **Método:** se realizó un estudio descriptivo y observacional sobre la presencia y características de las discapacidades provocadas por la lepra en el Leprosorio del Poblado de Micomiseng (Guinea Ecuatorial) en el período entre enero y octubre 2012. Se estudiaron 24 pacientes, se identificaron sus lesiones y se clasificaron sus discapacidades según la clasificación de la Organización Mundial de Salud (OMS). **Resultados:** de los 24 pacientes estudiados, 23 presentaron discapacidades y todas ellas grado 2. La causa predominante de las discapacidades en nuestro estudio fueron las reabsorciones óseas, presentes en 22 de los pacientes estudiados. **Conclusiones:** las discapacidades provocadas por la lepra tienen alta prevalencia (95,8%) en este estudio, la mayoría clasificadas como discapacidades severas grado 2. Se localizaron con mayor frecuencia en los miembros inferiores (16-69,5%). Las discapacidades de las manos se encontraron en un 26% (6 casos) y sólo se detectó 1 caso con compromiso ocular. Las lesiones óseas con discapacidades fueron las expresiones clínicas más significativas con el 95,6% (22 casos) seguidas por las úlceras que aportaron el 21,7% (5 casos); éstas fueron más frecuentes en los miembros deformados (4 casos).

Palabras clave: LEPROA, LEPROA/complicaciones, IMPACTOS EN LA SALUD.

ABSTRACT

Introduction: untreated leprosy causes disabilities making it a serious disease and not well understood by the population. **Method:** a descriptive, observational study on the presence and characteristics of disabilities caused by leprosy in the leper colony of Micomiseng town of Equatorial Guinea in the period between January and October 2012. 24 patients were studied, their injuries were identified and their disabilities were classified according to the classification of the World Health Organization (WHO). **Results:** from 24 patients, 23 of them had disabilities and all of them presented grade 2. The predominant causes of disability in our study were bone resorption, present in 22 of the patients studied. **Conclusions:** disability caused by leprosy have high prevalence (95.8%) in this study, and the majority are classified as severe disabilities as grade 2. It located more frequently in the lower limbs (16-69.5%). The disabilities of the hands, was 26% (6 cases) and only 1 case was detected with ocular involvement. Osseous injuries with disabilities were the most significant clinical expressions with 95.6% (22 cases) followed by ulcers which contributed 21.7% (5 cases), which are more common in deformed limbs (4 cases).

Key words: LEPROSY, DISABLED PERSONS, EQUATORIAL GUINEA, IMPACTS ON HEALTH

1. Especialista de 1er Grado en Dermatología. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Hospital Universitario "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
2. Especialista 2do Grado en Dermatología. Profesora Interconsultante. Universidad de Ciencias Médicas. Ciego de Ávila, Cuba.
3. Especialista de 1er Grado en Dermatología. Profesor Asistente. Hospital Universitario "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.

4. Licenciada en Enfermería. Especialista en Enfermería Comunitaria. Hospital Universitario "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila. Cuba
5. Lic. Defectología. Máster en Atención al Niño con Discapacidad. Policlínico Universitario "Belkis Sotomayor Álvarez". Ciego de Ávila, Cuba.

INTRODUCCIÓN

La lepra es una de las enfermedades más antiguas que recuerda la humanidad. Ha sido considerada una enfermedad mutilante, incurable, repulsiva y estigmatizante, que ha provocado un tratamiento inhumano a las personas afectadas. En la actualidad continúa siendo un problema de salud en muchos países y áreas geográficas (1-2). El bacilo de la lepra fue identificado en 1874 por el médico noruego Gerhard Henrik Armauer Hansen (3). Este es el primer bacilo identificado como causante de una enfermedad crónica y su transmisión es de persona enferma a persona susceptible. Es una bacteria gram positiva, ácido alcohol resistente, parecida al bacilo de la tuberculosis; tiene forma de bastoncillo delgado y mide 7 micras de longitud y 0,5 micras de ancho (4). El sitio de entrada es motivo de conjeturas, pero es probable que se trate de la piel o de la mucosa del tracto respiratorio superior; se plantea que, aunque la dermis esté intensamente infiltrada, la piel contiene pocos gérmenes y es escasamente contagiosa, no obstante para su contagio se requiere una exposición prolongada al bacilo. La enfermedad tiene un período de incubación muy prolongado que puede durar de 3 a 5 años y llegar en algunos pacientes hasta 20 años (5), 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 (4).

El tratamiento de la lepra ha evolucionado; muchos años atrás se trataba con monoterapia. En la actualidad, el tratamiento de poliquimioterapia (PQT) establecido por la Organización Mundial de la Salud y admitido por casi todos los países, se considera muy efectivo, lo cual llevó a que la OMS se planteara la meta de la erradicación de la enfermedad, sin embargo, la realidad es otra. 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; además en el 2011, 130 países notificaron a la OMS 228474 nuevas víctimas de la enfermedad de Hansen. Se destaca alto endemismo en la India, Brasil e Indonesia, seguidos por otros 13 países de los cuales 6 de ellos son africanos (Congo, Etiopía, Mozambique, Níger, Angola y Tanzania); según la misma fuente, actualmente en el mundo viven entre uno y dos millones de personas con discapacidades permanentes a causa de esta patología y se considera que la cifra pudiera llegar a tres millones en tanto estas estadísticas sólo se refieren a los casos notificados por países donde la enfermedad es endémica (3). Las estadísticas más antiguas revelan que la situación era muy parecida años atrás: por ejemplo; en la región de las Américas se calculaba una variación desde un 2% en Argentina hasta un 11% en México; en el Sudeste Asiático variaba desde el 2% en la India al 21% en Timor Leste, en Micronesia se calculaba un 1% y en China un 21% (6).

Las discapacidades provocadas por la lepra 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 (7) (Anexo No.1). En Guinea Ecuatorial existe un Programa de Lucha contra la Lepra (8) que ha logrado la detección y curación de un sinnúmero de casos nuevos, sin embargo el manejo y tratamiento de las discapacidades que ella provoca deben ser también una meta, por lo que el objetivo de este trabajo es describir y caracterizar las discapacidades de la lepra en la misión internacionalista en Guinea Ecuatorial.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo y observacional con pacientes diagnosticados con lepra y tratados según la terapéutica establecida por la OMS, que han sido atendidos en la Leprosaría de Micomiseng en el período desde enero a octubre de 2012. En total fueron 24 pacientes, de ellos 22 pacientes considerados curados y de alta según criterios clínicos y baciloscópicos establecidos en el Manual de Normas y Procedimientos sobre Lepra en Guinea Ecuatorial y 2 pacientes

enfermos con lepra lepromatosa y en tratamiento actual multidroga. Se recogieron datos clínicos consistentes en edad y sexo, la clasificación por grado de discapacidad (según la OMS), así como la localización y expresión o manifestación clínica de la discapacidad. Los datos se obtuvieron en entrevistas y consultas médicas realizadas a cada paciente, algunas de ellas realizadas en sus casas (Poblado de la Leprosería), hechas siempre por el mismo facultativo y especialista en Dermatología.

RESULTADOS

Se investigaron 24 pacientes, 8 de ellos ingresados; 11 femeninas, que significó el 45,8% y 13 masculinos con el 54,1%. No hubo menores de 15 años entre los pacientes estudiados. Al referirnos a las localizaciones de las lesiones por región anatómica, encontramos que de los 24 pacientes estudiados, se detectó lesión y/o deformidad en 23 casos; sólo un paciente no presentó lesiones: una paciente femenina, de 35 años, que fue tratada, curada y dada de alta hace más de 15 años a consecuencia de un control de foco. Predominaron las lesiones y/o deformidades (discapacidades) a nivel de los pies con 16 pacientes 69,5%) (Figuras No.1 y No.2).

Figuras No.1 y No.2



Paciente JPE de 54 años. Lepra tuberculoide, de alta. Ingresado en la Leprosería. Se observa acroosteolisis de las falanges distales de manos y pies, xerodermia intensa de la piel

Las deformidades y/o lesiones en las manos (discapacidades) afectaban a 6 pacientes, para el 26% (Figuras No.3 a la No.5) y sólo se demostró 1 caso con lesiones evidentes en los ojos (4,3%) (Figura. No.6 y No.7).

Figura No.3



Lepra tuberculoide, de alta. Acroosteolisis de todas las falanges distales de los dedos de las manos con acroqueratosis.

Figuras No.4 y No.5



Lepra tuberculoide de alta. Acroosteolisis de las falanges de los dedos de las manos.

Figuras No.6 y No.7



Paciente RBP de 68 años. Lepra tuberculoide, de alta. Pérdida de visión total. Ojo derecho presenta lagofalmo. Parálisis de Bell.

Según el patrón de clasificación de discapacidades de la OMS (Cuadro No.1) (9), se halló 1 caso con discapacidad grado 2 en los ojos (parálisis de Bell), 16 pacientes con discapacidad grado 2 en los pies (reabsorciones óseas) y 6 pacientes con discapacidad grado 2 en las manos (reabsorciones óseas), es decir, prevalecen en un 95,8% las discapacidades en este estudio y todas grado 2 (Tabla No.1 y Cuadro No.2).

Tabla No.1. Relación de pacientes según su grado de Discapacidad y región anatómica lesionada.

TOTAL DE PACIENTES DISCAPACITADOS	Grado de discapacidad	Región anatómica afectada					
		Pies		Manos		Ojos	
		No.	%	No.	%	No.	%
23	Discapacidad grado 0	0	0	0	0	0	0
	Discapacidad grado I	0	0	0	0	0	0
	Discapacidad grado II	16	69,5	6	27,2	1	4,5

Fuente: Historia clínica

Cuadro No.1. Algunas manifestaciones clínicas de la lepra según el nervio periférico dañado.

Nervio Afectado	Manifestaciones clínicas
Cubital	Mano en garra: impide las pinzas del 4to y 5to dedos, útiles para sujetar bolsos y manejar tijeras.
Mediano	Mano simiesca: palmarización del pulgar, impide las pinzas del 2do dedo y 3er dedos, útiles para escribir, coger alfileres u objetos pequeños.
Cubital mediano	Garra cubital mediana o felina.
Radial	Mano hiperflexionada y pronada (mano péndula).
Ciático poplíteo externo	Impide la flexión dorsal del pie y la abducción.
Tibial posterior	Inerva los músculos de la planta del pie, determina ligera garra del pie y anestesia del mismo.
Facial	Provoca parálisis de los elevadores del párpado superior y retraimiento del inferior. Los enfermos no pueden cerrar los ojos (lagofalmo) y cuando lo intentan el globo ocular va hacia arriba y fuera (parálisis de Bell); pueden perderse la mímica y las arrugas normales de la frente (Facies Antonina).

Cuadro No.2. Clasificación de las discapacidades de la lepra (según la OMS).

MANOS Y PIES	GRADO 0	No hay anestesia, ni deformidad ni lesión visible.
	GRADO 1	Hay anestesia de manos y/o pies pero no hay deformidad ni lesión visible.
	GRADO 2	Hay deformidad o lesión visible.
OJOS	GRADO 0	No hay problemas oculares causados por la lepra, ni indicios de pérdida visual.
	GRADO 1	Hay problemas oculares causados por la lepra; pero la visión no está gravemente afectada (visión 6/60 o mejor; puede contar los dedos a 6 m. distancia).
	GRADO 2	Grave déficit visual (visión peor que 6/60; imposibilidad de contar los dedos a 6 m.).

Existen dos casos con daño parcial del tabique nasal, los que coinciden con los 2 pacientes de diagnóstico reciente de lepra lepromatosa y en tratamiento actual; uno de ellos no fue clasificado como discapacitado. Debemos señalar que en tres pacientes estudiados se encontraron lesiones y/o deformidades en manos y pies y se detectó un paciente con lesiones en manos, pies y ojos; todos ellos presentaban, por consiguiente, una severa minusvalía (Figuras 1-7).

Si se precisan clínicamente las lesiones o deformidades encontradas en este estudio se observa que: las manos en garra –con 4 pacientes respectivos (17,3%)–, fueron también frecuentes; se encontraron además: 2 casos con parálisis facial, 2 pacientes con daño parcial del cartílago nasal y 2 casos con articulación de Charcot (disociación del tarso por daño de la musculatura intrínseca del pie). Las reabsorciones óseas o acroosteolisis fueron predominantes en 21 pacientes (91,3%), al igual que las úlceras tróficas con 5 pacientes (21,7%) y 1 caso con lagofalmo.

Como se puede apreciar, este estudio arroja una alta prevalencia de discapacidades en los pacientes estudiados (91,6% de los casos); es probable que su realización en un centro especializado en la atención de esta patología sea la causa de ello, lo que demuestra la problemática que aún existe con respecto a los que padecen o han padecido de lepra.

Es indudable que actualmente la lucha contra la lepra en el mundo ha dado pasos gigantescos y que la terapia multidroga ocupa un lugar prominente, sin embargo no se puede decir lo mismo de la calidad de vida de los pacientes portadores de sus discapacidades.

En la literatura especializada publicada y revisada a propósito se encuentran muchos informes al respecto: China reporta un 22,6% de discapacidad de grado 2 (10), también informa de intervenciones para el manejo de las discapacidades (11), mientras que otro artículo informa un 52% de discapacidades grado 2 al evaluar la visión y tratarla en leproso (6); en Colombia la discapacidad fue de 32,3%, especialmente en los pies (13); en Argentina la detección de pacientes con discapacidad grado 2 al momento del diagnóstico fue de un 41,35% (14). En Cienfuegos, Cuba, se realizó un estudio que evidenció mediante la serie analizada, la importancia de un diagnóstico precoz para evitar la aparición de discapacidades, pues a medida que aumenta el número de diagnósticos precoces disminuye proporcionalmente el número de discapacidades en los enfermos (15). Un estudio en Ciego de Ávila también alerta a los especialistas sobre la existencia de la lepra y la importancia de realizar un diagnóstico temprano para evitar las complicaciones y discapacidades de los pacientes (16). Hay reportes además sobre medidas terapéuticas específicas que se pueden realizar en algunos casos como la neurectomía, la cirugía de limpieza y la cirugía reparadora (17).

La prevalencia de las úlceras también fue predominante en este estudio con 5 casos y un 22,7% (4 de ellas persistentes y asentadas en miembros deformados). Las úlceras han sido un estigma histórico en los leproso por su carácter repetitivo y persistente; se reportan en la literatura incidencias de hasta un 75%, especialmente en las extremidades inferiores y en las plantas; su incidencia aumenta a un 95% en extremidades con deformidades y su tratamiento es complejo (se ha reportado el uso del láser terapéutico) (14). Las alteraciones de la visión son también secuelas importantes en los pacientes leproso: se han reportado incidencias del lagoflto y la ceguera corneal del 3,3% y 2,8% respectivamente así como la eficacia del uso de la cirugía correctora en el compromiso ocular (15). En este estudio sólo se halló 1 caso con compromiso ocular, con lagoflto bilateral y ceguera total del ojo derecho (Figuras No.1 y No.2).

Se debe resaltar, aunque no fue objeto de este estudio, el hecho de diagnosticar durante el período de estudio (7 meses) 2 casos de lepra lepromatosa (altamente bacilífera y considerada epidemiológicamente como forma clínica contagiante), que en el momento del diagnóstico no presentaban lesiones o deformidades evidentes, lo cual significa la existencia de prevalencias ocultas de la enfermedad y el consiguiente diagnóstico tardío con la aparición de discapacidades (18-19).

CONCLUSIONES

Las discapacidades provocadas por la lepra tienen alta prevalencia (95,8%) en este estudio, la mayoría clasificadas como discapacidades severas grado 2, lo cual afecta la calidad de vida de los pacientes. Se localizaron con mayor frecuencia en los miembros inferiores (16-69,5%). Las discapacidades de las manos estuvieron presentes en 6 casos (27,2%) y sólo se detectó 1 caso con compromiso ocular. Las discapacidades óseas fueron la expresión clínica más significativa con el 95,4% (22 casos) seguidas por las úlceras que aportaron el 22,7% (5 casos); éstas fueron más frecuentes en los miembros deformados (4 casos).

RECOMENDACIONES

Mantener y priorizar la vigilancia clínica y epidemiológica en la población de forma general y en los controles de foco para garantizar un tratamiento oportuno de la enfermedad y evitar la aparición de las discapacidades.

Garantizar y prestar atención médica especializada e integral a los pacientes que padezcan de discapacidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Collado NM, Sánchez CV, Hernández KS. Lepra lepromatosa: presentación de caso. Rev Méd Electrónica [Internet]. 2012 [citado 12 Jun 2014];34(4):473-4. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/950/pdf>
2. Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolf Flaus MD. Dermatología en Medicina General. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2003.

3. Cabrera SMS, Carmona KV. Enfermedad de Hansen. Primer caso diagnosticado en el Estado Bolívar por la Misión "Barrio Adentro". Sifontes, 2005. Gac Méd Espirituana [Internet]. 2006 [citado 12 Jun 2014];8(3):3-6. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.8.\(3\)_03/p3.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.8.(3)_03/p3.html)
4. González López M, Pérez Jiménez A, Sotolongo Díaz D. Diagnóstico tardío de lepra. Presentación de un caso. MediCiego [Internet]. 2009 [citado 12 Jun 2014];15(supl. 2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol15_supl2_09/casos/c1_v15_supl209.htm
5. Rodríguez E, Díaz O, Hernández G. Vigilancia de la lepra. Situación en el mundo y en España. Bol Epidemiol Semanal [Internet]. 2012 [citado 12 Jun 2014];17(24):277-9. Disponible en: <http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/viewFile/152/151>
6. Meima Abbrahan R, Habbema J. Tendencias en la detención de casos de lepra en el mundo desde 1985. Lepr Rev. 2004;75(1):19-33.
7. Sánchez Machado OF, Martínez Fando B, Palacios Madrazo I, Lugo González AM, Quintana García T. Comportamiento clínico y epidemiológico en el diagnóstico tardío de lepra. Gac Méd Espirit [Internet]. 2014 [citado 12 Jul 2014];16(1):30-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212014000100005&lng=es
8. Gobierno de Guinea Ecuatorial [Internet]. Noticias: Entrevista al Director del Programa Nacional de Tuberculosis y Lepra Juan Eyene Acoresila. [actualizado 14 Mar 2011; citado 12 Jun 2014] [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.guineaequatorialpress.com/noticia.php?id=1484>
9. Ipola MM, Trullenque LS, García BF, Fraile JS, Garijo JP, Lluesma MA. Aplicación de la Clasificación Internacional de la Discapacidad, el Funcionamiento y la Salud (CIF) de la OMS para la evaluación de la discapacidad en pacientes con trastorno mental grave. Norte de Salud mental [Internet]. 2013 [citado 12 Jul 2014];9(41):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revistanorte.es/index.php/revista/article/view/111/109>
10. Shen J, Zhou M, Xu X, Ray A, Zhang G, Yan L. A big challenge in case finding at low endemic situation: analysis on 1462 new leprosy patients detected in China in 2007. Lepr Rev. 2010;81(3):176-83.
11. Jiayu L. Prevención de la lepra y tratamiento en China. Jpn J Lepr. 2004;73(2):111-2.
12. Shumin C, Lin Z, Zhaozi W. Experiencia de un proyecto de colaboración sobre la prevención de las discapacidad en pacientes de lepra en la provincia de Shandong. República Popular China. Lepr Rev. 2001;72(3):330-6.
13. Guerrero MI, Muvdi S, León CI. Retraso en el diagnóstico de lepra como factor pronóstico de discapacidad en una cohorte de pacientes en Colombia, 2000-2010. Rev Panam Salud Públ [Internet]. 2013 [citado 12 Jul 2014];33(2):137-43. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n2/09.pdf>
14. Fischer J, Jaled M, Olivares L, Pardo Méndez N, Loos M. Lepra y discapacidad grado 2. Revisión de 10 años del Servicio de Dermatología del Hospital "F. J. Muñiz". Dermatol Arg [Internet]. 2014 [citado 12 Jul 2014];19(6):407-12. Disponible en: <http://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/1218/685>
15. Martínez MS, Alonso MC, Pereda JC, Cruz B. Formas de diagnóstico y discapacidades por lepra en la provincia de Cienfuegos de 1980 a 2005. Medisur [Internet]. 2012 [citado 12 Jul 2014];10(1):27-31. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2030/7090>
16. Martínez TA, Velázquez EG, Ruiz YF. Lepra. Reporte de caso. MediCiego [Internet]. 2013 [citado 12 Jul 2014];19(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_no2_2013/pdf/T25.pdf

17. Reis JD, Gomes K, Cunha JL. Evaluation of the limitations in daily-life activities and quality of life in leprosy patients submitted to surgical neurolysis to treat neuritis. *Fisioter Pesquisa* [Internet]. 2013 [citado 12 Jul 2014];20(2):184-90. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502013000200014&script=sci_arttext&lng=pt
18. Blanco Córdova CA, Cargas García T. Lepra. Impacto psicosocial. *Enf Global* [Internet]. 2012 [citado 12 Jul 2014];11(1):287-98. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n25/reflexion2.pdf>
19. Científicos chinos logran progreso en prevención de lepra [Internet]. Beijing: CRI Online. 29 Ene 2012; Secc. Ciencia y Técnica [citado 12 Jun 2014];[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://espanol.cri.cn/782/2012/01/30/1s237230.htm>

Recibido: 30 de octubre de 2014

Aprobado: 20 de abril de 2015

Dr. Pedro Pablo Obregón Valdivia
Hospital Universitario "Dr. Antonio Luaces Iraola"
Calle Máximo Gómez No.257, entre 4ta y Onelio Hernández. Ciego de Ávila, Cuba. CP.65200
Correo electrónico: ppobregon@ali.cav.sld.cu