

IX. La lepra: ¿Realmente en descenso?

Obdulia Rodríguez*

Si la lepra es la razón de la existencia del Centro Dermatológico Pascua, era obligado que se hablara de ella en este Simposio. Exponer lo que se ha hecho en esta institución desde 1937 a la fecha ocuparía un tiempo del que no dispongo en esta ocasión, he preferido por eso referirme a un tema que es motivo de preocupación en todos los países en donde esta enfermedad existe: ¿es verdad que la lepra está en vías de desaparecer?.

Decía en la introducción que el promin¹ fue el primer fármaco sulfónico eficaz en el tratamiento de la lepra, después hubo otros, la diasona, la diamidina, el sulphetrón, etc.²

En todos esos compuestos el radical activo era la 4,4'-diamino-difenil-sulfona, mejor conocido como D.D.S. o dapsona, inicialmente no se administró por temor a ocasionar hemólisis severas, pero su uso se generalizó

** Académico Titular.*

Directora del Centro Dermatológico Pascua.

Profesor Titular del Curso de Postgrado en Dermatología, UNAM,

a partir de 1948³ en que se comprobó que esto ocurría sólo en raras ocasiones.

Durante más de 30 años fue el único medicamento que se utilizó, tenía la ventaja de que era barato, fácil de administrar y prácticamente sin efectos colaterales. Entre sus inconvenientes están: que se tenía que administrar por tiempo indefinido, que se presentaba reacción leprosa en las primeras etapas del tratamiento y que se podía presentar resistencia al medicamento.

Esta última eventualidad en ocasiones se exageró y en otras se malinterpretó, se presentaba fundamentalmente en pacientes tratados con dosis bajas y que la tomaban en forma irregular. A la mayoría de estos enfermos cuando la enfermedad se reactivaba se les daba dapsona en dosis adecuadas y si la tomaban con regularidad, actuaba eficazmente; se trataba pues de una resistencia no al medicamento, sino a tomarlo.

La resistencia al medicamento y la aparición de otros fármacos como la clofazimina y la rifampicina, hicieron que en 1982⁴ la OMS recomendara la poliquimioterapia (PQT) con rifampicina, clofazimina y dapsona durante 2 años en los multibacilares (MB) lepromatosos y dimorfos lepromatosos y rifampicina y dapsona durante 6 meses en los paucibacilares (PB): tuberculoides, dimorfos tuberculoides e indeterminados.

En 1989 en que prácticamente todos los países endémicos habían adoptado esos esquemas, así como la respuesta favorable y la buena tolerancia a la poliquimioterapia, hizo que la OMS difundiera el lema de la "Erradicación de la lepra en el mundo para el año 2000".

Ese entusiasmo, ese optimismo obsesivo y en cierto modo irreflexivo, fue visto con reservas por quienes se ocupaban directamente del problema en los países endémicos, y así lo manifestó Paul Brand⁵ en su discurso de apertura en el XIV Congreso Internacional de la Lepra que tuvo lugar en Orlando, Fla., en 1993.

Brand llamó la atención sobre la discrepancia que sobre esto existía entre los sanitarios y los leprólogos militantes, porque si bien era cierto que con la poliquimioterapia se había logrado disminuir la prevalencia, la incidencia se había estabilizado y seguía habiendo casos nuevos de la enfermedad. "...la lepra —dijo—, ha sido un terrible flagelo y podrá serlo de nuevo si declaramos prematuramente la victoria sobre ella, como hicimos con la tuberculosis y el paludismo".⁵

En los años siguientes fue cada vez mayor el número de leprólogos que se opusieron al lema de la erradicación por lo que la OMS lo cambió por el de "Eliminación de la lepra para el año 2000", o sea que hubiera menos de un enfermo por 10,000 habitantes.

Esto último, desde el principio fue motivo de gran preocupación entre los leprólogos, porque cuando las metas son fijas, el personal que trabaja en los programas oficiales, tiende a alcanzarlas por cualquier medio y

cumplen las recomendaciones gubernamentales y de la OMS al pie de la letra.

Desikan⁶ ha comunicado que en la India el Gobierno ordenó que "...todos los casos de lepra en registro activo o anotados como casos de lepra, si por alguna razón no han tomado el tratamiento antileproso en los últimos 6 meses, deben suprimirse de los registros y deben anotarse como casos dados de alta..." y otro tanto informaron en Vietnam, los epidemiólogos de algunos países africanos.

La OMS comunicó que entre 1985 y 1993 el número estimado de casos de lepra había disminuido de 10-12 millones a 2.7 millones y el número de casos registrados de 5.4 a 1.9 millones.

En un informe difundido por esa misma organización en 1999⁷ comunica la prevalencia y la detección en las distintas regiones consideradas por ella y asienta que el número de casos registrados para tratamiento en 1997 fue de 888,340 y de 828,803 en 1998, así como que el número de casos nuevos era de 684,998 en 1998 y de 795,000 en 1999⁸ En ese mismo informe anotan que de los 828,803 enfermos registrados en 1998 estaban en tratamiento 823,619 lo que significa una cobertura de 99.4% y que el total acumulado de pacientes "curados" era de 10,724,229.

La OMS ha señalado, aunque sin hacer énfasis en ello, que si bien la prevalencia ha disminuido, no así la incidencia. En todos los Servicios de Salud en los que existe personal leprologicamente entrenado, se siguen observando casos nuevos.

Es un criterio unánimemente aceptado^{9,10} que una enfermedad transmisible disminuye en una comunidad, cuando se reduce la incidencia. El optimismo generado por los resultados de la poliquimioterapia se basan, no en la disminución de ésta, sino de la prevalencia, lo que constituye un peligro.

Existen algunas recomendaciones de la OMS que resultan objetables, por ejemplo:

- a. Definen como caso de lepra¹¹ a la "persona que muestra signos clínicos de la enfermedad con o sin confirmación bacteriológica y que requiere quimioterapia".
- b. Al comprobar que en muchos lugares no existe la posibilidad de realizar baciloscopías,¹² aconsejan que la clasificación de los casos se base únicamente en la clínica, que se consideren paucibacilares cuando tengan entre 1 y 5 lesiones y que cuando existan más de 5 se les considere multibacilares. Proceder de esta manera nos parece otra temeridad, habrá errores tanto en la clasificación como en el diagnóstico del paciente.¹³
- c. Consideran que un caso multibacilar "está curado" cuando ha completado el esquema de 2 años de PQT, pero nos consta que hay enfermos que después de 2 años de tratamiento correcto y bien

controlado, siguen teniendo bacilos uniformemente teñidos y en globias. Los expertos de la OMS afirman basados en experimentos realizados en el ratón que esos bacilos no son viables y que esos pacientes deben considerarse epidemiológicamente inactivos. En cuanto a los paucibacilares dan por curados a los que cumplen su esquema de 6 meses de tratamiento. En relación a estos últimos llama la atención que se comuniquen recaídas y más todavía el que al recaer lo hagan como multibacilares, lo cual sugiere que inicialmente fueron mal clasificados.

- d. Por último, han recomendado que se reduzca a 12 meses la poliquimioterapia¹³ en los multibacilares y que se administre una sola dosis a los paucibacilares que presenten una sola lesión.

En relación con la reducción del tiempo de tratamiento Croft¹⁴ en un artículo breve pero muy bien planteado pregunta si "...al hablar de eliminación de la lepra se trata de una carrera de velocidad o de un maratón, lo primero es más fácil, pero no debemos cegarnos, es importante que el control de la lepra y el manejo de las incapacidades continúe..." y que se mantenga el conocimiento y el entusiasmo por la lepra, que 100 metros planos se pueden correr en pocos segundos, pero que la verdadera competencia es un maratón, que requiere más tiempo para recorrerlo.

Se ha observado¹³⁻¹⁶ que el número de casos avanzados y de fácil diagnóstico ha disminuido considerablemente, por lo que ahora más que nunca es importante descubrir casos incipientes. Para esto es necesario que el personal de los Servicios de Salud encargados de la atención de este problema, médicos generales, dermatólogos y neurólogos tengan la formación dermatológica y neurológica necesarias para diagnosticarlos.

Por todo esto, se considera que es indispensable que los programas de control de la lepra planifiquen sus actividades de capacitación. Ésta debe ser continua y extenderse a todo el personal médico y paramédico del Sector Salud, sobre todo en zonas endémicas, que no olviden que la lepra existe todavía, que hay que pensar en ella para diagnosticarla y tratarla oportuna y adecuadamente.

En cuanto al Centro Dermatológico Pascua diremos únicamente que desde 1937 a la fecha se han estudiado 7,200 enfermos de lepra, 4,342 del sexo masculino y 2,858 del sexo femenino.

Se encuentran en registro activo 408, de los cuales 23 multibacilares y 10 paucibacilares están en tratamiento con poliquimioterapia y 376 en vigilancia epidemiológica postratamiento.

Todos queremos que la lepra deje de existir, no es nuestro deseo que el enfermo siga tomando el tratamien-

to indefinidamente, pero no podemos dejarnos llevar por el optimismo mientras haya casos nuevos, la lucha contra esta enfermedad debe continuar, no debemos contribuir con nuestro entusiasmo a que se considere, como sucede en muchos sitios, que ya no es un problema de salud y se reduzcan los recursos dedicados a combatirla como pasó con la tuberculosis y provocar que en la lepra como en la tuberculosis haya un retroceso y en unos cuantos años la situación sea igual o peor que la que existía en 1981.^{14,15}

Diremos por último que se ha señalado^{13,7} "la geografía de esta enfermedad que coincide con la del hambre, el subdesarrollo y la injusticia social".¹³ Todos sabemos que desapareció en países con un alto nivel de vida inclusive antes de contar con un tratamiento eficaz, como ocurrió en Noruega en donde desde 1930 no se ha observado un solo caso. Latapí decía con razón que "...la lepra es termómetro de civilización".

Referencias

1. **Faget GH, Pogge RC.** The therapeutical effect of promin in Leprosy. Pub Health Rep 1965;60:1165.
2. **Rodríguez O.** Tratamiento actual de la Lepra. Dermatología Rev Mex 1987;31:29-33.
3. **Lowe J.** Treatment of leprosy with diamino-diphenil-sulphone by mouth. Lancet 1950;1:145-150.
4. WHO Study Group. Chemotherapy of leprosy for control programmes. Geneva: World Health Organization. 1982; Tech Rep Ser 675.
5. **Brand P.** Keynote Address. Some constraints and pitfalls. Transactions of the Fourteen International Leprosy Congress. Int J Lepr 1993;61:4.692-696.
6. **Desikan KV.** Toward elimination of Leprosy, ILA Forum 1995; 2: 4-8.
7. WHO Report of the Fourth Meeting of the Leprosy Elimination Advisory. Group. 1998;3,7.
8. **Curtiss A, Blowers S, Cooper K, Russell D, Sulverstein S, Young L.** Leprosy Research in the Post-Genoma Era. Int J Lepr 2000;68:492-503.
9. **Kulkarni V.** Will extensive use of WHO recommended MDT regimens control leprosy? Some reflections. ILA Forum 1995;2:4,8-13.
10. **Harboe M.** Leprosy at a Turning Point? Int. J Lepr 2000;68:312-318.
11. Comité de Expertos de la OMS en Lepra. Sexto Informe. Série de informes técnicos. 1988; No. 768.
12. WHO. Guide to Eliminate Leprosy as a Public Health Problem 2000;18.
13. **Terencio de las Aguas J.** La Lepra. Pasado, presente y futuro. 1a, de Valencia. España. Conselleria de Presidencia de la Generalitat Valenciana 1999:73.
14. **Croft R.** Leprosy elimination-sprint or marathon?. Lepr Rev 1999;70:428-429.
15. **Grosset J.** Léprie et Tuberculose Des resultats opposes?. Med Trop 1999;59:25-30.
16. **Rodríguez O.** ¿Se eliminará la Lepra en México para el Año 2000?. Rev Cent Dermat Pascua 1996;5:3-4.