

# Leprosy and disability grade 2. Review of 10 years of the Dermatology Department of the Hospital F. J. Muñiz

Leprosy and disability grade 2. Review of 10 years of the Dermatology Department of the Hospital F. J. Muñiz

Julieta Fischer,<sup>1</sup> Margerita Jaled,<sup>2</sup> Liliana Olivares,<sup>3</sup> Natalia Pardo Mendez<sup>†</sup> y Milagros Loos<sup>†</sup>

Mención Especial Aarón Kaminsky 2013

## RESUMEN

**Antecedentes.** La lepra es una de las principales causas infecciosas de discapacidad. El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno pueden evitarla.

La estrategia mundial de la OMS utiliza la tasa de detección (casos nuevos de lepra con discapacidad grado 2 (G2D) diagnosticados por cada 100.000 habitantes), como un indicador fundamental para monitorear la morbilidad de la enfermedad (2011-2015).

En el boletín de la OMS 2013, se presenta un aumento de la tasa de nuevos casos G2D en el 2012, con respecto al año previo.

En el presente trabajo se realiza un relevamiento de historias clínicas de pacientes con lepra en los últimos 10 años para establecer la proporción de los mismos con G2D al momento del diagnóstico. Los objetivos son estimar la detección de pacientes adultos con diagnóstico de lepra que presentan G2D y determinar si existen diferencias significativas a lo largo del tiempo.

**Diseño.** Descriptivo, comparativo, retrospectivo, observacional, transversal.

**Resultados.** La detección de pacientes con G2D al momento del diagnóstico fue de un 41,35%, intervalo de confianza del 95% (35,35-47,54%). No se hallaron diferencias significativas a lo largo del tiempo con respecto a este indicador.

**Conclusiones.** Este trabajo constituye el primer relevamiento a 10 años, en nuestro país, sobre G2D al momento del diagnóstico.

Realizamos este estudio, para reconocer, valorar y jerarquizar este novedoso indicador que propone la OMS, con el objetivo de establecer nuevas estrategias que conduzcan a reducir la carga de morbilidad (*Dermatol. Argent.*, 2013, 19(6): 407-412).

## Palabras clave:

lepra, discapacidad grado 2 (G2D).

## ABSTRACT

**Background.** Leprosy is one of the leading infectious causes of disability. Early diagnosis and prompt treatment can avoid it.

The WHO global strategy to reduce the burden of disease (2011-2015) used the detection rate: new leprosy cases with grade 2 disability (G2D) diagnosed for every 100,000 population, as a key indicator to monitor health measures to control epidemics.

In the WHO weekly epidemiological record 2013, is an increase in the rate of new cases G2D in 2012, with a year earlier.

This paper makes a survey of medical records of patients with leprosy in the past 10 years to establish the proportion of those with G2D at diagnosis.

The objectives are to estimate the detection of adult patients diagnosed with leprosy presenting G2D and determine whether there are significant differences over time.

**Methods.** Transversal, observational, retrospective, comparative, descriptive.

## Keywords:

leprosy, disability grade 2 (G2D).

**Results.** The detection of patients at diagnosis was 41.35% confidence interval (95%): 35.35 to 47.54%. No significant differences were found over time.

**Conclusions.** This study represents the first survey of 10 years in our country on G2D, at diagnosis. We conducted this study to recognize, value and prioritize this new indicator proposed by the WHO, in order to develop new strategies that lead to reducing the burden of disease (*Dermatol. Argent.*, 2013, 19(6): 407-412).

**Fecha de recepción:** 21/10/2013 | **Fecha de aprobación:** 12/12/2013

## Introducción

La enfermedad de Hansen o lepra es una micobacteriosis causada por un bacilo intracelular obligado denominado *Mycobacterium leprae*, el cual fue descubierto por el noruego Gerard Henrik Armauer Hansen en el siglo XIX.<sup>1</sup>

La lepra es una de las principales causas infecciosas de discapacidad. El tropismo del bacilo por el sistema nervioso periférico es el primer paso a la discapacidad y se manifiesta clínicamente cuando la consulta o el diagnóstico es tardío.<sup>2</sup> La lepra es una enfermedad curable, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno pueden evitar la severa afectación neural y las manifestaciones invalidantes con la repercusión social y laboral que ello conlleva.

La OMS en estos últimos 20 años planteó distintos objetivos parciales en el camino de la eliminación de la lepra mundial. En 1991: la meta fue lograr una prevalencia menor a 1 caso por cada 10.000 habitantes (eliminar a la lepra como enfermedad endémica), objetivo que se alcanzó excepto en algunos países.<sup>3</sup> Entre el 2000 y el 2005 el objetivo fue asegurar la accesibilidad al sistema de salud, del 2006 al 2010 la meta fue la integración asistencial de cada país para llegar a comunidades subatendidas y construir lazos para trabajar en conjunto.

En la actualidad (2011-2015) la estrategia de la OMS busca reducir la carga de morbilidad; para eso utiliza la tasa de nuevos casos de G2D diagnosticados por 100.000 habitantes como un indicador fundamental para monitorear las medidas sanitarias aplicadas al control epidemiológico, sumado al resto de los indicadores.<sup>3</sup> Se propone reducir este valor en un 35% para finales del 2015.<sup>4</sup> En 2010 la tasa estimada fue de un 0.23  $\text{‰}$  y la esperada sería de 0.17  $\text{‰}$ , a nivel mundial. En el último informe de la OMS los datos obtenidos hasta el año 2012 revelan una tasa de detección G2D de 0.25  $\text{‰}$  lo cual evidencia un incremento con respecto al año 2011.

La utilidad de este indicador sería:

- para estimar la subdetección de casos nuevos (el desarrollo de discapacidad indicaría un retraso en el diagnóstico, de por lo menos un año).<sup>5</sup>
- para determinar la necesidad de rehabilitación física y social.<sup>3</sup>
- para elaborar actividades dirigidas a la prevención de las discapacidades.

El servicio de Dermatología del Hospital Muñiz cuenta con una sección de lepra (centro de referencia y derivación a nivel nacional). Más del 50% de la población que concurre al servicio (57.32%) proviene del Gran Buenos Aires mientras que cerca del 40% (37,07) reside en CABA.<sup>6</sup>

Estos datos, sumado a la falta de literatura nacional de estudios de similares características, le asignaría a esta investigación un especial interés epidemiológico.

En este trabajo se realizó un relevamiento de historias clínicas de pacientes con lepra, en los últimos 10 años, (del 1 de enero de 2003 al 31 de diciembre de 2012) para detectar la magnitud de la discapacidad (G2D) al momento del diagnóstico.

## Objetivos:

1. Estimar la detección de pacientes adultos que presentan G2D al momento del diagnóstico.

<sup>1</sup> Residente de 3er año

<sup>2</sup> Jefa de sección Lepra

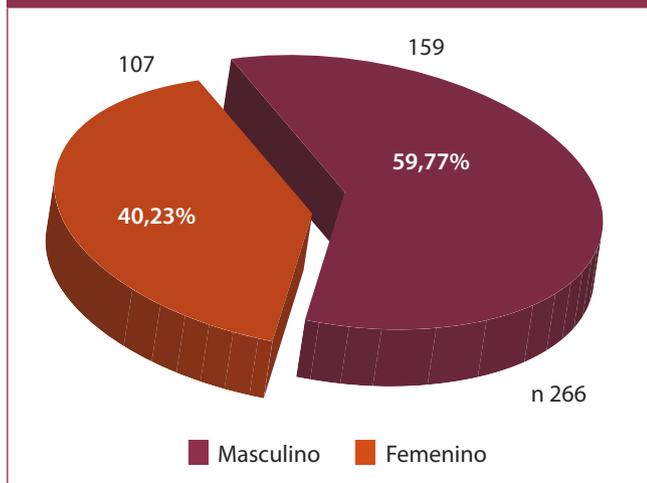
<sup>3</sup> Jefa de Unidad.

<sup>4</sup> Concurrente 3er año

Unidad de Dermatología Hospital F. J. Muñiz, Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: Julieta Fisher: july\_fischer@yahoo.com.ar

GRÁFICO 1. Distribución por sexo de pacientes con lepra



2. Determinar si existen diferencias significativas a lo largo del tiempo, con respecto a este indicador.

### Diseño, materiales y métodos:

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, comparativo, observacional y transversal. La base de datos fue constituida a partir de las historias clínicas (HC) de todos los pacientes que concurrieron al consultorio de lepra del hospital de infecciosas Francisco J. Muñiz, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en los últimos 10 años, desde el 1 de enero del 2003 al 31 de diciembre del 2012.

Se recolectaron datos clínicos y de diagnóstico para establecer el grado de discapacidad que presentó cada paciente, la forma clínica se determinó de acuerdo a la clasificación de Ridley y Jopling.<sup>7,8</sup>

Se utilizó la clasificación de discapacidad que propone la OMS.<sup>9</sup>

GRÁFICO 2. Distribución por sexo de pacientes con lepra y G2D

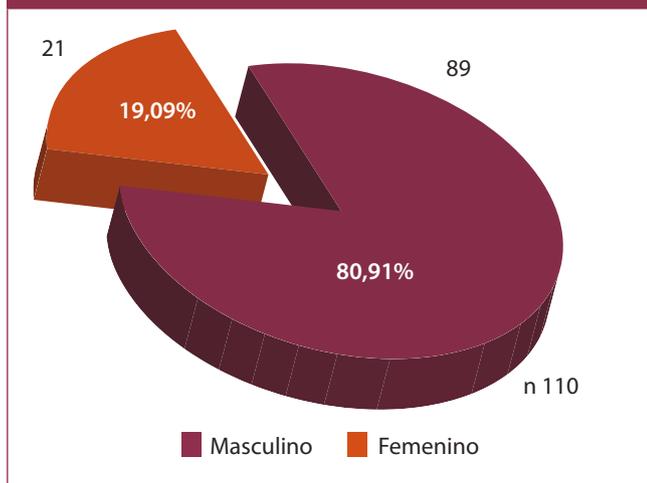


Foto 1. Garra completa.



Foto 2. Garra cubital y atrofia de eminencia hipotenar.

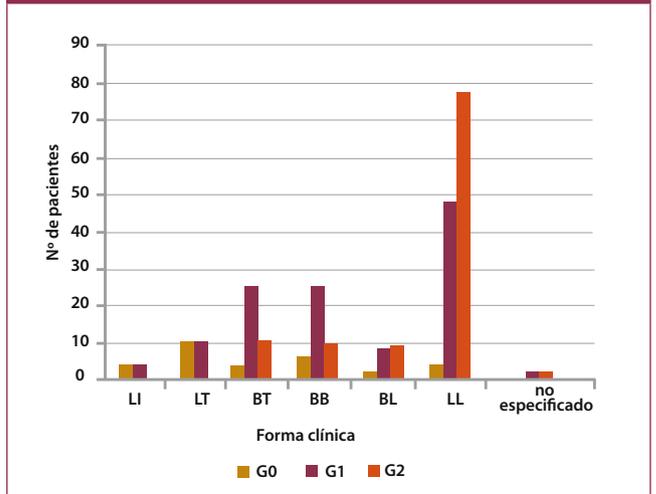


Foto 3. Esbozo de garra completa con afectación del nervio cubital y mediano.



Foto 4. Compromiso tardío de los nervios cubitales y medianos.

GRÁFICO 3. Distribución de frecuencias de discapacidad según forma clínica



**Ojos:** Cada ojo debe ser evaluado y clasificado por separado.  
 Grado 0: no hay problemas oculares debido a la lepra. No hay pérdida visual.

Grado 1: hay problemas oculares debido a la lepra, pero la visión no está gravemente afectada, (puede contar los dedos a 6 metros de distancia).

Grado 2: pérdida visual importante: incapacidad para contar los dedos a 6 metros.

**Manos y pies:** cada mano y cada pie deben examinarse y clasificarse por separado.

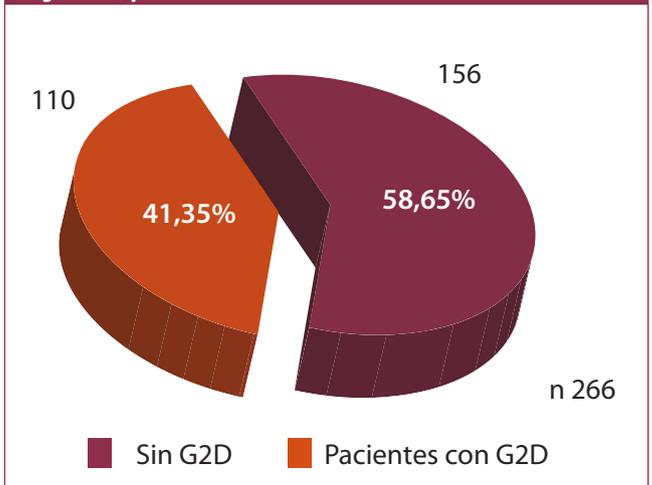
Grado 0: no hay anestesia; no hay deformidad ni lesión visible.

Grado 1: hay anestesia pero no hay deformidad ni lesión visible

Grado 2: hay deformidad o lesión visible (úlceras, reabsorción ósea, pérdida de estructura, anquilosis, desaparición total o parcial de mano o pie, garra activa y/o pasiva, (Fotos 1 a 6).

La afectación grado 2 de la visión o de manos o de pies, se considera G2D.

GRÁFICO 4. Detección de pacientes con G2D al momento del diagnóstico, periodo 2003-2012



Se realizó el análisis estadístico de las variables estudiadas, se estimaron porcentajes y respectivos intervalos de confianza (IC) del 95%. Cuando hubo que calcular diferencias entre porcentajes se empleó la prueba de  $\chi^2$  con bondad de ajuste. El nivel de significación empleado fue igual a 0.05.

## Población y muestra:

- Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de lepra, realizado durante el período comprendido en el estudio, que asistieron por consulta espontánea, traslado y/o derivación; y mayores de 14 años de edad.
- Criterios de exclusión: pacientes, con otras causas de neuropatías: diabetes, alcoholismo, o que recibieran fármacos por más de 3 meses (cisplatino, docetaxel, paclitaxel, suramin, vincristina, amiodarona, hidralazina, perhexilina, cloroquina, isoniazida, metronidazol, nitrofurantoína, etanercept, infliximab, leflunomida, fenitoína, didanosina, estavudina, zalcitabina, arsénico, colchicina y oro.)
- Coordinada témporo-espacial: Hospital F. J. Muñiz, Servicio Dermatología. Enero 2013 – Septiembre 2013.

Reparos éticos: los investigadores mantienen la confidencialidad de los datos personales de las HC evaluadas..

**Descripción de la muestra:** en la población de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, se recolectaron algunos datos que no forman parte del objetivo del presente estudio, pero que hacen más comprensible el perfil de la muestra.

La distribución de los pacientes con respecto al sexo fue mayor en hombres, hallazgo similar al observado en la población con G2D. (gráficos 1 y 2).

A su vez la mayor discapacidad se constató en las formas clínicas multibacilares, (lepra lepromatosa y lepra borderline). Cabe señalar que en 6 pacientes no se especificó la forma clínica. (gráfico 3).

## Resultados

Se revisaron 896 historias clínicas de lepra, de las cuales 266 cumplen con los criterios de inclusión para este estudio. De esta muestra, en 110 pacientes se identificó G2D al momento del diagnóstico, representando un 41,35% (IC 35,35-47,54%). (gráfico 4). No se hallaron diferencias significativas a lo largo del tiempo. (gráfico 5 y tabla 1).

## Discusión

En este trabajo se han detectado notables diferencias con respecto a lo publicado a nivel internacional.

En el último informe de la OMS se consigna que en América el porcentaje de G2D sobre nuevos casos varía entre 1,6% a 11,3%, siendo este último valor el correspondiente a nuestro país.<sup>4</sup>

En revisiones de 10 años de centros de referencia como el Instituto Osvaldo Cruz, de Rio de Janeiro y el Centro Der-



Foto 5. Mal perforante plantar.



Foto 6. Pie cuboide.

matológico Federico Lleras Acosta, de Bogotá, los resultados obtenidos fueron similares con los valores de la OMS (11,7% y 15,3%).<sup>5,10</sup>

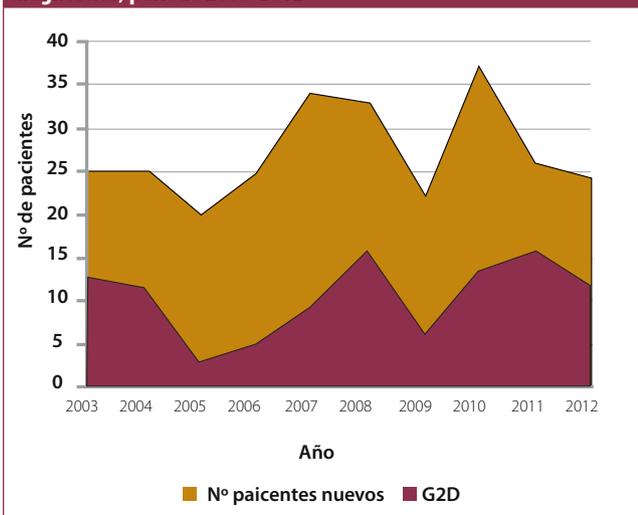
Mientras que el porcentaje obtenido en otro estudio a 10 años realizado en Etiopía fue de 35,6%<sup>11</sup>, valor que se aproxima al hallado en nuestro trabajo. Aún al comparar con estudios de menor tiempo de relevamiento los porcentajes de G2D siguen siendo inferiores (26% y 35%).<sup>12,13</sup>

No sólo se destaca que los porcentajes obtenidos en este trabajo son más altos que los de la OMS, sino también por no haberse hallado cambios significativos a lo largo de los 10 años.

**TABLA 1. Detección de G2D interanual**

Año	N° pacientes	G2D	Chi	p	% muestral
2003	25	13	0,685	0,408	52
2004	25	12	0,267	0,605	48
2005	20	4	2,205	0,138	20
2006	24	6	1,552	0,213	25
2007	33	10	0,974	0,324	30
2008	32	16	0,579	0,447	50
2009	22	7	0,484	0,487	32
2010	36	14	0,053	0,818	39
2011	25	16	3,101	0,078	64
2012	24	12	0,434	0,510	50
TOTAL	266	110			

**GRÁFICO 5. Detección de pacientes con G2D al momento del diagnóstico, período 2003-2012**



Esto podría atribuirse a las características epidemiológicas de nuestra muestra poblacional, movimientos migratorios (pacientes que llegan a nuestro país de países limítrofes para ser atendidos o que residen en forma permanente), y/o a un diagnóstico tardío, lo cual es de suma importancia para diseñar estrategias futuras.

Cuando se comparan nuestros datos con los de otros centros, las diferencias podrían, tal vez, deberse a diferencias étnicas, subregistros, formas clínicas, etc.

Este estudio es un nuevo relevamiento epidemiológico de la población que concurre a nuestra institución.

## Conclusiones

Es el primer trabajo de revisión a nivel nacional de este nuevo indicador.

Abarcó un número de 266 pacientes.

- La detección de G2D fue del 41,35%, al momento del diagnóstico.

- Este porcentaje de discapacidad se mantuvo constante a lo largo de los 10 años.

- La G2D fue más frecuente en el sexo masculino y en las formas clínicas multibacilares.

Este estudio constituye un alerta al monitoreo epidemiológico de la lepra en nuestro país y puede contribuir a mejorar estrategias futuras para la detección temprana de la discapacidad.

**Agradecimientos:** A la Dra. Nora Castiglia, por el asesoramiento estadístico.

## Bibliografía

1. G Eichelmann K, González González SE, Salas-Alanis JC, Ocampo-Candiani J. Leprosy. an update: definition, pathogenesis, classification, diagnosis, and treatment. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104: 554-563.
2. Terencio de las Aguas J. Lesiones neurales en la lepra. *Monografías Dermatol* 2000, 13: 320-328.
3. World Health Organization. Enhanced Global Strategy for Further Reducing the Disease Burden due to Leprosy (Plan Period: 2011–2015). [http://www.searo.who.int/entity/global\\_leprosy\\_programme/documents/enhanced\\_global\\_strategy\\_2011\\_2015\\_operational\\_guidelines.pdf](http://www.searo.who.int/entity/global_leprosy_programme/documents/enhanced_global_strategy_2011_2015_operational_guidelines.pdf)
4. Weekly epidemiological record 30 AUGUST 2013, 88th year / No. 35, 2013, 88, 365–380.<http://www.who.int/wer>
5. Guerrero MI, Muvdi S, León CI. [Delay in leprosy diagnosis as a predictor of disability in a cohort of patients in Colombia, 2000-2010]. *Rev Panam Salud Publica.* 2013, 33:137-143.
6. Olivares L, Carabajal MT, Jaled M, Iriarte A, et al. Estudio retrospectivo a 10 años (1996-2005) de enfermos con lepra - Hospital F. J. Muñoz. *Dermatol. Argent;* 2006;12: 280-285.
7. Britton WJ, Lockwood DN. Leprosy. *The Lancet.* 2004, 363: 1209-1219
8. Sales AM, Campos DP, Hacker MA, da Costa Nery JA, et al. Progression of leprosy disability after discharge: is multidrug therapy enough? *Trop Med Int Health.* 2013;18:1145-1153.
9. Albert CJ, Smith WC, Meima A, Wang L, et al. Potential effect of the World Health Organization's 2011-2015 global leprosy strategy on the prevalence of grade 2 disability: A trend analysis. *Bull World Health Organ* 2011, 89: 487-495.
10. Hacker M de LA, Duppre NC, Nery JA, Sales AM, et al. Characteristics of leprosy diagnosed through the surveillance of contacts: a comparison with index cases in Rio de Janeiro, 1987-2010. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2012, 107: 49-54.
11. Ramos JM, Reyes F, Lemma D, Belinchón, et al. Disability profile in leprosy patients' diagnoses in a rural reference leprosy centre in Ethiopia during 1999-2009. *Trop Doct.* 2011, 41: 51-53.
12. Alves CJ, Barreto JA, Fogagnolo L, Contín LA, et al. [Evaluation of the degree of incapacity of patients with a diagnosis of leprosy at a dermatology service in the state of São Paulo]. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2010, 43: 460-461.
13. Castellazzi Z, Bogaert H, Alcántara F. Discapacidades grado 2 en enfermos de lepra. República Dominicana. *Rev Domin Dermatol* 1998, 25: 15-19.