

SITUACION EPIDEMIOLOGICA DE LA LEPRO EN LA REGION CAPITAL CARACAS ENTRE LOS AÑOS 1977-1991

*Dr. Leonardo García Rivas**
*Br. Gennaina Iraci García Velázquez***
*Br. Yesmín Daniela Sánchez Molina***
*Insp. José Enrique Morales Benítez****
*Dra. Amparo Muzzarelli Sandoval*****

García R.L, García V.G, Sánchez M. Y.D. Morales B. J.E, Muzzarelli, S.A. **Situación epidemiológica de la Lepra en la región capital. Caracas entre los años 1977-1991.** Derm Venez 1996; 34: 61-66

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de casos de lepra estudiados entre los años 1977-1991, con la revisión de 710 historias clínicas registradas en el Departamento de Dermatología Sanitaria de Caracas, distribuidos según el sexo en 455 (64,08%) masculinos y 255 (35,91 %) femeninos, de éstos, 57 (8,02%) casos son nacidos en la región capital, 393 (55,35% del resto del país, 170 (23,94%) de otros países; esto nos demuestra la existencia de un foco de lepra en la región capital, especialmente localizado en las áreas marginales.

ABSTRACT

A descriptive study of leprosy cases studied between the years 1977-1991 was carried out. The study included 710 clinical case histories of patients at the Department of Public Health Dermatology of the Ministry of Public Health and Social Assistance. These patients were distributed according to sex in 455 (64.08%) males and 255 (35.91%) females 57 (8.2%) were born in the area of the capital city, 393 (55.35%) in the rest of the country and 170 (23.94%) in other countries. The study shows the existence of a leprosy focus in the area of the capital city, specially localized in marginal zones.

INTRODUCCION

La Lepra desde el punto de vista epidemiológico, es una enfermedad con varias características interesantes. Entre éstas deben mencionarse, su alta infectividad, baja patogenicidad, prolongado período de incubación, su alta tendencia a curación espontánea y su amplio rango de manifestaciones.

El estudio de la situación epidemiológica de la lepra está plagada de problemas; para comenzar, hay una compulsión en base a la evolución total sobre las manifestaciones clínicas, sin ninguna medición posible de la infección subclínica⁽¹⁻²⁻³⁾.

En los últimos decenios se han producido fenómenos demográficos de particular intensidad en los países en desarrollo, en especial los movimientos migratorios internos de carácter unidireccional del campo a la ciudad, esto ha originado un acelerado proceso de concentración de la población en agrupaciones demográficas de carácter urbano que se han denominado los cinturones de miseria en las grandes ciudades.

Estas razones han podido tal vez modificar e incrementar la intensidad de la transmisión de lepra y sus características epidemiológicas de la enfermedad en los países endémicos. Es así como en el informe final del IV Seminario Panamericano de control de la lepra, celebrado en Caracas en 1978, se señalaba que todos los países americanos han sido afectados en diversos grados por la transformación de la lepra de un problema eminentemente rural a un problema de salud pública de importantes áreas urbanas⁽²⁾.

Quienes trabajan en las áreas de epidemiología, leprología y otras especialidades médicas y sociales han manifestado su preocupación del

* M.D. Adjunto al Departamento de Dermatología Sanitaria, Instituto de Biomedicina. Caracas. Venezuela.
** Bachilleres de la Unidad Educativa Nacional Simón Bolívar, Caracas, Venezuela.
*** Inspector de Salud Pulica VI. Servicio de Dermatología Sanitaria Central, Caracas, Venezuela.
**** M.D. Jefe del Servicio de Dermatología Sanitaria del Estado Cojedes, San Carlos.

cambio de vida del medio rural al medio periurbano y urbano con la aparición de nuevos casos de difícil detección⁽⁴⁻⁵⁻⁶⁾

A pesar de las limitaciones que se presentan para el conocimiento real de los casos existentes en el mundo, debido a la diversidad de criterios para el diagnóstico y las deficiencias en la calidad de la información disponible, la Organización Mundial de la Salud (OMS), estimó hasta Abril de 1993, la existencia de 3.055.210 casos, en todas las regiones de la OMS, a nivel mundial.

La lepra representa un problema de salud pública en 87 países o áreas, pero en 25 de éstos se concentra el 95% de la lepra en el mundo. Al analizar la tendencia de la lepra en las Américas, encontramos que sólo tres países: México (816.732 casos), Colombia 18.983 casos) y Brasil (250.066 casos), están incluidos en el grupo de mayor endemia. Así mismo se destaca a Brasil como el segundo país en el mundo, en número absoluto de casos.

En Venezuela, el programa de control de la lepra se desarrolla desde el año 1946, sobre bases técnicas y administrativas sólidas y continuadas, lo que ha permitido obtener avances importantes en el control de la endemia, y que se ponen de manifiesto en la reducción significativa y sistemática de la incidencia de casos nuevos, así como el descenso de la prevalencia, acompañados de modificaciones en las características epidemiológicas.

De acuerdo a la información recolectada en el Registro Nacional de Enfermos y Contactos, desde el año 1991, han sido notificados un total de 28.555 enfermos, procedentes de todo el territorio nacional, con diferentes grados de magnitud de la endemia en las distintas entidades federales. De este total de enfermos, se mantienen bajo

control hasta el 31 de diciembre de 1992, 9.373 casos (32,8%). Han fallecido 7.532 casos (33.1 %). Están en situación de vigilancia post-tratamiento y alta definitiva 9.452 casos (33.1 %) y el 7,7% restante corresponde a enfermos renuentes y perdidos⁽⁷⁾.

En Caracas y otras capitales del mundo ocurrió un fenómeno en que en cada urbanización, se funda un barrio satélite, que se caracteriza por la proliferación de viviendas inadecuadas sin ningún plan urbanístico, con o sin los mínimos elementos básicos de saneamiento ambiental, de bajo poder adquisitivo, de un nivel educacional muy bajo y alto índice de delincuencia; todo esto imposibilita un adecuado control sanitario, de las diversas enfermedades transmisibles y entre ellas la lepra.

En los últimos años se ha afirmado que las grandes ciudades son asientos accidentales de las inmigraciones sin control, y la región capital no ha escapado a este fenómeno.

Todos estos análisis nos han llevado a pensar que la situación de la lepra en la Región Capital Caracas, debe ser un problema de Salud Pública porque en los últimos 20 años han aparecido como por arte de magia una gran cantidad de barrios con las características habitacionales antes mencionadas.

Esto nos motivó a realizar una investigación descriptiva para poder determinar cuál es la situación actual de la lepra en Caracas, y señalar la posible proyección epidemiológica para el futuro⁽⁸⁻⁹⁾.

MATERIAL Y METODOS

Las actividades se desarrollaron en la elaboración de una ficha epidemiológica, en donde se vaciaron los diferentes datos de la historia clínica de cada paciente: nombre, sexo, edad,

fecha de nacimiento antes de los 14 años, después de los 14 años, en la región capital, lugar de procedencia, medio rural o urbano; antígeno aplicado (Mitsuda), diagnóstico leproológico y el tipo de tratamiento recibido.

Estos datos fueron obtenidos del archivo de las historias clínicas del Servicio de Dermatología de la Región Capital, Caracas.

Se revisaron cada una de las carpetas familiares, desde el año 1977 hasta 1991, registrándose un gran total de 710 casos de lepra, en los quince (15) años del estudio.

Varios pacientes fueron enviados de otros servicios, del interior del país, y estos se registraron como casos clínicos nuevos de la región capital por haber nacido en Caracas. De los 710 pacientes, la distribución por sexo fue la siguiente: 455 casos de sexo masculino (64,08%) y 255 casos de sexo femenino (35,91 %).

Según la clasificación clínica histopatológica de Ridley y Jopling (R y J) se encontró una mayor prevalencia de las formas multibacilares (MB), en relación a las formas paucibacilares (PB), y la razón de sexo fue de 1,78 hombres sobre mujeres.

A todos los pacientes se le practicaron una serie de exámenes para confirmar el diagnóstico clínico, inmunológico e histopatológico: Examen clínico dermatológico. Prueba de sensibilidad superficial (térmica, táctil y dolorosa). Prueba de histamina. Examen bacteriológico (Linf) en seis puntos: lóbulo de orejas, codos y rodillas (derecho e izquierdo) para evaluación del índice bacteriológico y morfológico. Se aplicó antígeno de Mitsuda. Toma de material de piel para estudio histopatológico en las áreas compatibles con la lesión sospechosa.

Con este material se realizó un análisis tipo descriptivo que nos permitió conocer la situación pasada y actual de la región capital⁽¹¹⁻¹²⁻¹³⁾.

RESULTADOS Y DISCUSION

Los resultados obtenidos de la revisión de los datos fue con un gran total de 710 pacientes diagnosticados en Caracas entre 1977 a 1991; de este estudio se determinó del sexo masculino 455 (64,08%) y femenino 255 (35,91 %), con una prevalencia mayor de las formas multibacilares (MB), con relación a las formas paucibacilares (PB).

Las formas (MB) los componen los grupos LL, BL, BB, con un total de 483 pacientes lo que representa un (68,02%) y las formas (PB) por grupos BT, LT, LI) que alcanzó un total de 227 pacientes lo que representó un (31,97%). (Ver cuadro 1)

**CUADRO 1
CASOS DE LEPROSIA DISTRIBUIDOS
POR
SEXO Y FORMAS CLINICAS
DIAGNOSTICADOS EN CARACAS.
AÑOS 1977-1991**

GRUPOS	MASCULINOS	FEMENINOS
LL	190	70
BL	65	61
BB	66	31
BT	46	39
LT	41	28
LI	47	26
	455	255

Fuente: Dermatología Sanitaria. Servicio Central. Instituto de Biomedicina.

Del total de casos diagnosticados en Venezuela, en los tres quinquenios estudiados, fue de 6.696 pacientes y sólo en la región capital se registraron 710 casos que representa el 10,60% del total estudiado. (Ver cuadro 2)

**CUADRO 2
TASA DE DETECCION DE LEPROSIA EN VENEZUELA
DESDE 1977-1991**

POBLACION DE VENEZUELA	AÑO	NUMERO DE CASOS DE VENEZUELA	TASA
12.736.686	1977	488	3,51
13.121.952	1978	411	3,36
13.515.063	1979	431	3,18
15.023.879	1980	371	2,46
15.489.654	1981	397	2,56
15.939.740	1982	412	2,58
16.393.726	1983	380	2,31
16.851.198	1984	417	2,47
17.316.741	1985	449	2,59
17.791.411	1986	585	3,28
18.272.159	1987	498	2,72
18.757.389	1988	523	2,78
19.245.519	1989	450	2,33
19.325.222	1990	460	2,38
19.786.504	1991	464	2,34

Fuente: Dermatología Sanitaria. Servicio Central. Instituto de Biomedicina.
Tasa calculada por 100.000 habitantes.

Es evidente que en los años estudiados la prevalencia de lepra en el país disminuyó de una tasa de 3,51 /100 h. hasta 2,34/100 h. No sucedió lo mismo en la región capital, en donde presentó una disminución desde 1977 hasta 1987, y a partir de ese año sufre

un incremento de la tasa, pero esto no quiere decir que es en relación a los casos autóctonos de Caracas, este aumento se ocasionó a la sumatoria de todos los casos diagnosticados en el Servicio de Dermatología Sanitaria de Caracas. (Ver cuadro 2-A)

**CUADRO 2-A
TASA DE DETECCION DE LEPROSIA EN LA REGION CAPITAL
DESDE 1977-1991**

POBLACION REGION CAPITAL 100/HAB.	AÑO	CASOS DIAGNOSTICADOS	TASA
2.248.463	1977	34	1,51
2.322.209	1978	19	0,81
2.397.597	1979	45	1,87
2.474.168	1980	37	1,49
2.551.276	1981	44	1,72
2.627.614	1982	37	1,40
2.704.227	1983	39	1,41
2.407.731	1984	51	2,11
2.450.514	1985	38	1,55
2.497.310	1986	39	1,56
2.544.274	1987	28	1,10
2.260.894	1988	80	3,53
2.262.224	1989	74	3,27
2.265.768	1990	70	3,08
2.266.350	1991	75	3,30

Fuente: Dermatología Sanitaria. Servicio Central. Instituto de Biomedicina.
Tasa calculada por 100.000 habitantes.

El análisis de este cuadro representa los casos diagnosticados con residencia antes de los 14 años, de éstos muy pocos casos se registraron en Caracas, la mayor incidencia fue del resto del territorio nacional y otros países, entre ellos Colombia y Santo Domingo, que aportaron un gran total de 41 casos lo que representa un 45,55% y sólo por Caracas con 17 casos (18,88%) y de otros países 32 casos (35,55%). (Ver cuadro 3)

Con respecto al registro de casos después de los 14 años, hay un incremento en Caracas de 57 casos, lo que representa un (9,19%), también se incrementó en el resto del país, donde se diagnosticaron gran cantidad de enfermos que representan 393 casos el (63,38%), y de otros países con 179 casos (27,41 %), de Colombia y otros países. (Ver cuadro 4)

Del total de 710 casos diagnosticados en la región capital, en los 15 años de investigación, el registro de los estados de Venezuela fue de 532 que representó (74,92%), 161 pacientes (22,67%) de los otros países, con mayor aporte de Colombia y Santo Domingo, en la región capital se registraron antes de los 14 años, 17 casos (2,39%).

En este cuadro se refleja que la emigración está integrada por personas que han cumplido más de 15 años, que son los integrantes de este aventurado de individuos que vienen a solicitar trabajo en el país, lo que ha propagado la competencia de la mano de obra. Esto demuestra que estos individuos no emigran con sus grupos familiares, por esa razón es que hay una mayor tasa de detección de casos, en este rango de edad entre los 15 años hasta los 40 años de edad.

En la región capital se registraron 17 casos de lepra, de éstos 10

CUADRO 3
DISTRIBUCION DE CASOS DE LEPRA POR AÑO, SEGUN RESIDENCIA ANTES DE LOS 14 AÑOS EN CARACAS, VENEZUELA. OTRAS ENTIDADES FEDERALES DE VENEZUELA Y OTROS PAISES

AÑOS	Nº DE CASOS CARACAS	Nº DE CASOS DE OTRAS ENTIDADES	Nº DE CASOS DE OTROS PAISES DE VENEZUELA
1977	2	0	0
1978	1	2	0
1979	0	4	0
1980	1	3	3
1981	0	4	1
1982	0	0	0
1983	1	1	0
1984	0	4	0
1985	0	7	0
1986	0	3	0
1987	1	1	0
1988	3	4	9
1989	1	1	8
1990	3	0	5
1991	4	7	6

Fuente: Dermatología Sanitaria. Servicio Central. Instituto de Biomedicina.

CUADRO 4
DISTRIBUCION DE CASOS DE LEPRA POR AÑO, SEGUN RESIDENCIA DESPUES DE LOS 14 AÑOS EN CARACAS, OTRAS ENTIDADES DE VENEZUELA Y OTROS PAISES

AÑOS	Nº DE CASOS CARACAS	Nº DE CASOS OTRAS ENTIDADES DE VENEZUELA	Nº DE CASOS OTROS PAISES
1977	2	22	13
1978	1	2	14
1979	1	33	16
1980	5	13	17
1981	3	26	20
1982	2	26	19
1983	3	26	8
1984	7	30	17
1985	1	33	7
1986	4	34	8
1987	1	18	7
1988	5	29	9
1989	3	36	8
1990	9	35	3
1991	9	30	4

Fuente: Dermatología Sanitaria. Servicio Central. Instituto de Biomedicina.

(58,82%) fueron de sexo masculino y 7 (41,17%) de sexo femenino, con un promedio de edad de 9 años de edad. De los diagnosticados 11 (64,11%), fueron de forma cerrada (PB), distribuidos así: 8 del grupo LT, 3 del tipo LI; del grupo de formas abiertas (M B), se registraron 6 casos, con una distribución de: 3 LL; 2 BL; 1 BB; con predominio del sexo masculino sobre el femenino en una relación de 1,42.

Esto demuestra que hasta los momentos se ha instalado la siembra de la infección de lepra en Caracas, pero esta afirmación se logra, mediante un registro de actividad pasiva, en que los pacientes están llegando solos a los servicios de Dermatología Sanitaria.

Nosotros creemos que esta afirmación epidemiológica no es cierta, porque uno de los mayores inconvenientes de los Inspectores de Salud Pública, es que no pueden realizar el trabajo de rastreo epidemiológico de los barrios denominados zona roja por nuestras autoridades gubernamentales.

Estamos conscientes que la emigración no controlada, está originando la siembra de casos de lepra, como

sucedió en tiempo pasado, en donde no existió el control sanitario ocasionando la aparición de nuevos casos de lepra, y la propagación de la enfermedad.

Esto tiene que llamar la atención de las autoridades, internacionales, nacionales y regionales, del grave problema que está aconteciendo en las grandes capitales, para evitar en el futuro la aparición de nuevos focos leprógenos de difícil manejo y control.

BIBLIOGRAFIA

1. Noodeen, S.K. Evaluación Epidemiológica de la lepra. Seminario Bolivariano sobre el control de la lepra, informe O.P.S. 1983; 65-73.
2. Zúñiga, MG.: Evaluación de la endemia de la lepra en las Américas y Proyecciones para el año 2000. Nuevo enfoque para su control. Seminario Bolivariano sobre el control de la lepra. Informe O.P.S.1983; 100-123.
3. Zúñiga MG., Hernando S.: Modificación de la distribución urbano-rural de la lepra en Venezuela. (1949-1979). Bol. Dermat. Sanit. 1989-1990; 5-6: 1-7.
4. Castellazzi, Z. La lepra en Venezuela. Características e influencias de las migraciones humanas en el comportamiento epidemiológico. Bol. Dermat. Sanit. 1979-1980; 1-4: 1-29.

5. Zúñiga M.G., Castellazzi Z, Rassi E, Hernando S. Difusión de la lepra en grupos de población de diferentes riesgos. Estado Miranda, Venezuela. Bol. Dermat. Sanit. 1979-1989; 1-4: 31-52.
6. Castellazzi Z, Zúñiga M.G.: La lepra en los Estados Andinos (1954-1980). Bol. Dermat. Sanit. 1979-1980; 1-4: 52-92.
7. Zulueta A.M. La Lepra. Evaluación histórica, epidemiología y medidas de control. Derm. Venez. 1994; 4:181-190.
8. Devankar, CR, Dudhaikar, B. Deenu Raju G., Ganapati R.: Leprosy in urban slums - possibilities for epidemiologic investigations Lepr. Rev. 1982; 53:99-104.
9. Chaturvedi, R.M.: Epidemiological study of leprosy in malvani sub-urb. of Bombay Lepr. Rev. 1989; 59:113-120.
10. Ridley, DS, Jopling, WH.: Classification of leprosy according to immunity: a jive group system. Int. J. Lepr. 1966; 34:255-73.
11. Motta, CP, Zúñiga, MG.: Time trends of hansen's disease. Brazil. 1. J. Lepr. 1966; 3:453-461.
12. Lombardi, C, Ramirez R, Gil Suárez RE.: Tendencia temporal de la detección de la lepra en los Estados de Sao Paulo (Brasil) 1934-1983. Rev. Lepr.Fotilles, 1994; 4:369-385.
13. Martelli, CMT., Neto Morales, OL, Andrades, ALS.S. Silva, IM Zicker F.: Spatial patterns of leprosy in an urban area of Central Brazil. Bull - Wod - Health Org. 1995; 3:315-319.

Griffin T, et al. **AHA, Factor XIIIa Transglutaminasa**
J Am Acad Dermatol, 1996; 34:196-203

AHA - Factor XIIIa Transglutaminasa

Los alfa-hidroxi-ácidos (AHAs) han mostrado que mejoran el fotoenvejecimiento de la piel. Estudiamos la expresión del factor XIIIa transglutaminasa (XIIIa T) en dendrocitos: dérmicos (DDs) y mastocitos después del tratamiento de la piel con AHA.

Se tomó muestra de biopsia de piel después de 4 a 8 meses de tratamiento con loción a base de AHAs al 25%. Estas fueron evaluadas en busca de la expresión del factor XIIIa T mediante coloración de inmunoperoxidasa y microscopía electrónica. La degranulación de mastocitos fue estudiada por análisis de imágenes. Se observó un aumento (75%) en la expresión del factor XIIIa T después de tratamiento con AHAs, con respecto, comparado con los sitios control. Estos resultados se correlacionaron con aumento en la degranulación de mastocitos y con activación de los DDs, vistos por microscopía electrónica. En conclusión el tratamiento de la piel con AHAs lleva a degranulación de los mastocitos y aumento de la expresión del factor XIIIa T por DDs. La degranulación de los mastocitos lleva a activación de los DDs y a un aumento de la expresión del factor XIIIa T, por acción del factor alfa de necrosis tumoral. Nosotros especulamos que la mejoría clínica e histológica en la piel fotoenvejecida después del tratamiento con alfa hidroxiácidos, debe estar relacionada con este proceso.

Dra. Esther Olavarrieta T.