

AFECCIONES OCULARES EN PACIENTES CON LEPROA

Lisis Osorio Illas*, Marlene E. Sibila González**, Isabel Ambos Frutos***,
Daisy de la C. Vilches Lescaille***, Laura C. Hurtado Gascón****,
Loynette Fernández Mora*****

Servicio de SUIO. Instituto Cubano de Oftalmología: Ramón Pando Ferrer. La Habana. Cuba.

*Especialista de I grado en Oftalmología y en Medicina General Integral.

Profesor asistente. Investigador Agregado MSc. Longevidad Satisfactoria.

Servicio de uveítis e inflamaciones oculares.

**Especialista de I grado en Higiene y Epidemiología y en Medicina General Integral.

Profesor Asistente. Investigador Auxiliar MSc en Salud ambiental.

***Especialista de II grado en Oftalmología. Profesor Asistente. Investigador Agregado MSc. Enfermedades infecciosas.

Servicio de uveítis e inflamaciones oculares.

**** Dr. C Especialista de I Grado en MGI y Dermatología. Profesor asistente

***** Especialista de I Grado en MGI y Oftalmología. Servicio de uveítis e inflamaciones oculares.

(Recibido el 26/06/2020; Aceptado para su publicación: 17/08/2020)

RESUMEN

Objetivo: identificar las afecciones oculares diagnosticadas en los pacientes con Lepra que asistieron a consulta oftalmológica en el servicio de Uveítis e Inflamaciones Oculares (SUIO) del Instituto Cubano de Oftalmología Ramón Pando Ferrer en el periodo 2017-2019.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo prospectivo observacional en pacientes con diagnóstico de lepra quienes cumplieron los criterios de inclusión y exclusión de la investigación. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, afecciones oftalmológicas y grado de discapacidad.

Resultados: predominó el sexo masculino y el grupo de edad entre 45-59 años, la mayoría de los pacientes se diagnosticaron tardíamente después del año del comienzo de los síntomas, las afecciones oculares predominaron en el segmento anterior del ojo y se diagnosticaron cuatro pacientes con diferentes grados de discapacidad ocular.

Conclusiones: las afecciones oculares del segmento anterior son frecuentes en los pacientes con lepra, sobre todo en las formas lepromatosas y pueden aparecer en el momento del diagnóstico, durante o después del tratamiento. Muchas de las causas de afecciones oculares en los pacientes con lepra son prevenibles, es primordial garantizar la asistencia oftalmológica en los mismos.

PALABRAS CLAVE: Lepra, enfermedad de Hansen, lepra lepromatosa, poliquimioterapia, afecciones oculares, discapacidad.

SUMMARY

Objective: to identify the ocular affections in patient with a diagnosis of leprosy in the department of Uveítis and Ocular (SUJO) Inflammations of the Cuban Institute of Ophthalmology Ramón Pando Ferrer during the period 2017-2019.

Methods: a prospective observational descriptive study in patients with diagnosis of leprosy who completed the admission or exclusion criteria of the investigation was carried out. The studied variables were age, sex, ophthalmological affections and grade of incapacity.

Results: The male gender and the age group among 45-59 years prevailed. Most of the patients were diagnosed belatedly after the year of the beginning of the symptoms, the ocular affections prevailed in the segment previous of the eye, and four patients were diagnosed with different grades of ocular discapacity.

Conclusions: the ocular affections of the previous segment are frequent in the patients with leprosy, mainly in the lepromatous type of the disease and they can appear during the presentation of the patient and diagnosis or during or after the treatment. Many of the causes of ocular affections in the patients with leprosy can be prevented and the required ophthalmological care to avoid them must be provided.

KEYWORDS: Leprosy, Hansen´s disease, lepromatous leprosy, multidrug, eye conditions, impairment

INTRODUCCIÓN

La lepra es endémica en países tropicales, particularmente en subdesarrollados y en vías de desarrollo. Tiene un periodo de incubación promedio de 5 años, afecta a cualquier raza, predomina en varones; casi siempre se inicia durante la niñez o la adolescencia, pero suele no diagnosticarse hasta la edad adulta, es una enfermedad granulomatosa de evolución crónica, infecciosa, pero poco contagiosa, producida por el bacilo de Hansen o *Mycobacterium leprae*.¹ Constituye un problema de salud pública prioritario en países subdesarrollados; es la principal causa de neuropatía después de la diabetes. Para su diagnóstico es esencial la clínica apoyada de medios auxiliares como la baciloscopia y la histopatología, actualmente hay nuevas opciones para apoyar el diagnóstico como las pruebas inmunológicas y genéticas que permiten al médico llegar a un diagnóstico cada vez más certero.¹⁻³

La introducción de la poliquimioterapia a comienzo de 1980 revolucionó la duración del tratamiento y evolución de la enfermedad, a partir de ese entonces disminuye significativamente su prevalencia.^{1,4}

La eliminación mundial de la lepra como problema de salud pública (es decir, una tasa de prevalencia mundial de menos de 1 caso por 10 000 habitantes) se alcanzó en el año 2000.⁵

En 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó la nueva "Estrategia Mundial contra la Lepra 2016- 2020: avancemos rápidamente hacia un mundo sin lepra", cuyo objetivo es reforzar las medidas de control de la enfermedad y evitar las discapacidades, sobre todo entre los niños afectados de los países donde es endémico. Esta estrategia hace hincapié en la necesidad de mantener los conocimientos especializados y aumentar el número de personal capacitado para atender esta enfermedad con el fin de mejorar la participación de los afectados en los servicios de atención a la lepra y reducir las deformidades visibles (también llamadas discapacidades de grado 2), así como la estigmatización relacionada con la enfermedad. La estrategia también aboga un compromiso político renovado y una mejor coordinación entre los asociados, además de destacar la importancia de la investigación y la mejora de la recopilación y análisis de datos.⁵

La OMS reporta en el 2018, 208619 nuevos casos de lepra en el mundo, con una prevalencia de 0,24 x100000 habitantes, 8474 menos casos que en el 2017. En la actualidad los países con mayor incidencia corresponden a India, Indonesia y Brasil, los tres países juntos agrupan el 79,6% de todos los casos del mundo.⁶⁻⁸

En nuestro país esta enfermedad no constituye un problema de salud desde el año 1993, aunque se sigan reportando nuevos casos cada año. Algunos con discapacidad grado 2 en ojos, manos o pies, según la clasificación de la OMS, por diagnóstico tardío, con gran repercusión social. En el año 2018 la tasa de incidencia fue de 2.3 x 100000 hab. con 220 casos nuevos, el mayor número de casos lo reportaron las provincias de Granma, Guantánamo, Santiago de Cuba y Villa Clara. La Habana en el mismo período de tiempo notificó un total de 18 casos nuevos para una tasa de 0.85 x 100 000 habitantes.⁹

Esta enfermedad afecta piel, nervios periféricos, membranas mucosas y estructuras oculares. Las manifestaciones clínicas varían en dependencia de la respuesta mediada por células del individuo o por la aparición de reacciones inmunológicas desfavorables ya sea por inmunidad celular o por inmunocomplejos.^{4,10}

Se cree que la lepra es la enfermedad sistémica con mayor incidencia de repercusión ocular, las manifestaciones oculares son diversas, principalmente se afectan los anexos y la córnea pero pueden afectarse todas las estructuras oculares. Los estudios de pacientes con lepra reportaron una alta prevalencia de complicaciones oculares en estos pacientes, 18 pacientes eran ciegos en un ojo (14.3 %), cinco pacientes eran ciegos en ambos ojos (4.0 %) y 65 (51.6 %) tenía una complicación ocular. Los reportes varían en dependencia de los investigadores ya que un porcentaje de las investigaciones no es realizado por especialistas en oftalmología, ni utilizan los medios diagnósticos necesarios, para definir de manera adecuada las complicaciones oculares.^{4,10}

Posterior al uso de la poliquimioterapia, la prevalencia de las complicaciones oculares en estos pacientes se ha reportado hasta en un 66 %.¹¹

Las manifestaciones oculares están relacionadas con la invasión directa por el bacilo de la lepra a las estructuras del segmento anterior y/o anejos, por reacción inflamatoria y sus secuelas, deterioro de la sensibilidad corneal y conjuntival, paresia y parálisis del nervio facial, además se pueden producir daños sobre otras estructuras extraoculares, piel, sistema lagrimal, así como Infecciones secundarias. Se piensa que la dificultad de observación del fondo de ojo como consecuencia de las lesiones corneales y miosis, son responsables de que sean descritas sus lesiones de forma muy esporádica.¹⁰⁻¹⁴

El diagnóstico temprano de la afección ocular es esencial, ayuda a prevenir secuelas de la enfermedad que podían resultar en las incapacidades físicas con un impacto inmensurable en todas las esferas de la sociedad.^{10,14-19} En la literatura revisada hay escasas publicaciones nacionales que describan las características clínicas de este grupo de pacientes y teniendo en cuenta que la atención oftalmológica forma parte de programa de atención al paciente con Lepra, aunque no siempre se realiza, decidimos realizar este estudio con el objetivo de identificar las afecciones oculares diagnosticadas en los pacientes con Lepra que asistieron a consulta oftalmológica de Uveítis en el Instituto Oftalmológico Ramón Pando Ferrer.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo observacional en una serie de 31 pacientes atendidos en la consulta externa del Servicio de Uveítis e Inflamaciones Oculares (SUIO) del Instituto Cubano de Oftalmología Ramón Pando Ferrer, en el en el periodo 2017-2019 remitidos con el diagnóstico de lepra. En los criterios de inclusión se tuvieron en cuenta los pacientes con el diagnóstico de lepra por baciloscopia y/o histopatología, con consentimiento informado y se excluyeron los pacientes que se negaron a participar en el estudio y que no cooperaron para la realización de exámenes diagnósticos.

Se registraron las siguientes variables sociodemográficas: edad, sexo; las variables clínicas: agudeza visual, número de consultas que asistieron los pacientes antes del diagnóstico de lepra, afecciones oftalmológicas y grado de discapacidad (según la OMS).

Clasificación de las discapacidades de la lepra (según la OMS).^{5,13,19}

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.) incluye también lagofalmo, iridociclitis y opacidades corneales.

Los datos fueron recogidos por la autora y colaboradores mediante la revisión de historias clínicas y el examen oftalmológico completo realizado en la consulta, que incluyó agudeza visual (AVsc) sin cristales y mejor corregida (AVMC) con cartilla Logmar, neumotonometría, exploración de la sensibilidad corneal, biomicroscopia del segmento anterior en lámpara de hendidura BQ-900 y posteriormente previa dilatación pupilar, biomicroscopia del segmento posterior con lentes aéreos (90 D y 78 D) y oftalmoscopia binocular indirecta (OBI) con y sin indentación escleral para un completo estudio de retina y pars plana. En los casos que fue necesario se realizó retinografía de fondo, tomografía de coherencia óptica (OCT) y ultrasonido ocular.

La información obtenida y registrada se transcribió hacia una base de datos en Microsoft Excel y se emplearon sistemas Epidat 4.0 y SPSS versión 20 para el procesamiento y presentación de los resultados.

Se realizaron análisis de frecuencias absolutas y relativas para cada caso. Los resultados se expresaron en tablas y gráficos adecuados al tipo de variable. Todos los pacientes que participaron en la investigación fueron informados sobre los objetivos de esta y los procedimientos diagnósticos a realizar en cada caso, así como los principios riesgo-beneficio, garantizando la confiabilidad de la información obtenida.

RESULTADOS

En la tabla 1 se aprecia la frecuencia por grupos etarios y sexo de los pacientes. Del total de pacientes, el 58 % (18 pacientes) representa el sexo masculino y el 42%, el sexo femenino (13 pacientes). Predominó el grupo de edad de 45-59 años (45.1 %) para ambos sexos: 6 pacientes mujeres y 8 hombres.

Tabla 1. Distribución de pacientes según grupo etario y sexo.

Grupo de edades	Masculino	Femenino	Total	%
0-14 años	2	0	2	6.4
15-29 años	1	2	3	9.7
30-44 años	0	2	2	6.4
45-59 años	8	6	14	45.1
60-74 años	6	2	8	26.0
75 y más	1	1	2	6.4
Total	18	13	31	100

Fuente: Historias clínicas

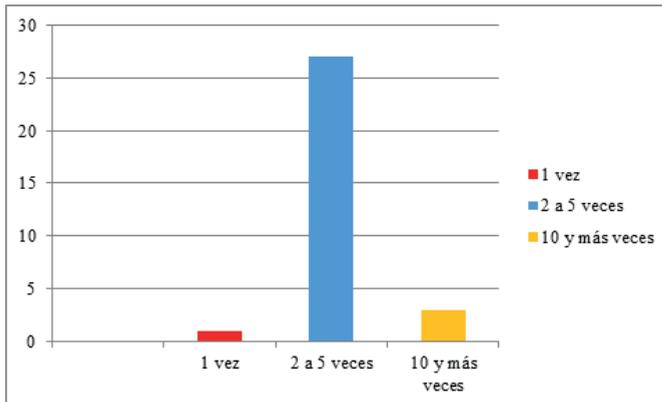
Como se puede observar en la tabla 2 y el gráfico 1, se muestran el número de consultas que asistieron los pacientes antes del diagnóstico de lepra, el mayor porcentaje 87.1% (27 pacientes) asistieron de 2 a 5 veces a consulta antes de realizar el diagnóstico, solo en una paciente, en la primera consulta se sospechó la enfermedad.

Tabla 2. Número de consultas a las que asistieron los pacientes antes del diagnóstico de lepra.

Número de consultas	Cantidad de pacientes	% (n = 31)
1 vez	1	3.2
2 a 5 veces	27	87.1
10 y más veces	3	9.7
Total de pacientes estudiados	31	100

Fuente: Historias clínicas

Gráfico 1. Número de consultas a las que asistieron los pacientes antes del diagnóstico de lepra.



En la tabla 3 se observan las afecciones oculares diagnosticadas en la serie estudiada, el mayor porcentaje (32%) en 10 pacientes correspondió con la hipoestesia corneal, en segundo lugar, con igual porcentaje (29%), la madarosis de pestañas y la queratitis puntata superficial con 9 casos respectivamente.

Tabla 3. Afecciones oftalmológicas diagnosticadas en los pacientes con Lepra.

Afecciones oftalmológicas	Total de pacientes	%
Madarosis de cejas	7	22.5
Madarosis de pestañas	9	29
Lagofタルmo	1	3.2
Ectropión	2	6.4
Hipoestesia corneal	10	32
Anestesia corneal	2	6.4
Queratitis puntata superficial	9	29
Escleritis	2	6.4
Catarata	8	25
Glaucoma	2	6.4
Panuveítis	1	3.2
Retinopatía hipertensiva	5	16
Lesiones en retina inactivas	3	9.6

Fuente: Historias clínicas

Como se muestra en la tabla 4, del total de pacientes con lepra, 2 pacientes (6.4%) presentaron discapacidad GI y GII de ojos respectivamente. El 9.7% (3 pacientes) presentaron discapacidad GII de manos.

Tabla 4. Grado de discapacidad según región anatómica afectada.

	Grado de discapacidad	Región anatómica afectada					
		Pies		Manos		Ojos	
		No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL DE PACIENTES (N=31)	Grado 0	0	0	0	0	0	0
	Grado I	0	0	0	0	2	6.4
	Grado II	0	0	3	9.7	2	6.4

Fuente: Historias clínicas

DISCUSIÓN

La lepra puede afectar a cualquier persona, niños y adultos. En cuanto a la edad, puede aparecer en cualquier momento de la vida, aunque es rara en los lactantes. En niños las edades más frecuentes son entre los 10 y 14 años.¹⁹ El mayor porcentaje de los pacientes estudiados corresponde a edades adultas, el grupo de edad más afectado fue de 45-59 años pacientes que se encuentran en plena edad laboral y social, aunque no coinciden los grupos etáreos predominantes con otros estudios revisados,^{18,20} si coincidimos en que existe una mayor incidencia de la enfermedad en adultos que en niños.

Respecto al sexo, tanto la incidencia como la prevalencia son más altas en los hombres entre 35 y 44 años que en las mujeres en la mayoría de las regiones del mundo, con excepción de determinadas áreas de África, en las que se han observado tasas mayores entre las mujeres, a su vez,

esta diferencia por sexo es mayor en los adultos que en los niños y en las formas lepromatosas más que en la tuberculoides.¹⁸⁻²⁰

En este estudio predominó el sexo masculino, el resultado anterior reafirma los hallazgos en Latinoamérica donde la prevalencia de la lepra es de cerca de 1,8/1,0 en hombres y mujeres, respectivamente, al igual que en la mayoría de las regiones del mundo.²⁰ Por lo anterior se pudiera pensar que hay una mayor predisposición por parte de los varones a padecer la enfermedad, pero hay que tener en cuenta que en muchos países la mujer se encuentra confinada al hogar con menor acceso a los servicios de salud.

En el estudio se diagnosticaron 2 niños con lepra, una de las estrategias mundial para la lepra de la OMS 2016-2020, es evitar que los niños enfermen con lepra, ya que su diagnóstico implica la presencia de bacilos viables circulantes, lo que constituye un grave problema epidemiológico.²¹ En Cuba, históricamente se han diagnosticado casos de lepra infantil; el mayor número de casos se reportó en los años 2011 y 2013 con 10 y 11 niños, respectivamente.^{21,22}

Mundialmente son detectados más de 15000 casos en edades pediátricas cada año, aunque ha disminuido en 1000 nuevos casos (16 366 en 2017 y 15 380 en 2018), los países que reportan un mayor número son Angola, Indonesia, Mozambique, Myanmar, Nepal y Filipinas.^{8,17}

Los recientes estudios realizados en países en etapa de post-eliminación de lepra, muestran que las características de la enfermedad en niños, pueden ser poco claras y se requieren otras herramientas para su diagnóstico, pueden no presentar signos evidentes de la enfermedad por lo que puede retrasarse su diagnóstico.²¹ La utilización de varias técnicas para concluir un diagnóstico ha sido la estrategia defendida por la Comisión Técnica Asesora de lepra en Cuba.

Cuando se analiza la fecha de diagnóstico con la de los primeros síntomas, según forma clínica de la enfermedad, llamó la atención que el mayor porcentaje de los enfermos fueron diagnosticados tardíamente después de doce meses esto coincide con otros estudios,^{23,24} la mayoría fueron interconsultados por varias especialidades por manifestaciones clínicas, generalmente en piel, con indicación de varios tratamientos médicos antes de ser diagnosticados. En dos de los pacientes estudiados el diagnóstico se realizó tras ocho años de presentar signos y síntomas que no lo relacionaban ni pacientes ni personal médico con el inicio de la enfermedad, a diferencia de lo encontrado en esta serie, en un estudio realizado en pacientes timorenses,² predominó un diagnóstico temprano, a pesar del desconocimiento y la falta de divulgación de la enfermedad en este país en el momento del estudio.

La forma clínica lepromatosa fue la más frecuente, dato que concuerda con la estadística nacional y otros autores internacionales.^{2,8,19,20,25} La lepra lepromatosa, es producto de una ausencia total de inmunidad celular ante la bacteria, lo que ocasiona una multiplicación exagerada de la misma, el daño de nervios periféricos es lento y progresivo, produciendo una enfermedad diseminada, en muchas ocasiones con compromiso ocular, el que se produce por múltiples factores, llevando a la pérdida visual, incluso a la ceguera permanente, en aproximadamente el 10% de los pacientes.^{19,26}

La manifestaciones oculares más frecuentes descritas en la literatura son la madarosis de las cejas y pestañas (Figura 1),^{10,11,15,16} coincidiendo con nuestros resultados, la córnea es la parte

más afectada del globo, presentando una forma de queratitis patognomónica de localización temporal superior, se describe además que en el iris aparecen lesiones características como atrofia con aspecto atigrado y miosis por denervación, también se diagnostican la uveítis aguda y crónica. Las lesiones esclerales son infrecuentes, en el fondo de ojo solo se han descrito lesiones de forma esporádica, ya que en muchas ocasiones estos trabajos son realizados por médicos no oftalmólogos.^{16,27} En nuestra serie un menor porcentaje de los pacientes estudiados presentaron escleritis y lesiones inactivas en retina (Figura 2) quizás secuela de un proceso inflamatorio anterior.



Figura 1. Biomicroscopía del segmento anterior: se observa madarosis de pestañas.



Figura 2. Retinografía de fondo de ojo: paciente con lesión pigmentada en retina.

El examen de la sensibilidad corneal es esencial en estos pacientes¹⁹ y muchas veces olvidado por los oftalmólogos, en cuanto a la pérdida de sensibilidad los síntomas pueden ser mínimos o nulos hasta que la enfermedad está avanzada pudiendo deteriorar la visión significativamente,^{10,11,16,26} en el estudio realizado la hipoestesia corneal asociada a queratitis (Figura 3) fue una de las afecciones con mayor porcentaje de presentación, la afectación por daño en el V par combinado con daño del VII par predispone a un daño mayor de la superficie ocular. La integridad de la superficie ocular es muy importante para el pronóstico visual, en caso de que el paciente necesite intervenciones quirúrgicas como cirugía de catarata.

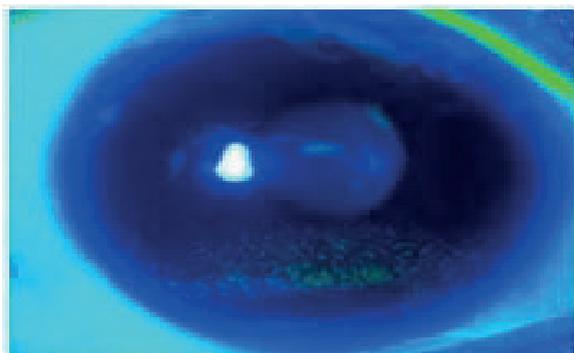


Figura 3. Biomicroscopía del segmento anterior: se observa Queratitis puntatata superficial.

Las manifestaciones oculares pueden ocurrir tanto en el momento del diagnóstico o después de concluido el tratamiento sistémico de la misma. Daniel y colaboradores¹⁶ informaron que, a pesar del tratamiento riguroso con poliquimioterapia, el 33% de los pacientes desarrollan ceguera, el 3.6% glaucoma y el 10.4% desarrolla otras condiciones que ponen en riesgo la visión como anestesia corneal, lagofthalmos, uveítis, escleritis y glaucoma avanzado. Dado lo anterior, los pacientes con lepra y manifestaciones oculares deben de iniciar además de la poliquimioterapia un seguimiento cercano y un tratamiento de las comorbilidades oculares. La mayoría de los pacientes del estudio se encontraban bajo tratamiento médico con poliquimioterapia.

Las causas principales de pérdida visual y ceguera en los pacientes con Lepra son por complicaciones corneales, uveítis anterior agudas y crónicas, además de las cataratas.^{10-12,15,16,27}

En la serie de casos una paciente fue diagnosticada con panuveítis bilateral, los síntomas oculares comenzaron un año después del tratamiento con poliquimioterapia para la lepra y ha evolucionado de forma crónica. Se reporta en la literatura que la inflamación ocular mayormente ocurre después de los cinco años del inicio de la enfermedad sistémica, más frecuente de forma crónica^{11,16,27,28} pero en algunos casos la inflamación ocular se puede desarrollar relativamente temprana en la enfermedad sin una infiltración ocular por *M. leprae* y pueden estar relacionados con la circulación sistémica del antígeno. En la bibliografía se describe hasta un 4 % de aparición de uveítis en estos pacientes, con asociación significativa de frotis positivo al momento del diagnóstico y con deformidades graves de las extremidades.¹⁶ En el caso presentado no se realizó la baciloscopia al momento del diagnóstico de la uveítis y no se encontraron deformidades en las extremidades.

Con la poliquimioterapia adecuada los microorganismos deben de disminuir a medida que la enfermedad se vuelve inactiva. Sin embargo, Daniel y colaboradores¹⁶ realizaron el primer estudio prospectivo, que evaluaba la incidencia de complicaciones oculares entre los pacientes multibacilares después de completar el tratamiento con multidrogas.

Más del 5% de los pacientes desarrolló complicaciones oculares por años después del mismo y aproximadamente el 4% presentaron pérdida visual importante. Similares complicaciones pueden ocurrir durante el tratamiento o las recurrencias de la enfermedad.^{11,15,27}

No todas las afecciones oculares diagnosticadas en el estudio realizado pudieran ser debidas a la lepra, ya que pueden añadirse otros factores de riesgo para la aparición de las mismas, como es el caso de la edad en la catarata y la hipertensión arterial en la retinopatía hipertensiva entre otras, no obstante, fueron hallazgos encontrados en el estudio por lo que son descritos, en un mismo paciente pueden aparecer más de una afectación ocular, en la serie estudiada todas se presentaron en los adultos.

Pocos trabajos abordan los tratamientos oftalmológicos especializados que reciben los pacientes con lepra y afecciones oculares, a los casos estudiados teniendo en cuenta el predominio de manifestaciones oculares en córnea se les prescribió lágrimas artificiales, además de orientaciones higiénicas para la protección de la superficial ocular, se indicaron tratamientos específicos según la lesión encontrada.

En la investigación realizada hubo 3 pacientes con discapacidad G2 de manos, coincidió con los que demoraron más de 8 años para llegar al diagnóstico de la enfermedad, en uno de los casos después de varias consultas y tratamientos médicos-quirúrgicos se le realizó una amputación de un miembro superior por sospecha de compresión nerviosa y al realizar biopsia pos tratamiento quirúrgico se evidencia la presencia de nódulos lepromatosos, el otro paciente fue tratado por varios años por una neuropatía sensitiva en miembros superiores llevando varios tratamientos médicos, cuando se realiza el diagnóstico de lepra, ya presentaba deformidades en ambas manos. Las discapacidades provocadas por la lepra tienen alta prevalencia (95,8%), se localizan con mayor frecuencia en los miembros inferiores (16-69,5%),²⁴ en el estudio realizado predominó la presencia de manos en garras con lesiones ulcerativas (Figura 4) lo cual afecta la calidad de vida de los pacientes, a lo que se añade la avanzada edad en muchos casos y la coexistencia de morbilidad.



Figura 4. Foto de paciente: Manos en garra con ulceraciones.

Dos pacientes con anestesia corneal y queratitis (Figura 3) fueron diagnosticados con discapacidad G1 de ojos, es importante el tratamiento y seguimiento adecuado de estos pacientes, ya que la anestesia corneal impide detectar síntomas oculares que alerten el comienzo de otras complicaciones como úlceras corneales u otras afecciones que empeoren el pronóstico visual de forma irreversible.

El lagofタルmo severo bilateral con ectropión, opacificación corneal y mala agudeza visual fueron las afecciones por lo cual se diagnostica a un paciente de la serie estudiada con discapaci-

dad G2, este paciente por complicaciones sistémicas de la lepra por una reacción tipo 2, está pendiente de valoración de tratamiento quirúrgico oftalmológico para el ectropión, el diagnóstico de uveítis en una paciente con lepra como evidencia el estudio también se clasifica como una discapacidad G2.^{13,17}

Las alteraciones de la visión son también secuelas importantes en los pacientes con enfermedad de Hansen, se han reportado incidencias de lagofltermo 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.²⁸

La región de las Américas en el 2018 reportó 2324 nuevos casos con discapacidad Grado 2, Brasil el país que mantiene la lepra como problema de salud en la región notifica 2109 casos, Cuba, aunque no cumple la estrategia de menos de un caso por millón de habitante en el mismo período de tiempo notifica 13 casos.^{6,9,17}

Este trabajo difiere de otros estudios cubanos donde es mayor el porcentaje de enfermos con discapacidad grado 1 y un menor porcentaje discapacidad grado 2, irreversible para el paciente,²⁴ no así lo referido por Viel Reyes H, en su estudio el 68,4% de los pacientes presentaron discapacidad grado 2, seguido de discapacidad grado 1, pero en ninguno de ellos se refiere a la evaluación oftalmológica.²⁵

Un estudio en la India que incluyó 200 pacientes, tuvieron como resultado 168(66.14%) pacientes con discapacidad en el momento del diagnóstico de la enfermedad y 20 (7.87%) algún grado de discapacidad mientras los pacientes estaban bajo tratamiento con multidrogas durante el año, el 15.74% estaba en relación con deformidades faciales, madarosis, lagofltermos y otras afecciones oculares.¹³

La discapacidad sobre todo física, juega un rol fundamental en el estigma social al que están sometidos estos pacientes, la evaluación correcta del paciente desde el inicio de la enfermedad, su seguimiento, monitorización del tratamiento, intervenciones tempranas y la rehabilitación, es fundamental para evitar la limitación de estas personas, aún en este siglo existe segregación y discriminación a la que son sometidos los enfermos de lepra por la sociedad y la falta de conocimientos sobre la enfermedad de algunos profesionales de salud. Las discapacidades no están presentes en todos los afectados por lepra cuando se realiza el diagnóstico, por lo que hay que evaluar el grado de riesgo para evitarlas, la presencia de una discapacidad visible, es indicativo de un daño nervioso irreversible, de un diagnóstico de la enfermedad tardío (como los pacientes discapacitados de esta serie) y/o tratamiento no adecuado.³⁰

En los casos de lepra ocular es necesaria una historia clínica detallada y tener alto índice de sospecha de la enfermedad que nos ayude a obtener un diagnóstico correcto. Recordar que muchas de las causas de ceguera en los pacientes con Lepra son prevenibles. Se debe asegurar una atención multidisciplinaria para el seguimiento y tratamiento de estos pacientes. La intervención temprana y los tratamientos adecuados mejoran la calidad de vida en estos pacientes.

En el estudio sobre la lepra y sus efectos sobre la salud visual en el 2008³¹ se cita una idea de Elías Sevilla Casas como un aliciente para abordar el tema de la lepra y salud visual "...aunque el daño en las extremidades o su pérdida es un severo hándicap para los pacientes de la Enfer-

medad de Hansen, frecuentemente es tolerada con tristeza, pero la ceguera implica un peso casi intolerable. Afortunadamente es evitable. Hay cosas que uno puede hacer acerca de los ojos” (...).

Por todo lo anterior podemos concluir que las afecciones oculares del segmento anterior son frecuentes en los pacientes con lepra, sobre todo en las formas lepromatosas y pueden aparecer en el momento del diagnóstico, durante o después del tratamiento. El tratamiento completo con multidrogas no es garantía para evitar las complicaciones oculares. Muchas de las causas de afecciones oculares en los pacientes con lepra son prevenibles, es primordial garantizar la asistencia oftalmológica a estos pacientes.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses entre los autores.

REFERENCIAS

1. Pastrana FF, Ramírez ACR, Moredo RE, Ramírez RH, Díaz-Perera CA. Impacto de la lepra en la historia. Folia [en línea] 2012; 6(1). [Citado el 24 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?ID_ARTICULO=39541>
2. Tablada Robinet ME, Marrero Rodríguez H. Aspectos clínicos y epidemiológicos en pacientes timorenses con enfermedad de Hansen. Las Tunas. MEDISAN. 2019;23(1):91.
3. Araujo S, Goulart L R, Truman R W, Goulart I M B, Vissa V, Li W, et al. qPCR-high resolution melt analysis for drug susceptibility testing of *Mycobacterium leprae* directly from clinical specimens of leprosy patients. PLoS Negl Trop Dis [en línea] 2017; 11: e0005506. DOI: 10.1371/journal.pntd.0005506.
4. Lastória JC, Sampaio T. Effectiveness of the retreatment of patients with multibacillary leprosy and episodes of erythema nodosum leprosum and/or persistent neuritis: a single center experience. An Bras Dermatol. 2018; 93(2):181-4.
5. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la lepra 2016–2020. Acelerar la acción hacia un mundo sin lepra. Guía de monitoreo y evaluación. Ginebra: OMS; 2017 [citado el 24 de marzo de 2020]. Disponible en: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254907/9789290225874->>
6. World Health Organization. Global leprosy update, 2016: accelerating reduction of disease burden. weekly epidemiological record [en línea] 2017; 92(35): 501-520. [Citado el 17 de abril de 2020]. Disponible en: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258841/WER9235.pdf?sequence>>
7. World Health Organization. Global leprosy update, 2018: moving towards a leprosy- free world. Weekly epidemiological record, [en línea] 2019; 94(35/36):389-412. [Citado el 17 de abril de 2020]. Disponible en: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326775/WER9435-36-en-fr.pdf?ua=1>>
8. Rao PN, Suneetha S. Current situation of leprosy in India and its future implications. Indian

Dermatol Online J. [en línea] 2018; 9(2):83-89. DOI: 10.4103/idoj.IDOJ_282_17

9. Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI). Anuario estadístico de Cuba 2018. Salud y Asistencia social [en línea]. Cap. 19. Cuba: ONEI; 2019. [Citado el 27 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.directoriocubano.info/docs/anuario_estadisticos/salud_publica.pdf>
10. Sudha R, Suneel N Krishna Gopala, Chandrasekhar G. Incidence and Management of ocular complications/manifestations in leprosy patients who are attending to a tertiary care hospital. *JMSCR* 2015; 3(1):3719-3727.
11. Malik ANJ, Morris RW, Ffytche TJ. The prevalence of ocular complications in leprosy patients seen in the United Kingdom over a period of 21 years. *Eye (Lond)*. [en línea] 2011; 25(6):740-745. DOI: 10.1038/eye.2011.43
12. Junaid S. Wani MS, Sabia Rashid MS, Muzzafar Sherwani MS, AR Nasti MS. Ocular Manifestations of leprosy - A Clinical Study. *JK- Practitioner* 2005;12(1):14-17.
13. Santoshdev P, Ashish Jagati, Pooja Chowdhary. Disabilities in leprosy an open, retrospective analyses of institutional records. *An Bras Dermatol*. [en línea] 2020; 95(1):52-56. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.abd.2019.07.001>
14. Chaudhry IA, Shamsi FA, Elzaridi E, et al. Initial diagnosis of leprosy in patients treated by an ophthalmologist and confirmation by conventional analysis and polymerase chain reaction. *Ophthalmology*. [en línea] 2007;114(10):1904-1911. DOI: 10.1016/j.ophtha.2007.02.011
15. Grzybowski A, Nita M, Virmond M. Ocular leprosy. *Clin Dermatol*. [en línea] 2015;33(1):79-89. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2014.07.003>
16. Daniel E, Ffytche TJ, Kempen JH. Incidence of ocular complications in patients with multi-bacillary leprosy after completion of a 2 year course of multidrug therapy. *Br J Ophthalmol*. [en línea] 2006; 90(8): 949-95. [Citado el 24 de marzo de 2020]. Disponible en: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1857220/>>. DOI: 10.1136/bjo.2006.094870
17. Sarode G, Sarode S, Anand R, Patil S, Jafer M, Baeshen H et al. Epidemiological aspects of leprosy. *Dm Disease-A-Month*. [en línea] 2020;66(7). 100899. Disponible en: <<https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2019.100899>>
18. Gallagher N, Simpson C. Geriatric Leprosy: Two Cases of new onset Leprosy above 80 years of age. *Indian J Lepr*. [en línea] 2018; 90:167-17. [Citado el 24 de marzo de 2020]. Disponible en: <[http://www.ijl.org.in/2018/10%20Natasha%20G%20et%20al%20\(CR\)%20\(167-172\).pdf](http://www.ijl.org.in/2018/10%20Natasha%20G%20et%20al%20(CR)%20(167-172).pdf)>.
19. Zuñiga M, Bertoló MS, Arias F, Torre Z, Poulain C, Avendaño M, et al. Manual de organización y procedimientos para la lepra (enfermedad de Hansen). Ministerio de salud pública. Gobierno de Chile. Santiago de Chile. [en línea] 2017. [Citado el 24 de marzo de 2020]. Disponible en: <<http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/830>>.
20. Quevedo Lorenzo I, Yáñez Crombet A. Algunos aspectos clínicos-epidemiológicos de la enfermedad de Hansen en el municipio Yara. Granma. 2013-2017. II Multimed. Revista

- Médica. Granma [en línea] 2019; 23(1). [Citado el 24 de marzo de 2020]. Disponible en: <<http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1095>>.
21. Ruiz Fuentes JL, Suárez Moreno O, Fundora Pastrana F. Diagnóstico de lepra en niños mediante estudio serológico de anticuerpos contra el glicolípido fenólico. Revista cubana de pediatría [en línea] 2019;91(1). [Citado el 24 de marzo de 2020]. Disponible en: <<http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/594>>.
 22. Ruiz Fuentes JL, Rumbaut Castillo R, Hurtado Gascón LdC, et al. Leprosy in children: a Cuban experience on leprosy control. BMJ Paediatrics Open [en línea] 2019; 3:e000500. DOI:10.1136/bmjpo-2019-000500
 23. Hurtado Gascón LC. El desempeño profesional del médico de familia en la detección temprana de la Lepra. Revista Cubana de Tecnología de la Salud [en línea] 2018;9(4): [aprox. 8 p.]. [Citado el 24 de marzo de 2020]. Disponible en: <<http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/1294>>
 24. Hurtado L, González L, Tejera F, Portela C. Lepra tardía. Comportamiento clínico epidemiológico. La Habana. Período 2008-2016. Fontilles, Rev. leprol. 2017; 31(3): 167-175.
 25. Viel Reyes H. Caracterización clínica y epidemiológica pacientes con diagnóstico tardío de lepra en Guantánamo durante el 2006–2010 [en línea]. Guantánamo: Editorial Ciencias Médicas; 2010 [Citado el 2 de junio de 2020]. Disponible en: <[http://www.monografias.com/trabajos94/caracterizacion-clinica-y-epidemiologi ca-pacientes-diagnostico-tardio-lepra/shtml](http://www.monografias.com/trabajos94/caracterizacion-clinica-y-epidemiologi_ca-pacientes-diagnostico-tardio-lepra/shtml)>
 26. Fadul SE. Informe del evento lepra, período epidemiológico VI. Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2017.
 27. Martínez–Costa Pérez R, Pastor Pascual F, Gómez Echevarría JR. Lepra Ocular, conceptos actuales: An update in ocular Leprosy. Fontilles, Rev. leprol 2006; 25(4): 287-304.
 28. Duran Merino CE, Ortiz Úsuga MC, Jaramillo Jaramillo M, Rodríguez AM. Chronic unilateral uveitis as a manifestation of leprosy: A case report and literature review. Ocul Immunol Inflamm [en línea] 2020. [Citado el 24 de marzo de 2020]. Disponible en: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09273948.2020.1720256>>. DOI: 10.1080/09273948.2020.1720256
 29. Obregón Valdivia P, Pérez Jiménez AY. La Lepra y sus discapacidades. MediCiego [en línea] 2015; 21(2). [Citado el 24 de marzo de 2020]. Disponible en: <<http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/422>>
 30. Guillén Rodríguez G, et al. Estudio descriptivo de la lepra en residentes del sanatorio de Fontilles. Enferm Dermatol. 2016; 10(27):33.
 31. Rojas Guzmán I, Rojas Parroquiano L. La lepra y sus efectos sobre la salud visual en el Lazareto de Agua de Dios entre 1885 y 1945: una aproximación a los tratamientos y a la percepción social de la enfermedad. Universidad de la Salle. Facultad de Optometría. Bogotá [en línea] 2008. [Citado el 24 de marzo de 2020]. Disponible en: <<https://ciencia.lasalle.edu.co/optometria/217>>