

## La lepra en la actualidad

### Participantes:

**Coordinador: Dr. Amado Saúl**, Profesor de Dermatología, U.N.A.M. Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital General de México y médico del Centro Dermatológico Pascua, S.S.A.

**Sor Ligia Cámara**, Trabajadora Social. Centro Dermatológico Pascua, S.S.A.

**Dr. Octavio Flores**, Profesor Adjunto de Dermatología. Médico del Centro Dermatológico Pascua, S.S.A.

**Prof. Dr. Fernando Latapí**, Profesor de Dermatología de la U.N.A.M., Director del Centro Dermatológico Pascua, S.S.A.

**Dra. Obdulia Rodríguez**, Profesora de Dermatología de la U.N.A.M., Subdirectora del Centro Dermatológico Pascua, S.S.A.

### Introducción

**Dr. Saúl** La lepra constituye aún un problema importante de salud pública en muchas regiones del mundo, incluyendo a México. Se está todavía lejos de su control adecuado por innumerables problemas aún no resueltos del todo.

Por otro lado, la lepra no es problema que pueda interesar sólo al dermatólogo, al infectólogo o al sanitarista. Es una enfermedad que presenta aspectos interesantes para el médico general, el oftalmólogo, el otorrinolaringólogo, el internista, neurólogo,

ortopedista y muchos más.

Por tal razón, hemos pensado que sería útil para el médico general, estudiantes de medicina y a otros especialistas, presentar en una mesa de discusión coordinada, los aspectos más interesantes y actualizados de la lepra, con la participación de médicos que tienen amplia y reconocida experiencia sobre este apasionante tema.

Maestro Latapí, ¿cuáles son a su juicio los mayores adelantos que se han vivido en el campo de la lepra en los últimos 40 años?

**Dr. Latapí** Seguramente se dice de los últi-

**La lepra constituye un problema de salud pública en muchos países del mundo incluyendo a México. En 1941 se puso en marcha el tratamiento con sulfonas; recientemente, por la aparición de resistencia bacteriana, se han usado la rifampicina y la clofazimina. Para la reacción leprosa, la talidomida, que ha desplazado a la cortisona, con el inconveniente de ser teratogénica. La lepra se define con manifestaciones polares: por un lado la lepromatosa, progresiva, transmisible y por otro lado la tuberculóide, regresiva y no transmisible. Se considera la menos contagiosa de las enfermedades transmisibles. Esta enfermedad puede manifestarse lo mismo en la piel que en los nervios periféricos, en la mucosa nasal o dar síntomas generales. El agente causal, un sólo bacilo, presenta características diferentes de enfermedad, según la persona afectada.**

mos cuarenta años pensando que fue precisamente en el año de 1941 cuando en este siglo ocurrió lo más importante o sea el descubrimiento, la puesta en marcha del tratamiento de la lepra por medio de las sulfonas. El Dr. Faget en la leprosería de Carville, Louisiana en ese año de 1941, dio a conocer que las sulfonas, medicamento que se había mandado a hacer para la tuberculosis, estaban curando la lepra; de ahí en adelante este medicamento ha sido el tratamiento de la lepra como nos consta a los que hemos vivido esos años. Desde el punto de vista terapéutico también podemos decir que ya recientemente se han incorporado nuevos medicamentos al tratamiento porque resulta que, aunque muy buenas, las sulfonas eran nada más monoterapia, contrariamente a la tuberculosis que pronto tuvo varios medicamentos asociados que evitaban la resistencia y eso no pasó con la lepra; por muchos años estuvo sujeta a la monoterapia, como resultado apareció la resistencia también en los últimos años y en relación con eso hay nuevos medicamentos que son principalmente la rifampicina y la clofazimina con gran actividad, sobre todo la rifampicina que es bactericida. La asociación de estos tres medicamentos es, en la actualidad, el mejor tratamiento. Todavía hablando del tratamiento podríamos decir que no para la lepra sino para la reacción leprosa, o sea para los estados agudos de la lepra tan importantes, surgió en el año de 1965 la talidomida que constituye un tratamiento maravilloso para este episodio, que incluso mataba enfermos en aquellos tiempos en que por fortuna desplazó a la cortisona que tanto daño hizo a muchos pacientes. Actualmente es el medicamento de elección para la reacción leprosa con los detalles conocidos de que es teratogénica,

sin problemas en hombres; en las mujeres también se puede dar, pero siempre que se den anticonceptivos o bien que la paciente mujer esté fuera de la edad fértil.

Desde el punto de vista del conocimiento de la enfermedad, en estos últimos 40 años creo que se llegó a conocerla mejor en vista de los trabajos de leprólogos de todo el mundo y también latinoamericanos, por qué no decirlo, de manera que gracias a los trabajos sudamericanos primero, y después también mexicanos, se entendió mejor lo que es la lepra y de esa manera se llegó a los congresos internacionales a definirla con manifestaciones totalmente diferentes o sea, polar; la lepra lepromatosa por un lado, progresiva, trasmisible y por otro lado la lepra tuberculoide, regresiva, no trasmisible y no digo mayores detalles porque seguramente otros también hablarán de todo ello. Eso desde el punto de vista del conocimiento de la enfermedad. Desde el punto de vista del manejo, creo que hay otras preguntas ulteriores, tal vez podrían dejarse para después para no alargar mucho esta contestación.

**Coordinador** Dra. Rodríguez, ¿qué se sabe en la actualidad del agente causal y su forma de transmisión?

**Dra. Rodríguez** Lo que se sabe del agente causal, el *M. leprae*, es que durante mucho tiempo no se pudo inocular a los animales y no fue sino hasta hace unos cuantos años que se logró que sobreviviera, en el cojinete plantar del ratón primero y actualmente se inocula en el armadillo; esto último ha sido un avance muy grande porque permite tener el bacilo en grandes cantidades para preparar antígenos para el mejor conocimiento de los pacientes. En cuanto al bacilo ya se sabe que es un bacilo ácido alcohol resistente igual que el de la tuberculosis y que

**Fig. 1.** Lepra lepromatosa, la más frecuente en México. Izquierda: variedad nodular. Derecha: la forma difusa o lepra de Lucio en su fase atrófica.



no ha podido ser cultivado.

**Coordinador** ¿Y su forma de transmisión?

**Dra. Rodríguez** Pues su forma de transmisión se considera que es por el contacto entre una persona que tiene bacilos con una persona sana, nada más que la persona sana tiene que haber heredado un factor de no resistencia; la mayor parte de la población humana hereda un factor de resistencia, el 90 ó 95 por ciento de la población humana es inmune a la enfermedad y solamente un 5 ó un 10 por ciento es susceptible. Si esa persona susceptible se pone en contacto con un enfermo infectante está en posibilidad de adquirir la enfermedad siempre y cuando ese contacto con el enfermo sea prolongado e íntimo?

**Coordinador** Entonces ¿quiere decir que no es lo mismo lepra infección que lepra enfermedad.

**Dra. Rodríguez** No, no es lo mismo. Hay personas que tienen la lepra infección sin que padezcan la lepra enfermedad. No solamente es eso sino que han sido capaces de formar defensas en su organismo y puede

uno afirmar que tienen la infección, pero que han resistido a ella.

**Coordinador** La lepra se considera una enfermedad transmisible, no hay duda, ¿qué grado de transmisibilidad tiene?

**Dra. Rodríguez** Se considera que es la menos contagiosa de las enfermedades transmisibles, es más incluso se necesita según los últimos adelantos, un número muy grande de bacilos para que esa persona susceptible sea capaz de ser infectada.

**Coordinador** Dr. Flores. La lepra tiene muchas facetas, no es como la gente ni los médicos creen, la clásica y conocida facies leonina no se observa a diario. La lepra lo mismo puede manifestarse en la piel que en los nervios periféricos o en la mucosa nasal o dar síntomas generales que confunden al médico. ¿Cuál es la clasificación actual de los casos, que ya ha iniciado el maestro Latapí y cuál es la importancia y los fundamentos de esa clasificación?

**Dr. Flores** Como ya mencionaba usted, la lepra tiene diferentes aspectos, incluso parecen enfermedades diferentes. Sin embargo,

ya lo ha explicado la Dra. Rodríguez, el agente causal es un sólo bacilo, pero dependiendo del terreno personal, del terreno inmunológico de la persona afectada, presenta características diferentes. En algunos casos será sistémica, en otros serán solamente afectados la piel y nervios periféricos. De ahí que, basándose en cuatro parámetros muy importantes: el clínico, el bacteriológico, el inmunológico y el histopatológico, se ha hecho una clasificación aceptada desde 1953 que aún es vigente, esta clasificación es la siguiente: se consideran dos tipos polares de la enfermedad, el primero es el *lepromatoso* y el segundo el *tuberculoide*. Además se encuentran dos grupos de casos, los casos *indeterminados* de lepra, por un lado, y los casos *dimorfos* por otro. El tipo lepromatoso sería la forma progresiva de la enfermedad. Aquí ya habría alteraciones no nada más en piel sino prácticamente en toda la economía, es decir en todos los órganos que tengan sistema reticuloendotelial. De ahí que haya afecciones tanto en mucosas, como en órganos internos y nervios periféricos, ésta podríamos decir que sería la forma maligna de la enfermedad, la forma progresiva, que si no sigue un tratamiento adecuado va a evolucionar y a la larga va a causar alteraciones severas. El tipo tuberculoide corresponde a la forma de resistencia, hiperérgica de la enfermedad no es sistémica, afecta sólo la piel y los nervios periféricos, es regresiva sin tratamiento y el organismo mismo destruye los bacilos. Es muy importante recordar esto, puesto que estos casos no transmiten la enfermedad. En cuanto al grupo de casos *indeterminados* creo que la importancia de éstos radica en que son los casos de principio. De hecho, es muy importante que se conozcan estos casos ya que así se puede hacer un diagnóstico temprano y por lo tanto, instalarse un tratamiento igualmente oportuno. Los casos indeterminados se van a distinguir por tener manchas hipocrómicas anestésicas. Creo que después podemos hablar más de ello, es una característica muy importante que sean anestésicas ya que hay muchas en-

**Fig. 2.** Arriba: lepra tuberculoide infantil, la forma de más resistencia de la lepra. Abajo: mancha hipocrómica apenas visible de un caso indeterminado, de principio de la lepra.



fermedades de la piel que tienen manchas hipocrómicas pero no tienen esa característica.

Los casos dimorfos son los casos problema, confusos en su presentación, tienen en ocasiones aspecto de lepromatosos y en otras de tuberculoideos. Para fines prácticos de tratamiento se toman como lepromatosos.

Los otros tres parámetros para clasificar un caso de lepra requieren estudios de laboratorio: la búsqueda de los bacilos en la linfa cutánea o en la mucosa nasal es siempre positiva en los casos lepromatosos y algunos dimorfos y en cambio es negativa en los tuberculoideos e indeterminados. El estado inmunológico del paciente se mide mediante la *reacción de Mitsuda*: el antígeno se aplica por vía intradérmica y la respuesta se lee a las 3 semanas, es positiva cuando se forma un nódulo de 5 mm o más y nos mide el grado de inmunidad celular específica ante el bacilo de Hansen, por tanto es positiva en

**Fig. 3.** La llamada lepra tuberculoide reaccional, considerada actualmente como un caso no polar, con variaciones inmunológicas y gran hiperergia al báculo.



todo caso tuberculoide y negativa en el caso lepromatoso. En los casos dimorfos e indeterminados puede ser positiva o negativa según la dirección que tome el caso en el espectro inmunológico.

El parámetro histopatológico también es de gran utilidad, el caso lepromatoso revela el granuloma histocítico con numerosos bacilos y el caso tuberculoide en cambio nos da un granuloma de defensa. Los casos indeterminados aún no muestran cambios estructurales definidos y la imagen es inespecífica y los dimorfos muestran mezclas de estructuras.

**Los enfermos de lepra quedan clasificados en 4 grupos de casos, dos de ellos son los que llamamos polares; un caso lepromatoso jamás se hará tuberculoide y viceversa; y hay dos grupos inestables, indeterminados y uno confuso. Las manifestaciones tempranas de lepra son insi-**

**Coordinador** En resumen entonces según lo que ha dicho usted existen cuatro grupos de casos en los cuales deben quedar clasificados todos los enfermos de lepra,

dos de esos grupos son los dos tipos que llamamos polares, lo cual quiere decir que un caso lepromatoso jamás se hará tuberculoide y un tuberculoide jamás se transformará en lepromatoso y que hay dos grupos inestables que son los de principio que usted señala como indeterminados y un grupo confuso de casos

que no sabemos donde clasificarlos por confusión de datos y que desde un punto de vista enteramente práctico se colocan o se tratan como si fueran lepromatosos.

Maestro Latapí, es muy importante naturalmente reconocer la lepra antes de que deje secuelas, por eso nos gustaría que nos dijera: ¿cuáles son las manifestaciones tempranas de la enfermedad?

**Dr. Latapí** Ya en las preguntas anteriores hemos estado oyendo algunos de los datos acerca de esto, quizá se les repetirá. Desde luego las manifestaciones tempranas no son por ejemplo las que la gente cree, cuando al enfermo se le interroga casi siempre él señala el principio por un estado agudo de una reacción leprosa, pero es que no toma en cuenta todo lo anterior. Nosotros sabemos que las manifestaciones tempranas son insidiosas, en realidad la lepra empieza poco a poco, más aún, primero ni siquiera hay manifestaciones sino nada más la infección y para que aparezca ya al exterior, o sea en la piel y en los nervios periféricos, me parece que debe pasar algún tiempo. No sólo es la incubación de la enfermedad, también la del diagnóstico, pues ya teniendo manifestaciones el médico no las reconoce. Volviendo a las manifestaciones tempranas, hace un momento ya se escuchó que en los casos indeterminados o en los casos de principio (lo mismo un caso

**diosas, hay manchas hipocrómicas anestésicas y manifestaciones neurológicas. En México, los casos lepromatosos son los más frecuentes y son sistémicos e infectantes; se manifiestan no sólo en la piel y nervios periféricos sino en todos los órganos y sistemas que tienen reticuloendotelio con excepción del sistema nervioso central. La lepra de Lucio y Latapí es también transmisible y sistémica. Esta forma de lepra existe en el sur de Sonora y Sinaloa, Colima, Michoacán, Jalisco y Morelos.**

puede principiar como tuberculoide o como lepromatoso); las manchas hipocrómicas anestésicas muy poco visibles son síntomas de principio, en ocasiones predominando por ejemplo en las regiones glúteas en algunos niños, o en otras partes del cuerpo. También las manifestaciones neurológicas pueden definirse tempranamente por cambios en las funciones de los nervios o sea, por ejemplo, hiperestesia en un principio, un simple tropezón puede causar dolor y más tarde los síntomas anestésicos: la insensibilidad del dedo meñique; más tarde las amiotrofias incipientes las cuáles causan que el dedo meñique se separe ligeramente de los demás dedos de la mano y ese dato, el médico que no esté enterado, puede que no lo tome en cuenta. Algunas formas de lepra como la lepra difusa o lepra de Lucio empieza precisamente por adormecimiento de manos y pies y eso dura durante algún tiempo, antes de que aparezca la caída de las cejas y de las pestañas pero este dato ya no es tan temprano.

**Coordinador** Dra. Rodríguez, en México los casos lepromatosos son los más frecuentes, son los precisamente sistémicos e infectantes. Me gustaría que nos hablara un poquito de ellos y sobre todo de esa forma clínica descrita en México por Lucio hace más de 100 años y que se conoce internacionalmente con el nombre de lepra de Lucio y de Latapí.

**Dra. Rodríguez** La lepra lepromatosa, ya lo dijo el Dr. Flores, es el tipo progresivo de la enfermedad, se manifiesta no solamente en la piel y en los nervios periféricos sino en todos los órganos y sistemas que tienen retículo endotelio con excepción del sistema nervioso central que por razones que desconocemos nunca es afectado por la lepra, por ese motivo también se ha dicho que la lepra lepromatosa es una retículo endoteliosis crónica. En cuanto a la forma especial, diríamos que durante mucho tiempo se consideró que era propia de nuestro país la lepra de Lucio y Latapí como le llamó usted con mucha justicia, pues es una forma de lepra que participa de todas las características que

**Fig. 4.** Las alteraciones neurológicas y osteoarticulares se pueden presentar en cualquier caso de lepra y pueden producir deshabilización del paciente e importantes mutilaciones.



ya se han señalado, es trasmisible, puesto que tiene bacilos, es sistémica, desde el punto de vista inmunológico es igual que todo caso lepromatoso pues tiene una inmunidad celular deprimida o deteriorada y desde el punto de vista histológico se caracteriza también por la presencia de unas células especiales que se llaman células de Virchow que en las preparaciones histológicas teñidas normalmente aparecen como espacios vacíos, pero que cuando se tiñe con coloraciones especiales para bacilos ácido-alcohol resistentes se ven que están llenos de bacilos.

La lepra lepromatosa tiene dos formas clínicas: la lepra lepromatosa nodular y la forma difusa que como decía yo al principio se había considerado que era propia de México, pero actualmente se sabe que existe en Costa Rica; el mayor número de los casos de lepra de ese país son casos difusos y en nuestro país, hay zonas en donde la forma principal de lepra son casos difusos, como sucede en el sur de Sonora y en Sinaloa. Esta forma de lepra de Lucio y Latapí fue descrita primero por Ladislao de Pascua

en 1844 y en forma magistral por Lucio y Alvarado en 1852; durante casi 90 años fue ignorada no solamente por los leprólogos extranjeros, sino también por los mexicanos incluso negada por éstos y no fue sino hasta 1936 que el maestro Latapí identificó los primeros casos de esta forma de lepra y reinició su estudio y posteriormente le dio el nombre de lepra de Lucio.

Lo que más describieron Lucio y Alvarado fue el estado agudo de estos casos, pero por razones de tiempo o porque Lucio no era dermatólogo, no descubrió la característica principal de estos pacientes que es la infiltración difusa que nunca se transforma en nódulos, hecho que fue ya señalado en forma oficial por el maestro Latapí en 1946 y desde entonces, aún cuando nadie lo hubiera dicho, considerábamos a esta forma de lepra como lepra de Lucio y Latapí. Sin embargo, fue Frenken, un médico holandés, que estudió algunos casos de lepra difusa y consideró que lo propio era llamarle lepra de Lucio y Latapí por haber sido estas dos personas las que más han intervenido en el conocimiento de esta forma de la enfermedad.

**Coordinador** Dra. Rodríguez, ¿en qué partes del país suele haber esta forma de lepra?

**Dra. Rodríguez** Ya decía yo que en el sur de Sonora y de Sinaloa, pero no quiere decir que no exista en otros estados, por ejemplo: Colima tiene una forma de lepra difusa muy particular, en la cual el estado agudo no se ve como en la mayor parte de los casos difusos que se presentan con el eritema necrosante, sino que ahí puede haber eritema nudoso y también se presentan casos en Michoacán y en Jalisco, en el estado de Morelos es otro de los estados donde es frecuente observar casos difusos.

**La lepra del tipo tuberculoide es más frecuente en mujeres y niños y afecta básicamente la piel y nervios periféricos. Histológicamente se observa un granuloma; estos enfermos tienen inmunidad normal y reacción de**

**Coordinador** Dr. Flores, ¿qué nos dice usted de la otra forma de lepra, del otro tipo que parece como decía usted, una enferme-

dad totalmente distinta y que a menudo es ignorada o por lo menos no se tiene tanto conocimiento, de la llamada lepra tuberculoide?

**Dr. Flores** Del tipo tuberculoide ya habíamos mencionado al principio que era diríamos casi lo contrario del tipo lepromatoso; primero, es más frecuente en mujeres y en niños a diferencia de la lepromatosa que es más frecuente en hom-

bres, por otra parte, afecta básicamente la piel y los nervios periféricos, las lesiones básicamente se van a ver como zonas rojas levantadas con la característica de ser anestésicas sobre todo en la forma tuberculoide fija, las lesiones son escasas generalmente unilaterales; decíamos que aparte de la piel afecta los nervios periféricos en especial el cubital, el radial y el mediano, causando lesiones que ya mencionaba el Dr. Latapí, las amiotrofias, entre otras cosas. La importancia de esto es que no va a causar alteraciones sistémicas y no es infectante, histológicamente también va a ser muy diferente, ya que el granuloma que observamos en el microscopio es de tipo tuberculoide, un granuloma que se ve en otras enfermedades como la tuberculosis, por ejemplo; de ahí el nombre de lepra tuberculoide, es decir, por parecerse a la tuberculosis, pero solamente en la imagen al microscopio. También este tipo de lepra representa la forma de resistencia, ya que estos enfermos tienen una inmunidad normal y una reacción de Mitsuda positiva.

**Coordinador** Hace un momento se hablaba de manifestaciones agudas de la enfermedad; hay un episodio único en patología que no se presenta en ninguna otra enfermedad más

**Mitsuda positiva. La reacción leprosa es un estado de lepra con fiebre, dolores articulares y musculares, trastornos oculares, neurales y tres síndromes diferentes en piel. Los problemas familiares de los pacientes leprosos dependen de la condición socioeconómica de la familia; si son pobres la familia ayuda y apoya al enfermo, en cambio en las muy ricas suele haber rechazo. Los enfermos de lepra suelen tener problemas sociales si sus lesiones son visibles. En el mundo hay como 15 millones de leprosos y en México unos 50,000; es una enfermedad crónica, invalidante y trasmisible que siempre ha constituido un problema.**



que en la lepra lepromatosa, ¿puede usted hacer un resumen de lo que se llama reacción leprosa?

**Dr. Flores** La reacción leprosa es un estado agudo de la lepra cuya etiopatogenia es desconocida, aunque ya se sospechan o se saben algunas cosas con los últimos adelantos inmunológicos, parece ser que es por un depósito de complejos antígeno-anticuerpo a nivel de vasos y otros tejidos. Lo importante de este episodio es que cambian por completo la vida del paciente. Un paciente que ha estado más o menos tranquilo, un buen día tiene mucha fiebre, dolores articulares y musculares, trastornos gastrointestinales, oculares, neurales, es decir prácticamente en cualquier parte de la economía y además exhiben en su piel tres síndromes diferentes, uno de ellos es el eritema nudoso caracterizado como su nombre lo dice por nudosidades; otro es el eritema polimorfo y el tercero el eritema necrosante o fenómeno de Lucio; este último se presenta en los enfermos difusos antes de que hayan recibido el tratamiento; ya después estos enfermos también pueden tener cualquiera de los otros dos tipos de reacciones.

**Coordinador** Sor Ligia, usted ha estado trabajando en los últimos años con enfermos de lepra; ¿qué problemas sociales, individuales y familiares, le han presentado a usted

esos pacientes?

**Sor Ligia** En cuanto a problemas familiares se puede decir que dependen mucho de la condición socioeconómica de la familia, por lo general si son campesinos o gente de la ciudad, pero muy pobres, por ejemplo albañiles, no presentan problemas de rechazo familiar, al contrario, la familia es la que ayuda al enfermo y lo apoya. En cambio, si la familia tiene un nivel socioeconómico más alto, donde los familiares están más, pero mal informados y ya tienen el prejuicio, por lo general viene el temor y el rechazo psicológico y algunas veces físico del enfermo. Se puede decir que mientras más bajo es el nivel socioeconómico de la familia, menor es el prejuicio y por consiguiente, el rechazo hacia el enfermo. Por supuesto que esto tiene sus excepciones. Respecto a los problemas sociales, esos sí son más generales para todos los enfermos de lepra, sobre todo para los que tienen señales ostensibles de la enfermedad, ya que debido al prejuicio que tiene toda la sociedad contra la lepra, estos enfermos son rechazados en sus trabajos y comienzan sus problemas económicos y sus

**Fig. 6.** Fenómenos de Lucio muy extensos, forma reaccional casi exclusiva de los casos difusos y que evidencian una arteritis necrosante.



problemas materiales que son más que nada humanos, que afectan al hombre entero en su dignidad de persona y también en su dimensión espiritual. El techo propio, el pan de la mesa familiar, los zapatos para los niños, todas estas cosas pueden ser asuntos materiales nada más para las personas que viven en una sociedad de abundancia, pero para los pobres son asuntos de dignidad y de vida y muerte.

**Coordinador** Maestro Latapí, ¿cuál es el problema actual de la lepra en el mundo y en México?

**Dr. Latapí** Viendo el problema de manera cuantitativa nunca se puede saber el número de casos que hay; se sabe que es muy antigua y mucha, se cuentan por millones los casos pero se declara oficialmente en forma privada y médica que hay como 15 millones en el mundo. En cuanto a México que es lo que más nos interesa, debemos tener dos puntos de vista: por un lado las infor-

maciones oficiales que solamente toman en cuenta los casos que se llevan en registro activo y por otra parte la opinión de los leprólogos que está basada en declaraciones de la misma Organización Mundial de la Salud, la cual ha dicho que a la cifra oficial de casos, hay que multiplicarla por cinco y últimamente ha dicho que hasta por diez. De tal manera que si las cifras oficiales en México se mantienen en alrededor de 15,000 pues habría que multiplicarla por cinco. Por eso es que los leprólogos mexicanos pensamos que de menos habrá unos 50,000 enfermos. Jamás se ha hecho un censo en el sentido estricto de la palabra; se han efectuado recuentos, pero un censo o sea el examen total de la población de un país tan extenso y tan poblado como México, es prácticamente imposible, nunca se ha hecho y seguramente que nunca se hará. Esto es el problema en forma cuantitativa; en forma cualitativa, es una enfermedad más, crónica, invalidante y trasmisible. Siempre ha constituido un problema, ya se indicó que la trasmisibilidad no es como la gente cree, pero de todas maneras por eso se ha perpetuado, es decir, ha de haber llegado con los españoles hace cuatro siglos y ha continuado transmitiéndose de generación en generación. Desde el punto de vista económico, naturalmente que las enfermedades con invalidez traen poca facilidad para el trabajo y el gasto que se tienen que hacer bien sea por el enfermo, por las autoridades oficiales o por la ayuda privada, esto también es un problema, puesto que el dinero no abunda.

**Coordinador** Dra. Rodríguez, ¿cuál es el estado actual del tratamiento de la lepra?

**Dra. Rodríguez** Ya el maestro Latapí adelantaba un poco en relación a este punto. El tratamiento de la lepra sigue siendo a base

**El tratamiento de la lepra sigue siendo a base de sulfonas, la diamino difenil sulfona, pero añadiendo otro medicamento como la rifampicina. Las dosis de sulfonas varían de 50 a 100 mg diarios y la rifampicina 600 mg diarios en adultos y proporcional en personas de menor edad. También se usa la clofazimina. En casos de reacción leprosa hay que recurrir a la talidomida, en la mu-**

**Fig. 7.** La lepra es curable. El medicamento de elección es la diamino difenil sulfona a dosis promedio de 50 a 100 mg por día por tiempo muy prolongado.



jer, asociada a un anovulatorio inyectado por el mismo médico. En cuanto a la duración del tratamiento, deberá ser por toda la vida con DDS y los otros medicamentos por un tiempo variable de acuerdo con la experiencia del médico, todo esto en los casos lepromatosos. Los casos tuberculoides se curan con sulfonas, a dosis más pequeñas agregando corticosteroides por corto tiempo y a dosis bajas.

mejor conocida como DDS pero siempre añadiendo otro medicamento, por ejemplo la rifampicina, que ya el maestro Latapí señalaba también que es bactericida (las sulfonas son bacteriostáticas). Las dosis de sulfonas que se deben dar a los pacientes varían entre 50 y 100 mg diarios y la rifampicina de 600 mg diarios en los adultos y dosis proporcionales en personas de menor edad tomando en cuenta el peso del indivi-

de sulfonas y me estoy refiriendo a los casos lepromatosos y a los dimorfos que como usted decía, se deben manejar, para fines prácticos, como casos lepromatosos. En el tratamiento de la lepra sigue siendo la droga de elección la diamino difenil sulfona,

otro medicamento que se utiliza actualmente es la clofazimina, un medicamento que como las sulfonas es bacteriostático aunque algunas personas dicen que puede tener alguna acción bactericida. En resumen, el tratamiento ideal es a base de DDS más clofazimina o rifampicina. Ya también ha señalado el maestro Latapí que en los casos de reacción leprosa se debe recurrir a la talidomida sin ninguna preocupación en el hombre y con el cuidado en la mujer que está en edad fértil. Quizá en este punto se podría insistir en algo que creo fundamental: el anovulatorio no debe de ser oral sino que debe ser inyectado y lo debe inyectar el mismo médico para que le conste que esa mujer no está en posibilidades de embarazarse, pues la talidomida no lesiona las células germinativas sino que lesiona al embrión en los 3 primeros meses del embarazo. La talidomida no es la única droga teratogena, pero sabemos que ésta ha tenido una propaganda negativa, ha sido denigrada por situaciones que ocurrieron después de la se-

gunda Guerra Mundial cuando muchos niños nacieron sin brazos y con focomielia y sobre todo lo que más destacó la acción teratogena del medicamento fue el famoso niño de Lieja, que nació sin brazos y que el médico aceptó matar. Esto ya no forma parte del tema de hoy, pero sirvió para echar tierra sobre este medicamento. Actualmente, para nosotros es un medicamento muy útil en el manejo de los pacientes lepromatosos en reacción y vuelvo a decir no es un medicamento peligroso en manos de una persona que lo sabe usar; si lo usa una persona sin conocimientos, puede causar graves daños, aunque creo que no hay prácticamente la posibilidad de que sea así, puesto que no está a la venta al público, pero sí se puede tener en centros especializados.

**Coordinador** Dra. Rodríguez, ¿referente a la duración del tratamiento en el caso lepromatoso?

**Dra. Rodríguez** La duración del tratamiento, quizá con los nuevos fármacos que se han añadido a la diamino difenil sulfona, pueda ser acortado, pero hasta ahora se considera que es un tratamiento para toda la vida, es decir, el paciente recibirá sulfonas durante toda su vida y los otros medicamentos agregados los podrá recibir durante un tiempo que de acuerdo con la experiencia de cada médico variará; habrá quien les dé al mismo tiempo DDS y rifampicina durante varios años y otros a lo mejor cuatro o seis meses la rifampicina y después seguirá exclusivamente con las sulfonas o bien en el otro caso, la clofazimina agregada a la diamino difenil sulfona. Se tienen grandes esperanzas, que esta medicación combinada reduzca el tiempo de tratamiento de los pacientes.

**Coordinador** Debemos entender que éste es el tratamiento de los casos lepromatosos, los casos tuberculoides requieren tratamiento mucho más breve, ¿verdad?

**Dra. Rodríguez** Sí, el tratamiento de los casos tuberculoides se hace exclusivamente con sulfonas y en dosis más pequeñas que las que se utilizan en los casos lepromatosos, nada más con el cuidado de que en casos tuberculoides que tengan lesiones neu-

rológicas, se puede recurrir a los corticoesteroides en dosis bajas y por tiempo corto; por ejemplo 2 a 5 mg de prednisona durante 3 semanas al mismo tiempo que se da el tratamiento sulfónico para evitar que se presente la paradoja terapéutica, o sea que al actuar la sulfona, se cicatriza el tejido perineural e intersticial del nervio afectado y entonces se ahogaría más a la fibra nerviosa y provocaría mayores retracciones. El corticoesteroide actúa por su acción antiinflamatoria y retardatoria diríamos, de la cicatrización y de esa manera se evitaría que el enfermo pudiera tener una mano en garra o una mano en predicador.

**Coordinador** Dr. Flores, ¿qué nos dice usted respecto a los problemas neuroortopédicos que deshabilitan tanto a los pacientes y hacen realidad la leyenda de que la “lepra destruye lentamente a los pacientes”?

**Dr. Flores** Ya la Dra. Rodríguez mencionaba algunas de las alteraciones, es decir, la lepra va a afectar al perineuro, vaina de Schwann y tejido intersticial no al axón, pero la misma fibrosis postcicatrización va a ahogar a la fibra nerviosa y entonces va a causar problemas a veces bastante serios dependiendo de que nervio sea el afectado. Mencionábamos algunos de ellos, por ejemplo: el nervio cubital que es el más frecuente afectado seguido por el radial, el mediano, el músculo cutáneo. En las extremidades inferiores los ciáticos poplíteos interno y externo en ese orden y de los pares craneales, el facial y la rama sensitiva del trigémino. Entonces, como esos nervios son tanto sensitivos como motores, las alteraciones van a ser dentro de estos terrenos, es decir, de todos es sabido que en la lepra hay anestesia, de hecho ya mencionaba también el maestro que al principio, un simple golpecito puede causar grandes dolores, primero van a tener hiperestesia, después hipoestesia y al final anestesia, se pierde primero la sensibilidad a la temperatura, luego al dolor y luego al tacto. Esto va a causar que los pacientes tengan grandes problemas como son quemaduras a veces bastantes severas o por ejemplo heridas que cualquier otro paciente o perso-

na se cuidaría, mientras que en el enfermo de lepra al no molestarle, al no dolerle, se van infectando secundariamente y causan después problemas muy serios, incluso irreversibles, por ejemplo en las manos y en los pies que dejan verdaderos muñones. Por otro lado, la alteración del cubital que ya también se mencionaba causa una separación del dedo meñique y ocasiona que se adelgace por atrofia muscular. Después, al afectarse el radial y el mediano se alteran otros dedos y entonces vamos a tener al final una mano en garra que dificulta mucho la prensión de los objetos y que causa un problema bastante importante para los pacientes, incluso se pierde también la oposición del pulgar con lo cual se pierde la garra de la mano y no pueden coger ningún objeto. A veces se afecta una mano, o las dos, inutilizando totalmente al enfermo. Generalmente los casos tuberculoides y los indeterminados causan neuritis más severas, de ahí que en estos enfermos las mutilaciones son mayores; por eso, ya lo ha explicado la Dra. Rodríguez, hay que tener mucho cuidado en el tratamiento de estos pacientes para evitarles precisamente estos daños.

Por otra parte yo diría que más que corregir, habría que prevenir en todos los enfermos estas alteraciones neuríticas, ¿cómo? enseñándoles. Un adiestramiento especial, una enseñanza de cómo manejar objetos, por ejemplo en la cocina, las herramientas de trabajo y sobre todo la vigilancia periódica de ellos, tanto, por el dermatoleprólogo, como por el ortopedista. Aquí es muy importante la labor de los neurólogos y del ortopedista, de ahí la importancia de que la lepra sea conocida por todos los médicos ya que es una enfermedad que nos corresponde o nos toca a todos. Esas manos en garra a veces es factible todavía corregirlas con fisioterapia, posiciones, masajes, ejercicios.

En el pie es muy frecuente el mal perforante plantar, que se puede ver en el paciente diabético también, en la lepra se observa en el 12 por ciento de los enfermos; sobre todo a nivel de la cabeza de los metatarsianos por la presión que se hace sobre

Fig. 8. *Mycobacterium leprae*, agente etiológico de la lepra, bacilo que aún no se ha logrado cultivar *in vitro*, poco virulento y muy abundante en los tejidos donde forma habitualmente las conocidas globias.



esos sitios, el paciente no cambia muchas veces de postura en mucho tiempo por la falta de sensibilidad y se va formando una callosidad que luego se desprende y deja la úlcera, se infecta secundariamente y causa muchos problemas y aquí el ortopedista muchas veces lo resuelve con poner simplemente una barra metatarsiana en el huarache o en el zapato y curaciones locales y al no recibir apoyo sobre esa úlcera, cierra rápidamente.

**Coordinador Sor Ligia,** ¿es conveniente decirle al paciente de lepra el nombre de su enfermedad?, ¿qué ventajas y desventajas le encuentra usted a esta actitud?

**Sor Ligia** No creo que sea conveniente decirle al enfermo el nombre de su enfermedad, sobre todo mientras exista tanto prejuicio en contra de esta palabra y no sé cuanto

**No es conveniente decirle al enfermo el nombre de su enfermedad por el prejuicio que existe contra ella, pero hay que explicar al enfermo las ventajas de seguir el tratamiento y las desventajas de no atenderse. Las leproserías ya no deberían existir pero todavía existen. Existe la lepra en niños pero en ocasiones pasa inadvertida y pesenta los dos tipos, lepromatoso y tuberculoides. Los dermatoleprólogos deben intensificar la enseñanza al médico general y al personal paramédico sobre la enfermedad. Todavía existen problemas para internar estos pacientes en cual-**

quier hospital. Los médicos particulares y oficiales, no especializados en ella, no conocen lo suficiente la enfermedad aunque desde luego hay excepciones. No se dispone de vacuna contra la lepra.

de las sulfonas. Además hay muy poca información aún a niveles médicos y paramédicos sobre la enfermedad. Aún tenemos muchos problemas para que nos atiendan enfermos de lepra en otras instituciones médicas. Desgraciadamente no se difunden a nivel nacional todos estos adelantos que ya hay para la curación de la lepra. Creo que lo mejor sería no decirle el nombre de la enfermedad, pero sí explicarle al enfermo muy bien, muy detalladamente, las ventajas de seguir el tratamiento y todas las desventajas que le pueden venir si no se atiende.

**Coordinador** En algunos pacientes tal vez podría decirse, pero en la mayor parte de los casos más bien se haría daño y sería inútil, ¿verdad? ¿Usted cree que cambiando el nombre de la enfermedad se adelantaría algo?

**Sor Ligia** No, no creo, nada más con explicarle al enfermo que si no sigue el tratamiento, se le va a ir desarrollando, la enfermedad, va a seguir avanzando, ya con eso es suficiente, no es tanto el nombre en sí para el enfermo, o sea para que el enfermo siga su tratamiento no vale tanto el que sepa o no sepa el nombre, sino que sepa lo que le puede venir si no lo sigue.

**Coordinador** Se ha dicho que el prejuicio hace más daño que la misma enfermedad. Maestro Latapí, ¿qué hay acerca del manejo del paciente, precisamente eso de que estamos ahora tratando y de los sistemas de control en la actualidad?

**Dr. Latapí** Al contestar algunas preguntas se da uno cuenta que las anteriores a lo mejor quedaron un poco incompletas. Por ejemplo en cuanto a las manifestaciones tempranas habíamos dejado fuera las manifestaciones oculares que se pueden sorprender con el microscopio corneano, pero ese

podemos tardar en quitar este prejuicio porque ya llevamos como 25 siglos marginando a los enfermos de lepra y apenas 40 años del descubrimiento

tema ya pasó. En lo que se refiere al manejo del enfermo, no cabe duda de que han habido grandes adelantos de manera quizá insensible, pero aún estamos bastante lejos de ser perfectos, por ejemplo, los que vivimos la lepra hace bastante años, constatamos que han cambiado bastante los tiempos, han desaparecido los reglamentos drásticos y en los congresos internacionales precisamente se ha resuelto, no se si siempre se habrá aplicado, de que la segregación de por vida es una cosa absurda y es contraproducente, que es una paradoja profiláctica, es decir, que las leproserías no deberían de existir, como es un hecho que existen, aunque poco a poco hay la tendencia a suprimirlas y en este continente apenas un país como Costa Rica ha podido eliminar las leproserías. Ojalá que en otros países esta tendencia se manifieste cada vez más, es decir que el paciente sea atendido en forma ambulatoria y natural, no como un caso aparte, difícil o muy contagioso, sino como un enfermo más. Esto se refleja en los sistemas de control en general. En la actualidad, naturalmente, como en todas las cosas hay diferentes opiniones. Cambió mucho una vez que en el año de 1963 en el congreso que hubo en Río de Janeiro se condenó la leprosería de una manera definitiva, al mismo tiempo se afirmó que lo conveniente era buscar al enfermo en donde viviera y atenderlo ahí. En esta forma surgieron las unidades móviles que han dado bastante mayor resultado, y... esta pregunta se complica un poco con la final, pero de todas maneras hay opiniones oficiales tanto nacionales como internacionales sobre un tema muy debatido como es el famoso de la integración, que en principio es deseable que todos sepamos un poco de todo y que hagamos las cosas bien, pero en realidad los leprologos en general pensamos que dan mejores resultados los sistemas de control llamados verticales que los horizontales, no porque éstos sean malos sino porque es difícil llegar a tenerlos bien eficientes. Es una tendencia natural la integración, pero no es una realidad.

**Coordinador** Dra. Rodríguez ¿existe la lepra en los niños, cómo es ésta y como se maneja?

**Dra. Rodríguez** Sí, por supuesto que existe en los niños, no solamente eso sino que se considera que la lepra es una enfermedad del infante. Muchas veces las primeras manifestaciones se presentan en los niños pero pasan inadvertidas. Ya decían el Dr. Flores y el Maestro también a propósito de los casos indeterminados, muchas veces un niño tiene una mancha hipocrómica, anestésica en una región glútea y pasa inadvertida para sus familiares e incluso para los médicos porque no piensan en la enfermedad y por otra parte, se ha dicho mucho del periodo tan largo de incubación de la enfermedad, lo cual es falso, se considera que el periodo de incubación es aproximadamente de 3 años y medio y lo que ocurre es eso que ya señalaba también el maestro, que lo que hay es una "incubación del diagnóstico", lo que se tarda muchas veces en hacerse es el diagnóstico de la enfermedad. La lepra existe en los niños y en la misma forma que en los adultos es decir, habrá los dos tipos de lepra, lepromatosa y tuberculoide con la salvedad de que cuando un niño tiene lepra antes de los 3 años, el caso será tuberculoide y la tiene ya bien manifiesta o bien puede ser un caso indeterminado pero con mucha frecuencia se ven casos de lepra tuberculoide antes de los 3 años. A partir de los 3 años se pueden ver casos indeterminados y posteriormente ya casos lepromatosos. Estos casos lepromatosos pueden ser también difusos o pueden ser nodulares. Al hablar yo de la lepra lepromatosa no señalé que la forma más frecuente por lo menos en otros países, es la lepra lepromatosa nodular o sea, con nódulos, y esa es la que en algunos libros representan con la llamada facies leonina. Los que hemos atendido muchos casos de lepra, podemos contar como pocos los casos de facies leonina. En los niños se puede manifestar la lepra lepromatosa con nódulos o como lepra lepromatosa difusa; la lepra tuberculoide tiene la característica en el niño de que puede manifestarse por

**Fig. 9.** Distribución de la lepra en el país. La prevalencia general es de menos de  $0.50 \times 1,000$ , pero hay zonas del país en que este índice puede alcanzar cifras de cerca de 2 o más.



una sola lesión, un nódulo tuberculoide en el cual el niño hace la lucha contra la enfermedad y la vence, se puede decir que es un niño que se ha vacunado contra la enfermedad. Ese niño que tiene lepra tuberculoide, jamás tendrá lepra lepromatosa por definición.

**Coordinador** Dr. Flores, ya el maestro Latapí había mencionado un poco sobre el asunto de que las leproserías no son parte fundamental o importante o que no deben existir como parte del sistema de control de los pacientes y ya también se insistía sobre el asunto de la integración; pero de todas maneras usted ha estado saliendo a diferentes partes del país en esas brigadas comandos que la Asociación Mexicana de Acción Contra la Lepra ha implantado como ayuda a las actividades oficiales. ¿Usted cree que realmente los enfermos deban ser atendidos sólo por leprologos o dermatólogos o también en instituciones especializadas?

**Dr. Flores** Yo creo que los enfermos deberían de ser atendidos a cualquier nivel, el problema, y lo estamos viendo, es que en muchos de estos lugares el médico carece de la información adecuada. O sea, no es porque el enfermo de lepra sólo deba ser atendido en ciertas instituciones o en ciertos

**Fig. 10.** La atención del paciente de lepra no consiste solamente en proporcionarle su tratamiento, sino vigilar también a sus contactos y brindarle al paciente y a su familia una atención integral: médica, epidemiológica y social.



centros dermatológicos y estrictamente por dermatólogos o dermatoleprólogos como actualmente se forman o nos formamos aquí en México, yo creo que la importancia de todo esto radica en que precisamente nosotros, los dermatoleprólogos debemos intensificar la enseñanza hacia el médico general, el personal paramédico sobre la enfermedad. En realidad, el maestro Latapí toda su vida ha hecho esto, lo mismo la doctora Rodríguez y los que tenemos menos tiempo en esto nos interesa este problema y lo hemos estado haciendo. Sin embargo, como explicaba también el maestro, quizá por eso no ha funcionado esta integración sino más bien, quizá ha causado una desintegración del problema. Sin embargo, creo que si intensificamos esta enseñanza y formamos dermatoleprólogos que estén distribuidos a todo lo largo y a todo lo ancho del país, lograremos una atención mejor. No nada más para la atención adecuada de los enfermos, sino para que ellos mismos eduquen a otros. Por otra parte, no creemos que los enfermos deban ser internados en instituciones especiales ni mucho menos en las antiguamente llamadas leproserías. Yo creo que si el enfermo en un momento dado tiene una salmonelosis debe ser internado en cualquier hospital y atendido como tal, si

tiene una reacción leprosa muy intensa y está un hospital a la mano, pues podría ser internado ahí; pero no que el enfermo sea trasladado por ejemplo a una leprosería. Ya explicaba también Sor Ligia que a veces todavía tenemos problemas para el internamiento de los pacientes en cualquier hospital, pero esto no apoya de todas maneras el que deban de ir a un hospital especializado sino que lo básico es que la enseñanza se difunda, que el médico conozca la enfermedad, que se quiten esos prejuicios acerca de ella, que se enteren de que ya es curable según lo hemos pregonado todo el tiempo; el maestro mencionó antes que desde 1941, ya hay tratamiento para la lepra, que se quite ese miedo absurdo acerca de la enfermedad y que se atienda adecuadamente a estos enfermos una vez que se conozca la enfermedad y se sepa como tratarla.

**Coordinador** Y en su trabajo de campo, ¿ha observado usted si el conocimiento que tienen los médicos particulares y oficiales es suficiente para el manejo de los pacientes?

**Dr. Flores** Bueno, es que este país es tan grande, que tendríamos que hablar de regiones, pero contestaremos a esa pregunta en general que no. Sin embargo, hemos encontrado que en algunos lugares, no podemos decir que conozcan mucho de la enfermedad, pero hay personal capacitado que ha estado intensificando la enseñanza, aunque no se sabe de la enfermedad en la medida que debería ser conocida. Pero, vuelvo a insistir, hay lugares en la República en donde se atienden bien a los enfermos y otros en los que no se les atiende nada o en otros donde se les atiende mal y se les hace daño.

**Coordinador** Maestro Latapí, como última pregunta de esta reunión, ¿qué medidas aconsejaría usted para lograr en un futuro no muy lejano la desaparición del problema de la lepra del panorama sanitario de este país?

**Dr. Latapí** Es una pregunta muy interesante, se ha visto que en esta mesa de discusión coordinada continuamente se repiten cosas, lo que es bueno, porque lo importante es mejor estarla repitiendo y si se

pone a pensar que medidas aconsejaría uno, ésta sería una especie de mesa de ilusiones y realidades, cosas que quisiera uno que sucedieran, otras que quizá puedan suceder. Por ejemplo, toda la gente siempre piensa en lo más fácil, en lo más definitivo como es por ejemplo una vacuna, tanto los sabios como la gente, piensan en ella y creo que estamos muy lejos de conseguirla. Aunque el bacilo ya se ha inoculado en el armadillo como ya se ha dicho, pues no se ha cultivado y no parece que se esté cultivando pronto, entonces la base misma para la vacuna no existe, ni siquiera hay algo semejante como la tuberculosis que es el BCG. Hay estudios que se refieren a la búsqueda de algunas micobacterias con componentes antigénicos semejantes a los del *M. leprae*, lo cual daría la facilidad de contar con una vacuna, pero de todos modos eso a mi modo de ver y al de muchos, está mucho muy lejano. En general, lograr en un futuro no muy lejano la desaparición de la lepra, yo creo que sí es bastante remoto, no creo que haya algo que repentinamente aparezca y que gracias a eso la lepra desaparezca de la faz de la tierra. Ya se ha estado diciendo que es básica la educación, de los que ya nos creemos educados y que nunca sabemos todo, educación de los que están aprendiendo y sobre todo de todos los médicos y de toda la población en el sentido que ellos puedan entender las cosas. Eso creo que es la base de todo, la educación y con eso poco a poco quizá se logre algo. También se habla mucho de la mejoría de las condiciones económicas y sociales de los países, porque la lepra, sin que intervengan los leprólogos ha ido desapareciendo de países que han evolucionado, de modo casi automático, como por desgracia no podemos decir que estemos cerca de eso en este país en que vivimos, sino tal vez un poco al contrario, no podemos tener muchas esperanzas en que el cambio económico y social tan esperado y tan deseado vaya a suceder pronto y contribuya a la desaparición del problema de la lepra. Mientras tanto, yo creo que lo que cada uno de nosotros tiene que hacer es seguir

trabajando, estudiando, pensando, recomendando y como ya se ha dicho también, formando gente. Nosotros creemos mucho en la dermatoleprología, parece que algunas publicaciones extranjeras ya empiezan a hablar de la dermatoleprología, reconociéndola, puesto que los medios oficiales nacionales e internacionales no habían tomado en cuenta la dermatología como un medio de llegar a la lepra y en la actualidad empiezan a haber algunas publicaciones que la reconsideran. Así hay algunos ejemplos que lo han demostrado como la campaña de lepra en la República Dominicana que se ha hecho sobre todo por dermatoleprólogos con gran colaboración de las autoridades, pero han sido los dermatoleprólogos los que la han emprendido. Se está siguiendo un poco el ejemplo de lo que en México se quiso hacer pero lo han hecho bien y con fuerza. Tal vez en vista de que el país, la República Dominicana, es notablemente pequeño es todavía mucho más accesible. En este país tan extenso y complicado como decíamos al empezar, todo es muy difícil, pero no quiere decir que nos crucemos de brazos, creo que deberemos seguir trabajando para conseguirlo.

**Coordinador** Como comentario final diría yo que la lepra es de países subdesarrollados, es índice de pobreza, de desinterés y de insuficiencia de adecuadas condiciones médico-higiénicas de un país. En muchos sitios de la República Mexicana se trata de ocultar el problema para no empañar la imagen turística que se tiene. No es vergüenza, tener lepra sino como se ha dicho, es no reconocer la que se tiene y no tratarla. En la medida en que esa enfermedad sea conocida en sus actuales conceptos por los médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, y demás sectores responsables de la salud pública, podrán ser aplicados los conocimientos que se tienen sobre ella para su diagnóstico temprano y su tratamiento eficaz, por ahora son las únicas medidas de control seguras y eficientes para combatir la enfermedad mientras la medicina experimental encuentra una vacuna eficaz. □