

El proyecto Sine Lepra 2 000

Dr. Francisco Kerdel Vegas

Individuo de Número. Academia Nacional de Medicina

El proyecto llamado Sine Lepra XXI surge de la respuesta positiva de los dermatólogos de todo el mundo al llamado de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1-4) a “eliminar” epidemiológicamente la lepra de la faz del mundo, mediante la utilización simultánea, en los países donde todavía existe la enfermedad, del tratamiento poliquimioterápico -PQT- que ha demostrado, en ensayos limitados, su potencial para curar a los enfermos de lepra. El plazo acordado para lograr esta meta es el año 2 000. A partir de 1992, en nuestra región, se ha puesto en marcha el Plan Regional Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la eliminación de la Lepra en las Américas. Las metas propuestas, es decir, la llamada “eliminación epidemiológica”, o lo que es lo mismo, alcanzar una tasa de prevalencia de la lepra inferior a 1 paciente por 10 000 habitantes, se está cumpliendo en la actualidad con toda efectividad, en la República Dominicana, en México y posiblemente en Argentina (5).

El concepto central de Sine Lepra es el que los dermatólogos no sólo estén cabalmente enterados de estos esfuerzos, sino que participen directamente en el programa, poniendo todas sus capacidades y experiencia al servicio de la autoridad sanitaria competente, para identificar los casos incipientes de la enfermedad y así poderlos tratar y curar en esa etapa de comienzo del proceso patológico. Igualmente, a través de programas educativos a todos los niveles, pueden ayudar efectivamente a interesar a sus colegas médicos, a los estudiantes de medicina, a auxiliares, a los para-médicos, a las enfermeras y a la población en general, de los signos y síntomas precoces del mal de Hansen, y mediante un “barrido” completo de la población de los países donde existe la enfermedad, permitir su adecuado tratamiento y su eventual eliminación, utilizando las drogas de elección, cuyo valor curativo está bien establecido desde el punto de vista científico.

Esta idea ha sido aceptada y adoptada por la Liga

Internacional de Sociedades Dermatológicas y por su brazo ejecutivo, el Comité Internacional de Dermatología, cuyo Presidente el Dr. John Strauss estuvo presente en el simposio de Acapulco.

En México, Brasil, Colombia, República Dominicana, Guatemala, Venezuela y, en general, en todos los países de América Latina, la dermatología y la leprología se han desarrollado paralelamente y forman parte de un todo integral. Este comportamiento, esta manera de entender el problema, tiene una lógica incontrovertida, puesto que la lepra afecta la piel en la mayoría de sus manifestaciones clínicas, y los problemas que comporta su diagnóstico, sobre todo inicialmente, necesitan de la competencia y formación del especialista de la piel.

Pero no es así en otros países, e incluso en extensos continentes, donde los médicos que tienen a su cargo el cuidado de los leprosos, no han recibido formación dermatológica, y por tanto, carecen de los conocimientos clínicos para poder atender otros padecimientos cutáneos. En vísperas de la “eliminación”, al menos desde el punto de vista epidemiológico, de la lepra como enfermedad endémica en numerosos países, una de las primeras preguntas que tendríamos que hacernos, es ¿Cómo podremos utilizar ese notable recurso humano formado por hombres y mujeres que se han dedicado con mística y ahinco admirables al cuidado de los leprosos, cuando la enfermedad deje de existir o bien quede reducida a un mínimo epidemiológicamente manejable? ¿No sería prudente comenzar a pensar cómo aprovecharnos de esa formación, de esa experiencia, y sobre todo de esa dedicación, para acometer otros programas relacionados con endemias cutáneas en el medio rural? De hecho eso es lo que hacemos actualmente en América Latina, pero no debemos perder de vista que esa manera de proceder, que a nosotros a fuerza de practicarla se nos ocurre como normal y lógica,

es en realidad la excepción en el contexto internacional.

Por ello, es importante que la favorable experiencia de nuestro continente se conozca y se divulgue en otras partes del mundo, y que los "leprólogos" no-dermatólogos, vean en estas ideas un deseo de incorporarlos gradualmente a nuestra especialidad. Ello es singularmente válido en los países donde la endemia leprosa es más alta, pues es precisamente en esos países donde no hay o hay muy pocos dermatólogos.

Alcanzadas las metas propuestas por la OMS, en los próximos seis años, la lepra, aun cuando "eliminada epidemiológicamente" permanecerá reducida a un mínimo, pero existirá el problema latente de un regreso, si bajamos la guardia y reducimos nuestro interés en esta enfermedad. Será necesario mantener una vigilancia continua sobre la población en general, para identificar los casos nuevos y, lógicamente en el diagnóstico de ellos, al descubrir los signos y síntomas más precoces de la enfermedad, se requiere de la experiencia y conocimientos del dermatólogo clínico que es el médico que eventualmente será consultado por estas manifestaciones en el órgano cutáneo.

La conveniencia, y hasta la necesidad, de esta colaboración, de esta participación, de los dermatólogos en esta campaña mundial, está pues más que justificada, pues contribuirá en no poca medida al éxito de la misma.

El éxito obtenido por la OMS con el tratamiento multidrogas (TMD), conocido en español con la denominación de tratamiento poliquimioterápico (PQT) de la lepra, está basado, como es del conocimiento de todos, en la adecuada utilización de una combinación de al menos dos fármacos efectivos, y estas drogas deben actuar contra el *Mycobacterium leprae* mediante mecanismos diferentes. Las drogas de elección actualmente son la rifampicina, la dapsona y la clofazimina. Las posibilidades de que el bacilo de Hansen sea resistente a dos fármacos es muy pequeña, y que lo sea a las tres drogas empleadas, es prácticamente inexistente.

Estos avances farmacológicos que se han logrado con el tratamiento poliquimioterápico que consiste en la destrucción de los bacilos de Hansen en la piel y otros órganos del cuerpo humano, hacen factible el ambicioso programa de eliminación de la lepra, lanzado por la OMS. Sus fundamentos están bien establecidos y para que tenga éxito, es necesario

diagnosticar y tratar a todos los casos de lepra existentes en todos aquellos países donde prevalece la endemia.

Especial reconocimiento en la coordinación, a nivel internacional, de este programa de la OMS, merece el Dr. SK Noordeen (Jefe de la Unidad de Lepra en la División de Control de Enfermedades Tropicales de la Organización Mundial de la Salud); el Dr. Clovis Lombardi (Asesor Regional en Lepra de la Organización Panamericana de la Salud), a nivel regional; y el Profesor Terence Ryan de la Universidad de Oxford (Presidente de la Sociedad Internacional de Dermatología), quien está movilizand o a los dermatólogos del mundo en el apoyo que estamos dando a este programa.

De acuerdo con las informaciones suministradas por la institución sanitaria regional, la OPS, nueve países de América Latina: Brasil, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y República Dominicana, han elaborado un plan nacional que al efecto ya está en plena ejecución. En Brasil, Colombia y México existen simultáneamente planes estatales o departamentales, que están en proceso de elaboración. Y en Argentina, Bolivia y Venezuela se están elaborando los respectivos planes nacionales. Todo ello nos permite ser razonablemente optimistas en cuanto a los resultados de esta campaña, porque aun antes de ser iniciada, de modo integral, y en su comienzo, ya había obtenido notables éxitos, con una reducción promedio, estimada en un 30% del tamaño regional del problema, llevando la tasa promedio de 4,38 enfermos por 10 000 habitantes en 1991, a 2,94 pacientes por 10 000 habitantes en 1993, lo que representa una disminución de 322 186 casos registrados en 1991, a 219 737 casos registrados en 1993, para las américas como un todo.

Resumiendo: estamos en presencia de una verdadera "cruzada", liderizada por la máxima institución sanitaria internacional, la OMS, que le está dando todo su respaldo y credibilidad científica a este programa, y nos toca a nosotros, los dermatólogos, ejerciendo el mandato que nos da el reconocimiento y el papel que nos asigna la sociedad por nuestros conocimientos y experiencia, de darle a esta campaña todo el apoyo que merece, y tratar de colaborar con ella a través de la autoridad sanitaria nacional, de la manera más efectiva y constructiva posibles.

Si la campaña se cumple con el éxito esperado, estaremos presenciando uno de los grandes logros

de la medicina de todos los tiempos y los dermatólogos podremos estar orgullosos y satisfechos de haber podido tomar parte en ella, del modo organizado en que era necesario.

REFERENCIAS

1. Hastings RC, editor. Leprosy. Segunda edición. Edimburgo: Churchill Livingstone 1994.
2. WHO. Progress towards eliminating leprosy as a public health problem - Wkly. Epidem Rec 1994;20:145-151; 1994;21:153-157.
3. WHO - Global strategy for the elimination of leprosy as a public health problem - Leprosy Unit, WHO, Geneva 1994 (WHO/CTD/LEP/94.2).
4. WHO - Global plan of action for the elimination of leprosy as a public health problem. Leprosy Unit, WHO, Geneva, 1994.
5. Lepra al Día. OPS 1994;1(1).

Nuevos virus causantes de hepatitis de transmisión parenteral

Drs. Flor H. Pujol, Simón Beker

Laboratorio Biología de Virus, del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas y Centro Médico de Caracas.

Desde la identificación, por técnicas de biología molecular, del virus de la hepatitis C (VHC) como el mayor agente causal de hepatitis no A- no B postransfusional (1), el desarrollo de estuches diagnósticos basados en proteínas recombinantes y péptidos sintéticos, ha reducido drásticamente la tasa de hepatitis postransfusionales. Sin embargo, se sabía que al menos otro virus de transmisión parenteral era causante de los casos remanentes de hepatitis en pacientes transfundidos (2-4).

Recientemente, utilizando herramientas moleculares similares a las usadas para la identificación del VHC, dos grupos compuestos por varias compañías privadas y centros de investigación de Estados Unidos y Europa, han descrito la existencia de un nuevo tipo de virus causante de hepatitis de transmisión parenteral, el virus de la hepatitis GB-C o el virus de la hepatitis G (VHG).

Virus GB

El virus de la hepatitis GB-C fue clonado a partir del plasma de primates inoculados con el suero de

un paciente con hepatitis no A- no B- no C- no D- no E (paciente GB). Dos otros virus relacionados, los virus de la hepatitis GB-A y GB-B, fueron primeramente identificados; sin embargo, estos virus sólo infectan primates (5). Su secuencia genómica ha sido determinada, observándose un cierto grado de homología en su organización genómica con los flavivirus (6). La estrategia para clonar estos virus, se basó en aprovechar la similitud que poseen los virus de la familia flaviviridae en una región de la proteína no estructural NS3 (helicasa), diseñando oligonucleótidos cebadores, para iniciar la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en esa región (7).

La clonación de los virus GB-A y GB-B ha permitido el desarrollo de proteínas recombinantes que permiten la identificación de anticuerpos en pacientes infectados con el virus GB-C, observándose una seroprevalencia en donantes norteamericanos del 1% y hasta de un 10% en pacientes de alto riesgo (pacientes politransfundidos, drogadictos) (Dawson G5, no publicado). El virus GB-C fue finalmente identificado por técnicas de biología