

Consideraciones histórico-epidemiológicas de la lepra en América

History and epidemiology of leprosy in America

José Terencio de las Aguas

Director Médico honorario Fontilles. Alicante. España

Correspondencia:

José Terencio de las Aguas
Marqués de Campo, 37
03700 Dénia. España.
Tel.: (+34) 96 578 49 59
Fax: (+34) 96 642 33 53
e-mail: drjoseterencio@hotmail.com

Resumen

Se realiza un recorrido histórico del origen de la Lepra en América, con el descubrimiento y colonización por españoles y portugueses, y la posterior expansión por el tráfico de esclavos africanos. Su inicio en las Antillas y después a América Central, del Sur y Norteamérica e igualmente los eventos científicos más importantes y figuras destacadas, y por último la situación epidemiológica actual

(Terencio de las Aguas J. Consideraciones histórico-epidemiológicas de la lepra en América. Med Cutan Iber Lat Am 2006;34:179-194)

Palabras clave: lepra, historia, epidemiología, América.

Summary

An historical development of the origin of the leprosy in American since the colonization by the Spanish and Portuguese peoples and the post extension through the african slaves traffic is reported. First, in the Antillas and then to Central and South America the leprosy was expanded also in North America. A review of the most important scientific events and leprologists; finally the epidemiological situation is considered.

Key words: leprosy, history, epidemiology, America

La lepra es una enfermedad milenaria, remontándose su origen a las primeras civilizaciones como en la India, donde ya se citaba en los libros de los Vedas y 300 años a.C. en el Susrutha Samhita con el nombre de Kustha y en China 500 años a.C. era conocida con el nombre de La Feng. Otro foco importante fue Egipto donde se le denominaba Ucheda y se ha comprobado en algunas momias y en el papiro de Evers, y también en el pueblo judío donde se cita en el Antiguo Testamento considerada como un castigo divino y denominada Zarahat, indudablemente confundida con otras dermatosis, y en el Nuevo Testamento[1].

La enfermedad se fue expandiendo por el comercio, las peregrinaciones religiosas y las guerras, apareciendo en Grecia donde se la conocía con el nombre de Lepra, después de las expediciones bélicas de Alejandro Magno a la India y Persia. Los fenicios la diseminaron por el mediterráneo y después las legiones romanas de Pompeyo, la introdujeron en Roma, las Galias y Península Ibérica y las invasiones árabes, las cruzadas y el éxodo hebreo completaron su extensión a toda Europa donde en la época medieval había más de 18.000 lazaretos, siendo la intensidad máxima de los siglos X al XIII y en el XIV cuando se inició el descenso[2].

Lepra precolombina

El origen de la enfermedad en América, ha sido objeto de polémicas sobre todo a partir de la primera Conferencia Internacional de la Lepra, celebrada en Berlín en octubre de 1897[3], siendo Virchow el patólogo de Breslau, presidente de dicho congreso, que presentó una comunicación sobre su existencia en América antes de su descubrimiento y conquista, basándose en el examen de cráneos y representaciones patológicas en cerámicas antropomorfas peruanas que atribuía a la Lepra y coincidiendo con esta opinión, Ashamed de Nueva York y el mejicano Ovrañanos, asistentes a este evento[4].

En 1898, Lheman-Nitsche[5] presenta en el Congreso Científico Americano de Ciencias Médicas, un estudio en huacos peruanos del Museo de Ciencias Naturales de La Plata, a favor de la existencia precolombina con opiniones contrarias como las del argentino Baldomero Sommer.

Heráclides Souza Araujo en 1939 examina cerámicas, urnas funerarias, cráneos y momias del Museo de Lima, atribuyendo las lesiones nasales y labiales a Leishmaniasis llamada por los indígenas Uta (Figura 1) y “mal de las narices de los Andes” por Pedro Pizarro en 1571, conocida también como “espundia”[6]

La mayoría de investigadores entre ellos Volper en 1953 son contrarios a la existencia precolombina, pero las mayores pruebas de ello están basadas en la descripción de Colón en sus tres viajes sobre el aspecto saludable y sano de los indios, e igualmente de historiadores como Bernal Díaz del Castillo y Fray Bartolomé de las Casas, el apóstol de las Indias que convivían íntimamente con la población indígena y no observaron síntomas de la Hanseniasis, aunque sí discromías cutáneas que corresponderían al Mal del Pinto o Carate, aparte de la Sífilis contraída por los españoles que la trajeron a Europa donde no se conocía con anterioridad; así como la existencia de otras dermatosis como Blastomicosis, Framboesia y Leishmaniasis.

La opinión generalizada es que la Hanseniasis penetró en América por las Grandes Antillas, transmitida por los colonizadores españoles, que además procedían de “Tierras de Malatería” como eran Extremadura, Andalucía y Castilla, Canarias, siendo fundado el primer lazareto en el Nuevo Mundo en la Isla de la Española, actualmente Santo Domingo en 1520. El primer enfermo entre los descubridores fue Gonzalo Jiménez de Quesada, en 1522 conquistador de Colombia y fundador de Bogotá (Figura 2) que según el colombiano Barranquilla padecía también sífilis en su segundo viaje. No podemos olvidar en la actual República Dominicana los últimos 50 años la gran labor realizada por Bogaert en el prestigioso Instituto Dermatológico con sus colaboradores Isa y Periche, que se ha traducido en que en

las últimas estadísticas hay registrados 299 enfermos con una prevalencia de 0,3 y 212 nuevos diagnósticos con una incidencia de 2,5.

Poco después, los portugueses la aportaron de Portugal, Islas Madeira y Azores, donde ya existía, así como en sus colonias africanas, y podemos afirmar que las abigarradas tropas de los conquistadores introdujeron la enfermedad que fue eminentemente ibérica en los primeros años de la conquista[7].

Posteriormente el factor más importante fue el comercio de esclavos de la costa oeste africana, muy endémica desde el siglo XVI, sobre todo a Cuba y Brasil y otros orígenes atribuidos, son el polinésico pero en el pacífico no se conocía esta enfermedad hasta la llegada de los europeos en el siglo XIX, el comercio desde Méjico con Filipinas y también las inmigraciones chinas que aumentaron en el siglo XIX en la costa oeste de Estados Unidos, Méjico, Cuba y América del Sur.

En cuanto al origen escandinavo, por el comercio de los vikingos en América del Norte, no existía la enfermedad en los indios americanos, y en el siglo XIX los inmigrantes noruegos la introdujeron en Estados Unidos y los franceses en Louisiana y Canadá.

En conclusión, la lepra llegó a América en carabela española, galeón portugués, en la cala del barco negrero y por inmigraciones asiáticas y del Pacífico.

Cuba

Es la más grande de las Antillas, descubierta en 1492, pero su conquista y colonización se inició en 1512 por Diego Velázquez y no hay testimonios de la existencia anterior a la llegada de los españoles, como dice González Prendes[8] entre la población de indios taínos y siboneys que corroboran Fernández de Oviedo y Bernal Díaz del Castillo, etnias que fueron desapareciendo por las enfermedad importadas, malos tratos y el traslado a trabajar a tierra firme.

La otra forma de penetración fue por la masiva llegada de esclavos africanos para trabajar en plantaciones y minería que desempeñó un gran papel en la difusión de la enfermedad.

La lepra existía en la ciudad de La Habana probablemente, desde finales del siglo XVI, siendo el documento más antiguo del 12 de enero de 1615, cuando el cabildo observa la existencia de casos en la ciudad y recibe quejas de los vecinos, adoptándose en 1629 las primeras medidas de aislamiento y en 1662 se construyen bohíos en las caletas de Juan Guillén (caletas de San Lázaro) en el área donde actualmente se encuentra el Hospital Hermanos Almejeiras y los afectados se trataban con carne y sangre de tortuga.



Figura 1. Uta.



Figura 2. Gonzalo Giménez de Quesada.

Las deficientes condiciones sanitarias y el aumento del número de enfermos, condujeron a que Pedro Alegre, acaudalado propietario que tenía un hijo enfermo, hiciera donación de una estancia suya "Los Pontones" que se convertiría en el primer hospital de San Lázaro de La Habana, que fue destruido en 1703 por un ciclón y otra vez se trasladan los pacientes a las caletas de Juan Guillén, aumentando el número de enfermos que pedían limosna por las calles de La Habana y con ello, las protestas del vecindario, lo que condujo en 1708 a la concesión de terrenos en lo que hoy es el paseo del Malecón y Felipe V en 1714, expide Real Orden para la construcción de un nuevo hospital que fue destruido totalmente en la toma de La Habana por los ingleses en 1762, reconstruyéndose en 1798 y en 1854 se encomienda la atención a las monjas de San Vicente de Paúl; y en 1899, los americanos decidieron trasladar los pacientes fuera de la ciudad, a pesar de las protestas de los enfermos, siendo enviados en barcos a la Loma de la Vigía en Mariel.

En 1917 se inaugura la nueva leprosería en El Rincón a unos 35 km. de la ciudad, donde llegaron a una hospitalización de 426 enfermos procedentes de todas las provincias.

Camagüey fue después de La Habana donde se descubrieron numerosos casos, aislándose en casas para negros y blancos, y en 1778 funcionaba un lazareto reedificado en

1814 por Fray José de la Cruz (padre Valencia) y en 1843 otro hospital en Santa Clara.

En 1939 se dio un impulso a la campaña con la creación del Patronato de la lepra por Pardo Castelló y en 1944 había en la provincia de Oriente el hospital de San Luis de Jagua, siendo otra fecha importante la de 1945, donde se aplicó por primera vez el Promin, y en 1948 se celebra el V Congreso Internacional de Leprología que supuso un aumento del interés en la lucha y González Prendes en 1964, habla de la existencia de 4.020 enfermos con un índice de prevalencia de 0,5 por mil.

Con la Revolución se crea la sección de Lepra en el Ministerio de Salud Pública y en 1977, se administra rifampicina a los 5.000 enfermos censados de forma ambulatoria, tres meses los negativos y seis meses a los positivos, con posterior administración de acedapsona y a partir de este momento empieza a disminuir considerablemente la endemia en Cuba.

En 1998, visitamos Cuba y tuvimos ocasión de conocer el programa de lucha y diversas instituciones, entre ellas, el Servicio de Dermatología del Hospital Fajardo que dirige el Dr. Abreu y también varios centros de atención primaria de salud, cada uno de los cuales atiende a 800 ciudadanos, teniendo ocasión de exponer en dos conferencias nuestra

experiencia en España en la Lucha y Terapéutica. Posteriormente visitamos con el Dr. Abreu y la Dra. Zobio el Hospital del Rincón dirigido por la Dra. Matilde Álvarez (Figura 3), que linda con la monumental Basílica de San Lázaro, sitio de peregrinación de todo el país. El hospital está perfectamente organizado y albergaba unos 90 pacientes inactivos y por motivos sociales, siendo auxiliados por la comunidad religiosa de San Vicente de Paúl[9] y también goza de prestigio el Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri.

La situación epidemiológica actual, referida a 2004, es de 266 enfermos con un índice de prevalencia de 0,2 por 10.000 y 251 nuevos casos, lo que demuestra la gran labor asistencial, profiláctica y social realizada en Cuba que ha conseguido la eliminación de la lepra como problema de salud pública.

México

La lepra apareció por los conquistadores españoles a partir de 1519 y Hernán Cortés fundó el primer hospital de San Lázaro en una finca de su propiedad en Tzaplaná en 1528 que se relaciona con enfermedades de los conquistadores y el médico de Felipe II, Francisco Hernández en 1560 descubrió una enfermedad cutánea en los aztecas, de varios colores, que podía ser Mal de Pinto o Carate, y Fray

Bartolomé de las Casas describe entre los indios el “Mal de Bubas”, que era la Sífilis.

El segundo hospital de San Lázaro lo inició el médico español Pedro López en 1572 y funcionó 290 años en los terrenos de las atarazanas; la enfermedad iba aumentando en Nueva España con la llegada de nuevos casos, el comercio de Oriente con Filipinas y el de esclavos africanos.

La península del Yucatán, tierra de los mayas, fue conquistada por Francisco de Montejo y en 1783 se construyó el primer lazareto a iniciativa del Capitán General Hugo O'Connor en la ciudad de Campeche, inaugurándose en 1795, albergues para los enfermos en Mérida, Tabasco y Chiapas.

En el Distrito Federal se inicia la etapa científica con Ladislao de la Pascua, director del hospital Pedro López en 1837, que en 1844 publica la primera obra mejicana sobre la lepra “Elefanciasis de los griegos”.

Otro personaje importante de este período es Rafael Lucio (Figura 4), nacido en Jalapa (1819-1886), último director del Hospital de San Lázaro los últimos 19 años que en 1843 publica con Alvarado el “Opúsculo sobre el mal de San Lázaro o Elefanciasis de los griegos” forma manchada caracterizada por su carácter infiltrativo difuso, alteraciones



Figura 3. El Rincón.

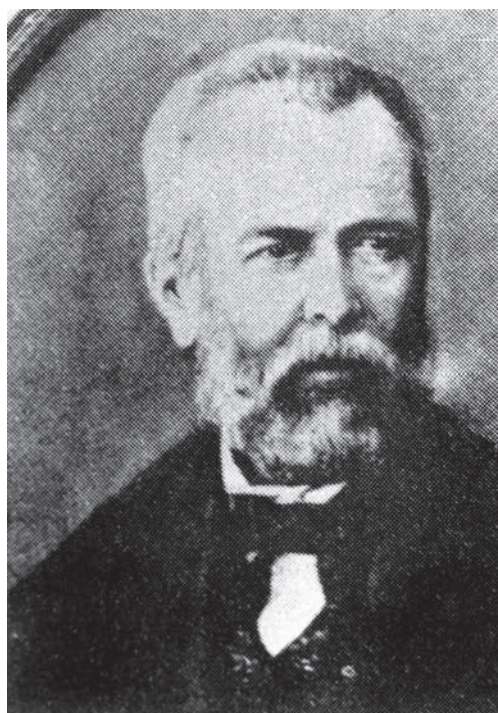


Figura 4. Rafael Lucio.

arteriales que también cita en 1866 Benítez en su artículo "el mal de San Lázaro"[10 y 11].

En 1862 se cierra, y los enfermos se trasladan al hospital Juárez y en 1915 al Hospital General y en 1927, González Urueña[12] efectúa el primer censo oficial del país con 1450 pacientes, 144 en Sinaloa, 155 en Michoacán, 226 en el Distrito Federal y 237 en Jalisco. Este trabajo lo presenta en 1930 en el VIII Congreso de Dermatología de Copenhague, dirigiendo en 1930 el servicio federal de profilaxis y en 1937 el dispensario Pascua, uno de los más importantes centros en el desarrollo de la leprología mejicana que pasa en 1950 a llamarse Centro Dermatológico, siendo su director Fernando Latapí (1902-1989), eminente figura de la dermatología mejicana que estudió y completó la lepra de Lucio y el fenómeno de Lucio o eritema necrotizante[13], forma clínica reconocida oficialmente en el Congreso de La Habana, fundador también en 1948 de la Revista mejicana de dermatología, presidente del XV Congreso Internacional de Leprología celebrado en 1978 en el Distrito Federal y que fue un enlace entre el pasado y el futuro, maestro de futuros maestros como Barba Rubio, Saúl, Obdulio Rodríguez, Yolanda Ortiz, Lavalle que describió en 1953 el primer caso de Úlcera de Buruli en Méjico, Arenas, Estrada, Rojas Espinosa, Ocampo, etc. También miembro correspondiente y honorario de múltiples sociedades dermatológicas, premio Damián Dutton en 1978 y junto a Barba Rubio en 1960 encargado del programa móvil con 39 unidades que despistaron en 2 años, 7.000 nuevos casos.

El estado de Jalisco ha tenido también altas cifras de Hanseniasis pues en 1990 había registrados 3.177 casos con una prevalencia de 6,2 por 10.000 y en 2003, 116 enfermos con una tasa de 0,15 por 10.000, que es fiel exponente de la eficacia de la lucha. La figura insigne en el estado de Jalisco, es la de José Barba Rubio, fundador del primer Instituto Dermatológico de Guadalajara y de la posterior inauguración de un segundo instituto, gran centro dermatológico, en el que se celebraron importantes sesiones clínicas en el CILAD de 1991 y que ha dejado una importante escuela actual.

En 1981 como consultor de la Oficina Sanitaria, viajamos a Méjico para conocer las Instituciones más importantes, asistiendo primero a la XVI Reunión Anual de la Sociedad Mejicana de Leprología dirigida por Diego Fernández de Castro, en Culiacán, capital del estado de Sinaloa, que tenía censados unos 3.000 pacientes, un 80% de los casos lepromatosos con formas de Lucio-Latapí, donde se presentaron unas 40 comunicaciones y numerosos e interesantes casos clínicos[14]. La segunda visita fue a Guadalajara para conocer el primitivo Instituto Dermatológico de Barba Rubio, organizado con unos 10 dispensarios y una amplia consulta, y por último visitamos en el Distrito Federal, la Dirección

General de Epidemiología y el Centro Dermatológico Pascua, donde pudimos comprobar la gran labor realizada que ha dado como resultado la situación epidemiológica actual que es de 1.011 casos con una prevalencia de 0,1 por 10.000 y 267 nuevos casos en 2004, pero que creemos que no se debe olvidar que en los próximos años pueden seguir apareciendo nuevos enfermos[15].

Guatemala

No se ha encontrado ningún dato de existencia de lepra entre los mayas y fue Hernán Cortés el que envió a Pedro Alvarado para la conquista en 1523, y en 1527 se fundó la ciudad de Santiago de los Caballeros, por Jorge de Alvarado y se ordenó que se construyera un hospital que en 1541 fue destruido por una erupción volcánica, fundándose la nueva ciudad en 1543, y el primer hospital en 1553 por el obispo Mallorquín, para españoles y mulatos[16].

En 1638, Álvaro Quiñones Osorio, Capitán General, ante el aumento de la enfermedad de Hansen, vio la necesidad de crear un hospital específico, iniciándose la construcción en 1640 y haciendo una donación Felipe IV de 4.000 ducados siendo en 1717 destruida por un terremoto; en 1745 se termina el nuevo hospital de San Lázaro, destruyéndose la ciudad por el terremoto de Santa Marta y en 1778 se inauguró el hospital de San Juan de Dios en la nueva Guatemala, trasladándose en 1875 los enfermos al Lazareto de las Piedrecitas a 7 km. de la ciudad también llamado Lazareto de Elefanciacos que se cambió a Asilo de la Piedad y por último se llamó Hospital Nacional Ramiro Gálvez.

Venezuela

Hay datos de la fundación de un lazareto en 1841 en Maracaibo, y en 1907 había dos asilos con 666 internados, llegando en 1918 a 753 enfermos. Estaba situado en la Isla de la Providencia a la entrada del Puerto de Maracaibo donde llegaron a haber 600 internados en 1929. Y el otro lazareto estaba situado en Cabo Blanco, cerca de La Guaira, con 280 enfermos.

Este país ha realizado una gran labor profiláctica con la aplicación del BCG en los contactos de enfermos realizado por Convit y colaboradores, que igualmente estudió en la colonia Tovar Estado de Aragua que entre 1843-1856 había 146 inmigrantes alemanes y en 1950 la cifra llegó a 1.126 habitantes observándose 113 casos de lepra mientras que en el resto del país el índice era 1,35‰[17].

En 1971 se celebró en Caracas el VII Congreso Ibero-Latino-Americano presidido por Martín Vegas con 327 participantes y numerosas comunicaciones sobre lepra (Figura 5).



Figura 5. Dres. Cardama, Terencio, Cotlear, Rotberg y Gatti.

En 2004 hay censados 1.528, que da un índice 0,6 por 10.000, pero sigue siendo junto con Colombia, los países de más alta prevalencia después de Brasil.

Colombia

Pedro Heredia y Gonzalo Giménez de Quesada, conquistan en 1525 Nueva Granada, la actual Colombia y en 1538 fundan la ciudad de Santa Fe de Bogotá y en 1592, en Cartagena de Indias, por orden de Felipe II se crea un lazareto en el barrio de Getsemaní, realizando una gran labor el jesuita español Pedro Claver. En 1784 siendo virrey Ezpeleta, se clausura y se trasladan los enfermos al lazareto Caño del Oro lejos de la costa, donde había en 1923, 231 hospitalizados que fue asaltado por un general venezolano que exterminó a todos los internados[18].

En 1906, Montoya y Flores estiman la existencia de 4.304 casos con una incidencia del 1 por 1.000 y en 1909 Solano refiere una cifra de 4.000 y en 1923, García 6.568.

En 1929 había tres leprosarios, Agua de Dios del siglo XVIII y Caño del Oro de 1615 y el de Contratación en el departamento de Santander e incluso tenían una moneda especial sin valor real y en 2004, según la OMS, hay registrados 1.731 enfermos con una incidencia de 0,4 por 10.000 y en 2003 aún se diagnosticaron 632 casos nuevos[19].

Ecuador

Se atribuye el origen al comercio de esclavos procedentes de Lima y Cartagena de Indias y en 1679, una Real Cédula obligaba a la Audiencia de Quito al aislamiento de los enfermos en Guayaquil y Cuenca, creándose en 1816 el Lazareto de la Misericordia en Cuenca, t en 1854 un Lazareto para mujeres en Miraflores, y en 1889 se inaugura el Leprocomio Mariano Estella.

Actualmente hay censados 154 enfermos con una prevalencia de 0,1 por 10.000.

Perú

Según Pesce[20], Ponce de León y los descubridores españoles, opinaban que los primeros afectados llegaron del vecino Ecuador y según Córdoba y Urrutia, fue Antón Sánchez, hijo de un enfermo, el que fundó un hospital y capilla de San Lázaro en el barrio de los pescadores, y en Cuzco en 1563, Villalobos fundó otro lazareto y todos los hospitales americanos de la época, se hicieron siguiendo la imagen del de San Lázaro de Sevilla[21].

Unanue en 1795, analiza la raza de los afectados observando un 42% en mulatos y mestizos, 32% en blancos, indios 7,5% y esclavos 18,5%. La vía fluvial amazónica fue un factor influyente en la propagación procedente de casos de Brasil por ello la zona más afectada es el departamento de Loreto, San Pablo e Iquitos. Actualmente en Perú, se diagnosticaron en 2003, 34 casos nuevos y en el 2004, 20; habiéndose conseguido la eliminación.

Guayana

En la Guayana francesa, Floch observa durante el período 1939 y 1948 que en las instituciones penales hay una prevalencia de 4,6‰ y una incidencia de 4,1 por 100.000; los afectados pertenecían a todos los grupos étnicos atribuyendo esta alta cifra a las malas condiciones higiénicas carcelarias y en el 2004 la prevalencia era 41 enfermos con índice de 1,0.

En Surinam también había un importante foco, la prueba es que el holandés Schilling publica en 1778 el libro “De lepra comentaciones” que refleja su larga experiencia en este país.

Actualmente hay 34 registrados con índice 0,8 y nuevos casos 53 con un índice de 6,1 y en la Guayana británica el control se inició con la fundación de una leprosería en Mahaica en 1858.

Brasil

Tampoco existe ningún indicio que nos hiciera pensar en la existencia de la Hanseniasis antes de la llegada de los colonizadores europeos y fueron los portugueses que ya padecían la enfermedad en Portugal, Madeira y Azores, que llamaban “Doença de gafeira i gafos”, quienes la introdujeron, pues tanto los navegantes portugueses como los misioneros coinciden en el saludable aspecto de los indígenas y tampoco existía una palabra específica para la enfermedad[22].

Se da como fecha el 1496 de la aparición de la enfermedad según Aleixo Guerra, citado por Maurano, pero fue en 1538 al intensificarse la llegada de esclavos africanos cuando aparecieron muchos casos aunque se supone que debían ser examinados antes de venderlos, siendo el inicio por los estados de la costa, sobre todo Río y Bahía y otros

focos podían ser de origen francés y holandés en los estados del norte, y alemanes en el sur.

Debemos destacar la figura del padre Anchieta, jesuita de Tenerife que realizó una gran labor humanitaria en Bahía en 1553 entre los numerosos enfermos y también en las mortales epidemias de viruela.

La progresión de la colonización con el desarrollo agrícola, minero e industrial, facilitó la difusión a otros estados como Sao Paulo, Minas Gerais, Pernambuco, Matto Grosso, Pará Amazonia y Río Grande del Sur, sin olvidar la penetración de países limítrofes como Paraguay, Colombia y Argentina.

El iniciador de los estudios fue el cirujano de la Armada Real, Bernardino Antonio Gomes, y esta enfermedad era confundida con otras y en Brasil se la denominaba "Mal dos Lazaros" y "Morfea" y sólo en Bahía en 1789 según Rodrigo de Menezes era de 3.000. En 1892, Laurenzo de Magalhaes escribe el libro "A morphea no Brasil".

El gobernador de Río de Janeiro, Capitán General Gomes Freire de Andrade, marqués de Bobaella (Figura 6), mandó construir a sus expensas unas modestas casas para albergar a los enfermos que después pasarían al convento de los jesuitas que había quedado libre por la expulsión de la Compañía en Portugal por el marqués de Pombal, y en 1766 funcionaba el hospital Frey Antonio en el barrio de Cristovao y la administración por la hermandad de La Candelaria. En Bahía se crea un lazareto en 1874 y en Sao Paulo en 1799. Datos muy significativos del papel de los esclavos africanos es que en 1798 de un total de 3.250.000 habitantes, el 61% eran de origen africano y 1.582.000 esclavos[23].

En relación de los inmigrantes europeos Gomes refiere que los colonos prusianos sanos adquieren la enfermedad en contacto con los nativos y formas graves, lo que confirma Souza Araujo en Paraná donde había un alto porcentaje en polacos, austriacos y alemanes e igualmente Von Bassewitz observa en 1824, en Río Grande del Sur inmigrantes de Rusia, Balcanes, Italia y Granada (España) enfermos de sus países. Y en relación a la raza, los esclavos africanos eran los mas afectados durante los tres primeros siglos y contraían formas mas graves y letales que los europeos.

Brasil es sin duda, el país con una organización más completa y pionero en la lucha contra la Hanseniasis tanto en el período colonial como en el imperio, y a partir del Congreso de Berlín se implantan las directrices epidemiológicas del aislamiento obligatorio, aumentando enormemente los establecimientos de control y hospitalización basándose en el trípede sanatorio-dispensario-preventorio y a los primeros se les orienta en el sentido de hospitales-colonias agrícolas y entre 1934 y 1945 había 41 leprosarios, 28 preventorios y 106 dispensarios, pues la cifra total de enfermos en 1936 según Souza Araujo era de 24.233 y para Hernani Agrícola

más de 30.000 y en 1940 el Hospital-Colonia Itapua albergaba 350 internos.

La capacidad de hospitalización de algunos leprosarios, siguiendo a Souza Araujo en su libro "Historia de la lepra en el Brasil"[24] en 1947 era de 20.638 internados y algún hospital-colonia tenía capacidad para 1.000 a 2.000, y aun mas casos, como en el hospital de Pirapitingui en el que habían 2.817 hospitalizados.

Un importante hecho histórico fue el primer Congreso Americano de la Lepra, celebrado en Brasil en 1916, presidido por Carlos Chagas cuyas conclusiones fueron, en primer lugar, realizar nuevo censo de enfermos, aislamiento en colonias agrícolas para profilaxis del contagio, y en ciertos casos aislamientos domiciliarios, tratamiento por especialistas y preventorios para vigilancia de posibles nuevos casos.

En 1937, se crean centros de diagnóstico en casos de dudas de los médicos de Asistencia primaria y así continúa la situación hasta la llegada de las sulfonas en que se dulcifica y temporaliza la obligada hospitalización y Orestes Díniz preconiza una descentralización, examen de los contactos, educación sanitaria de enfermos y de la población, y asistencia social, todo en coordinación de los médicos locales con un leprólogo.



Figura 6. Marqués de Bobaella.

Brasil fue pionero en desterrar los nombres Lepra y sus derivados, y sustituirlos por Hanseniasis, tratando de evitar el contenido de estigmatización de la palabra.

En 1978, empiezan los nuevos tratamientos multiterápicos, van desactivándose los antiguos hospitales-colonias, e igualmente los preventorios, aumentando la función de los ambulatorios.

En 1999, hay un incremento de la Hanseniasis con un total de 83.180 enfermos en tratamiento y un índice de 5,08 por 10.000, pero se interpreta como una eficacia en el diagnóstico de nuevos casos por los servicios de salud[25]. El alto nivel de la Hansenología brasileña se basa en la calidad y número de profesionales que han intervenido en esta lucha y refiriéndonos al siglo XX, tenemos que destacar a Heráclides Souza Araujo, epidemiólogo, bacteriólogo, clínico, historiador, a Rabello que ya participó en los Congresos de Estrasburgo en 1923 y el del Cairo en 1938, defensor de la polaridad clínica y que a partir de la segunda Conferencia Panamericana de Río de Janeiro en 1946[26] fue el portavoz de la clasificación suramericana que consiguió en 1948 en La Habana, gracias a todos los esfuerzos de toda la Escuela Latinoamericana, la aceptación oficial que es la base de la actual clasificación, a parte de su actividad docente e investigadora en otras enfermedades como el Pénfigo “fogo selvagem” y la Leishmaniasis tegumentaria y describió también el primer caso de Sarcoidosis en Brasil.

Otras figuras importantes son Rotberg, que en 1937 expuso su teoría del “Factor N Margen anérgico” Maurano, Orestes Díniz, Hernani Agrícola, Souza Lima, Souza Campos, Luiz Marino Bechelli, coautor del Tratado Brasileño de Lepra que durante 10 años dirigió los servicios de Lepra en Ginebra, de la OMS, y el recientemente fallecido, Diltor Opromolla, otra gran figura y gran amigo. Otros grandes leprologos son David Rubén Azulay, Garrido Neves, Sampaio, Celio de Paula Motta, Belda y Tarlé y las generaciones de Talhari, Vera Andrade, Virmond, Norma Foss, Luna Azulay, Maria Leide, Leontina Margarido y otros muchos.

En relación a Instituciones, aparte de las ya citadas, debemos destacar el Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz), el Instituto Souza Lima de Bauru, el Instituto Alfredo da Matta de Manaus y el Instituto de Medicina Tropical (Talhari).

El Ministerio de Salud, realiza actualmente una gran campaña contra la estigmatización y el aislamiento con “Cartas de eliminación” referentes a la situación epidemiológica en los menores de 15 años y material informativo para el público en general, con la colaboración de la ONG MORHAN (Movimiento de reintegración de la Hanseniasis) que desarrolla una gran labor social en cuanto a la reintegración del enfermo junto al Programa Nacional del Ministerio, Dermatología Sanitaria, Sociedad Brasileña de Hansenología y otras más como CONASEMS (Consejo Nacional de Secretarías Municipales

Sanitarias) con la nueva estrategia de mejorar el acceso al diagnóstico y tratamiento y sobre todo, la incorporación de la enfermedad en el sistema sanitario local[27].

En conclusión, actualmente Brasil sigue siendo el segundo país en el mundo en prevalencia y junto a la India, reúne el 80% del total de enfermos del mundo, persistiendo a pesar de la eficacia de la lucha, una gran prevalencia e incidencia, pues en el 2004 hay registrados 79.908 pacientes y casos nuevos 49.206, que nos da una incidencia de 4,6 por 10.000, aunque es muy diferente de unos estados a otros, pues en Río Grande del Sur, se ha conseguido la total eliminación y en 2005 no se va a alcanzar en muchos de los restantes estados.

Paraguay

Lindsay describe numerosos casos de 1902 a 1912 y en 1950 había censados 630 enfermos con una incidencia de 4,7 por 10.000 y desde 1948 a 1992 se habían registrado 13.000 casos.

En 1974 asistimos al Coloquio Internacional sobre la Lepra en el Fortschuinginstitut de Borstel cerca de Hamburgo y donde participaron numerosos leprologos americanos, entre ellos, Alvarenga y Leguizamón del Paraguay[28], igualmente Saúl, Azulay y Gatti; el director de este instituto de micobacterias Freeksen, propuso un esquema de multiterapia asociando Rifampicina con el isoprodian (isoniazida, pro-tonamida dapsona), iniciándose esta terapia en Paraguay, Isla de Malta, España y países africanos y asiáticos. Esta multiterapia ha constituido durante muchos años, la base del tratamiento de todos los enfermos de Paraguay, con buenos resultados. Nuestra experiencia[29] en Fontilles fue buena, pero destacamos que la isoniazida podía dar problemas hepáticos y aplicamos la multiterapia clásica de la OMS.

Otro centro importante es el Hospital 81 (Hospital Menonita) y los trabajos de Wiens y Von Wallenstein, siendo de destacar la ayuda de la Asociación Alemana DAHW y en 1980 había un índice de prevalencia de 16 por 10.000 que en 1992 descendió a 3 por 10.000.

Actualmente la doctora Alvarenga de Morra dirige la campaña contra la Lepra y según las estadísticas de la OMS de 2004 hay 537 registrados con una prevalencia de 0,9 y 523 nuevos diagnósticos.

Argentina

En el Virreinato de la Plata que es como se designaba a la actual Argentina, la existencia de la Lepra es también posterior a la conquista y los primeros cuatro casos se describieron en 1792 por el protomédico Manuel Rodríguez Sarmiento, natural de La Coruña (Figura 7) y según Quiroga llegó más tardíamente por las menores relaciones comerciales con

España en los primeros siglos de la conquista y la menor importancia del tráfico de esclavos africanos, observándose en el siglo XIX casos aislados en Santa Fe y también hay que tener en cuenta la inmigración de enfermos de los países vecinos como Brasil, Paraguay y Bolivia. Históricamente está el caso del sacerdote Gabriel Brochero nacido en 1840, que dedicó su vida a atender enfermos de cólera y Lepra y murió de esta enfermedad[30].

En 1906 se celebra el Primer Congreso Científico Latinoamericano en Buenos Aires y en relación con el origen precolombino se descarta que las manifestaciones patológicas encontradas en huacos peruanos fueran de Lepra y pertenecían a otras patologías.

Argentina fue el primer país latinoamericano en desarrollar científicamente las enfermedades cutáneas, iniciándose en 1883 un Servicio de Dermatología y Sifiliografía; y en 1892 se crea la Cátedra de Enfermedades Venéreas y Piel, siendo su primer profesor Baldomero Sommer, prestigiosa figura que asistió en 1909 a la Conferencia Internacional de Bergen (Noruega), creando una importante escuela con discípulos como Pedro Baliña, Greco, Fidanza, Aberasturi[31], que desempeñaron posteriormente un importante papel en la leprología argentina. fundando en 1907 la Sociedad

Argentina de Dermatología y en 1908 la Revista Argentina de Dermatología[32].

En 1926 aparece la Ley Aberastury por la que se implanta el aislamiento hospitalario obligatorio en leprosalarios y la prohibición del matrimonio en los enfermos y había diversos hospitales en aquella época, como El Carrasco en Rosario, Fidanza, Sommer en General Rodríguez, Muñiz, P. Baliña, María Rodríguez (Santa Fe), San Francisco del Chañar (Córdoba) y las zonas más endémicas eran El Chaco, Formosa, Corrientes, Entre Ríos, Misiones, Tucumán, Santiago del Estero y Buenos Aires y su periferia[33].

El primer censo de enfermos se realiza en 1927-29, descubriéndose 2.300 casos que van aumentando y alcanzan en 1980, la cifra 14.321; y en 1930 se funda el "Patronato de Leprosos de la República Argentina", y como en los demás países al emplearse la MTT empieza a descender la prevalencia y en 1982 hay 11.770, en 1993 el censo es de 9.702, en 1996, 4.553 y en 2001, 1.262[34].

En 1970, asistimos con Gay y Contreras a la Primera Reunión Leprológica del Cono Sur en Buenos Aires, celebrada del 15 al 17 de agosto en el Hotel Presidente, participando varios países como Méjico, Colombia, Brasil Portugal y USA, organizado por Gatti y Cardama, y con una gran representación Argentina, tratándose todos los aspectos de la enfermedad en diferentes mesas redondas reunión que fue el punto de partida de muchos eventos leproológicos posteriores.

Es difícil citar todas las figuras que han contribuido a los avances en la Leprología Argentina, pero debemos destacar a Fernández de Rosario, que describió en 1937 la reacción precoz a la Lepromina a las 48 horas, reacción que lleva su nombre, y también la respuesta lepromínica en enfermos y contactos al BCG, su efecto protector y su base inmunológica. Otra figura es Basombrío, discípulo de P. Baliña, que ya asistió en 1938 al Congreso de El Cairo y después a los de La Habana y Madrid y Juan Carlos Gatti al que conocimos en 1963, gran amigo, profesor de la Universidad de El Salvador y del Hospital Muñiz, autor junto a Cardama y Baliña de los Manuales de Leprología y Dermatología, texto clásico en las facultades de Medicina, y autor de numerosas publicaciones. Recordemos también a Luis María Baliña, profesor de Dermatología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y de El Salvador, que se ocupó en particular de los aspectos sociales y de la reinserción de los enfermos a los que asistía siempre con gran humanidad. No podemos olvidar otros maestros como Quiroga, Pierini, Argüello Pitt, Consigli, Giménez, Manzi, Woskoff, Abulafia, Noussitou, Jonquieres, Ana Kamisky y de posteriores generaciones Fliess, Mirta Artola, Fernando Gatti, Liliana Olivares, Bonano, Escalada, Valdez, Galimberti, Graziella Pizzariello, etc.

Actualmente en 2004, Argentina es un país de baja endemidad con 977 casos, 448 nuevos enfermos en el último



Figura 7. Manuel Rodríguez Sarmiento



Figura 8. Carville.

gran labor con los pacientes de todo el mundo, visitando los antiguos leprocomios que todavía existen abiertos; reemplazando viejos estereotipos por modernas realidades y está dirigida por Anwey Skisness, José Ramírez y Gopal.

Durante varias décadas el número total de enfermos fue de alrededor de los 5.000, que no representaban un problema sanitario en relación a la población, con una incidencia baja y unos 200 nuevos casos anuales, de los que el 85-95% era en inmigrantes, por lo que es muy conveniente, por la inmigración de países endémicos a Estados Unidos, continuar esta importante labor que ha realizado Carville durante más de un siglo.

Canadá

A principio del siglo XIX se detecta el primer caso en un enfermo inmigrante de Normandía en el estado de New Brunswick, apareciendo después 32 enfermos más y en 1849 ante el aumento, se funda en Tracadie pequeña ciudad del noroeste, un Lazareto en 1849, que sufrió un incendio en 1852 e inaugurándose un segundo leproscario en 1887. Entre 1815 y 1915 hubo 193 defunciones, y el hospital estaba dirigido por Alfred Smith que transformó el Lazareto en un Instituto modelo, nombrándolo el gobierno en 1889 Inspector de Lepra del Dominio[37]. En una estadística de Tracadie entre 1815 y 1890 había 230 casos.

Epidemiológicamente es interesante la llamada epidemia de "Cap Breton" que se inicia con la llegada de una mujer inglesa procedente de la Isla Príncipe Eduardo, enferma de Lepra que en 1836 se casa y muere de la enfermedad, y de sus seis hijos mueren cinco de Lepra igualmente el marido y también el esposo de la hija sana contrae la enfermedad con sus dos hijos y la persona que cuidó al marido de la madre, también es afectado y hay referencias en 1919 de la existencia en la Isla de Dorsey, cerca de Vancouver, de cinco casos, censándose en 1885, 325 diagnósticos.

Últimamente, Boggild y otros[38], estudian los casos importados en Toronto entre 1979 y 2002 con un total de 184: 44 de la India, Filipinas 49 y Vietnam 37, diagnosticados en la Unidad de Enfermedades Tropicales, un aspecto frecuente por la inmigración, dándose casos nuevos en muchos países.

Costa Rica

El primer caso se descubrió en 1738 en una mujer de Cartago y en 1909 se inauguró el "Asilo Nacional para leproscos de las Mercedes" y en 1945 se inicia la campaña antilepra dirigida por el leproscólogo argentino Mom.

Otros eventos de carácter docente son los Cursos de Leproscología que, auspiciados por la Orden de Malta, organizamos en Costa Rica los años 1993, 1995 y 1997[43] donde han participado unos 150 dermatólogos de todos los países americanos y hemos contado entre el profesorado con distinguidos colegas como Saúl, Novales, Convit, Victoria Alvarenga, Mirta Artola, Jaramillo, Astorga, Harry Hidalgo y Castro, que fueron exponiendo el estado de la endemia en sus respectivos países[15]. y actualmente según la OMS hay registrados 2 casos en el 2004.

Nicaragua

Pocos son los datos sobre los antecedentes históricos aunque en el siglo XIX se conocen casos en Leon y Chinandega y en 1893 se dispuso la reclusión de los enfermos en la Isla del Cardon en la costa del pacífico.

En 1992 y 96, la ONG canadiense "Cardinal Leger" nos encargó comprobar el estado de la endemia en Nicaragua y poner en marcha un programa de control, para lo que contactamos con los dermatólogos locales y la Asociación para el Desarrollo de los Pueblos, visitando el Hospital Francisco Soto Calderón, actualmente Hospital Gómez Urcuyu, en Managua; e igualmente, la antigua leprosería "La Ciudadela" que albergaba 31 pacientes y ubicada en el citado hospital.

En 1996 volvimos a Nicaragua para el control del programa y visitamos focos endémicos en San Francisco Libre y Chinandega, donde se descubrieron bastantes casos en niños de formas paucibacilares (Figura 16) coordinando un Curso de Lepra y participando con ponencias en el II Congreso Nicaragüense de Dermatología[44] En el 2004 según la OMS no hay datos estadísticos.

Congresos

Vamos a comentar los congresos internacionales y algunos otros eventos importantes que han tenido lugar en América[39]:

V Congreso Internacional. La Habana 1948.

Fue patrocinado por el gobierno cubano con la colaboración del International Leprosy Association (ILA), siendo el comité de honor presidido por Grau San Martín y el comité ejecutivo por Oteiza, vicepresidente Wade, secretario Muir y vocales Gay, Rabello y Quiroga. El número de trabajos fue de 93 y el de congresistas 221 pertenecientes a 34 países. Fue un importante evento pues fue el primer congreso en el que se adopta la clasificación base del actual y por la aplicación de las Sulfonas, primera medicación curativa, admitiéndose oficialmente los tipos polares lepromatoso y tuberculoide, y el tipo indiferenciado inicial[40].

La terapéutica fue la protagonista, lógicamente, de las ponencias aparte de la epidemiología, control y asistencia social y la participación española fue de 11 asistentes que presentaron 13 comunicaciones entre ellos, Gay, Gómez Orbaneja, Contreras y Víctor Martínez.

En la clausura se designó por unanimidad, la sede del próximo congreso en Madrid.

VIII Congreso Internacional. Río de Janeiro 1963.

Se celebró del 12 al 19 de septiembre en el hotel Copacabana Palace, con una asistencia de 374 representantes de 53 países que presentaron 257 trabajos. La presidencia recayó en Costello Branco, la secretaría en Orestes Díniz y la presidencia del ILA en Fernández y la secretaría en Ross Innes, siendo la participación española de Gay, Contreras, Terencio, Rodríguez Puchol, Oliete y el padre Carsi (Figura 9), quienes presentaron trabajos sobre "Patogenia y tratamiento de las reacciones" y "Perforante del codo, tratamiento quirúrgico".

En patología se insiste en la importancia de la lepra dimorfa, inestable entre los grupos polares, en transmisión experimental el reciente éxito en la inoculación en la almohadilla plantar del ratón y en terapéutica, como único tratamiento, la dapsona y la duración indefinida en lepromatosos y Dimorfos, aunque ya se presentó una comunicación por Oromolla de la rifamicina SV como medicación específica que años después se comprobaría que su derivado la rifampicina sería la droga más bactericida[41].

En epidemiología y control, la sustitución de la segregación compulsiva por el tratamiento ambulatorio y el posible papel de huéspedes intermediarios en la transmisión y los factores genéticos. En bacteriología, la imposibilidad del cultivo, y en inmunología, el empleo del BGC para estimular la positividad del Mitsuda, y en los aspectos sociales, se recomienda evitar el término "leproso" y reemplazarlo por el de "paciente de lepra".

XI Congreso Internacional, México 1978

Se celebró en la ciudad de México del 31 al 16 de Noviembre recayendo la presidencia en Latapí, vicepresidente Amado Saúl y secretaria Obdulia Rodríguez.

Por parte del ILA el presidente era Convit y el secretario Browne. La asistencia fue de 805, pertenecientes a 83 países y se presentaban 333 comunicaciones. En el programa científico participamos con dos comunicaciones, una sobre la "Incidencia de Hbs Ag e Ac anti e en los enfermos de Fontilles" y otra sobre "Terapéutica con sulfona y rifampicina".

Los temas principales fueron Epidemiología y Control, Lepra experimental, Clínica, Microbiología, Inmunología, Aspecto Social, Terapéutica y Rehabilitación. En lepra experimental hubo 25 comunicaciones sobre todo en Inoculaciones en armadillos y en Inmunología 67 comunicaciones.

XIV Congreso Internacional. Orlando 1993.

El Congreso tuvo lugar en el hotel Buenavista Palace, participando 97 países y 893 representantes, siendo la más amplia la de la India con 143, presentándose 800 trabajos.

Los temas fueron microbiología, inmunología, epidemiología, patología, control y erradicación, lepra experimental, clínica, oftalmología, quimioterapia, formación y sesiones de posters.

En microbiología, con 149 trabajos, fueron los más numerosos, los referentes al estudio de la reacción en cadena a la "Polimerasa"; en inmunología hubo 100 comunicaciones, con temas sobre "Citocinas", "Interleucinas", "Factor de necrosis tumoral", "Interferones y células MK" y el "Antígeno lipolípido genómico"; en quimioterapia hubo 82 comunicaciones sobre todo en quimioterapia clásica y nuevos esquemas



Figura 9. Río De Janeiro. Drs. Orusco, Terencio, Oliete, Contreras, Padre Carsi y Ambles.

con minociclina, ofloxacina y claritromicina; personalmente presentamos los trabajos en posters sobre la “Reacción en cadena a la Polimerasa” y sobre “Las reacciones tóxicas a la rifampicina” y una comunicación oral sobre “Recaídas en la lepra” (Figura 10). También acudió al congreso una importante participación de las diversas asociaciones del ILEP (Confederación Internacional de Asociaciones Contra la Lepra).

XVI Congreso Internacional de Hansenología. Salvador de Bahía 2002.

Tuvo lugar en Salvador de Bahía (Brasil) del 4 al 9 de agosto de 2002 en el Hotel Pestana y fue el segundo Congreso Internacional celebrado en Brasil, país que ha realizado una gran labor para conseguir un mundo sin lepra en los últimos 60 años. El presidente del Congreso fue Virmond, estando



Figura 10. Drs. Terencio, Opromolla, Languillon y Cottenot.



Figura 11. Drs. Terencio, Bechelli, Rotberg, Zulueta, Vázquez, Cordero, Lombardi y Hastings.

la OMS representada por María Neira, el ILA por Yuasa y el ILEP por Terry Vasey, figurando en el comité organizador, Vera de Andrade, Eunice Sarno, Norma Foss, Lombardi, Maria Leide Oliveira.

El haber podido participar en diez de los dieciséis congresos internacionales realizados, me permite afirmar que en Bahía se han batido todos los récords, con 1.600 asistentes, pertenecientes a 76 países que analizaron temas de inmunología, microbiología, patología, diagnóstico precoz, terapéutica, profilaxis, cirugía y cuestiones sociales, que han sido expuesta en workshops, conferencias, estado de arte, foro técnico del ILA, comunicaciones orales y posters. El alto nivel alcanzado se refleja en las 266 comunicaciones y los 765 trabajos en posters, entre estos últimos presentamos nuestra experiencia en la multiterapia y otras comunicaciones entre ellas una sobre la úlcera de Buruli.

Durante el congreso, han tenido lugar importantes reuniones como la del ILA, con su presidente Noorden y la OMS insistió en su programa de alianza global con los gobiernos de los países más endémicos[42].

Este congreso que se celebró en el siglo XXI, 108 años después del primero en Berlín, en el siglo XIX, y tenemos que reconocer que pese a los adelantos obtenidos en el campo terapéutico y su repercusión en la curación de la enfermedad, que ha conducido a la desmitificación en cuanto a concepto de castigo, flagelo y plaga milenaria, pero no se ha alcanzado aún la eliminación de la Hanseniasis, aunque sea evidente la reducción de la prevalencia, pero evidentemente existe un desconcertante e intrigante mantenimiento de la incidencia que implica un desafío más para ganar la batalla final contra la Hanseniasis.



Figura 12. Simposio Micobacteriosis (Málaga 1999). Drs. Briónes, Azulay, Pradineau, Garrido Neves, Terencio y Caligaris.



Figura 13. La Haya. Drs. Terencio, Gatti, Bechelli, Obdulio Rodríguez, Abreu, Opromolla, Languillón, Garrido Neves, Pereira y Talhari.



Figura 14. Hospital Francés. Drs. Terencio, Lechat, Gatti y Dra. Ana Kaminsky.

La lepra siempre ha estado presente en las últimas décadas en todos los congresos Latinoamericanos del CILAD, RADLA y los nacionales de dermatología de los diferentes países; citemos entre otros el V Congreso Sociedad Brasileña de Hansenología (Figura 11), CILAD de Málaga 1999 (Figura 12), Congreso Orlando 1993, La Haya (Figura 13), Foro de Lepra en el Hospital Francés de Buenos Aires 1999 (Figura 14), el RADLA de 2000 en Mar del Plata, el CILAD 2003 en Buenos Aires, el RADLA de Lima en 2004, el pasado noviembre de 2005 el XVI Congreso del CILAD en Cartagena de Indias presidido por Rafael Falabella, que incluyó el Simposio "La Lepra Hoy" y recientemente el del CILAD dominicano sobre avances en dermatología.

Publicaciones

Mencionemos algunas de las publicaciones leprológicas en América, muchas de ellas ya desaparecidas.



Figura 15. II Curso Internacional San José de Costa Rica.

Brasil

Arquivos mineiros de Leprologia, Publicação do centro estudos leprologicos (1976), Hanseníase. Gobierno del Estado de São Paulo (1975), Universidad Federal de Paraná RN Miranda, Boletín servicio nacional de lepra, Hansenología Internacional -que sigue publicándose-.

Argentina

Temas de Leprología del Patronato de la República Argentina, Temas de Leprología Biblioteca Doctor Enrique Fidanza, Leprología argentina, XII Jornadas argentinas de leprología. 25 años (1979), Revista leproológica argentina.

Otros países

Revista de Sifiliografía, Leprología y Dermatología (Cuba), International Journal of Leprosy (USA) -de actual publicación-, The Star (Carville, USA), Medicina Cutánea, órgano oficial del Colegio Iberolatinoamericano de Dermatología.

Libros

Entre los libros, citemos: Tratado brasileño de leprología, Bechelli, Rotberg y Maurano (1945), Lepra tuberculoide, Souza Lima y Souza Campos (1947). Historia de la lepra en el Brasil Souza Araujo (1948). El síndrome neural en la lepra Bressani Silva (1951), Nociones de Hansenología Diltor Opromolla (2000), Guía de control de la Hanseníase Ministerio de Saude (1994), La atención integral del paciente de lepra Nelly C. Piña, María Ortiz, José Gómez (1990), La maladie de Hansen en Haiti Claude Pean (1988), Manual de Leprología Gatti, Cardama, Baliña, Wilkinson (1961), Atlas de leprología Orestes Dínez (1960), Manual de lepra Huberto Bogaert y Zino Castellazi (1985), Hanseníase Lenita B. Lorena -Fiocruz- (1945), Leprosy, Hastings (1990), Hanseníase



Figura 16. Nicaragua. Exploración de convivientes.

Alda Py Velloso y Vera Andrade (2000), Hanseníase Sinesio Talhari (1997), Cirurgia reparadora e Reabilitação em Hanseníase Duerksen y Virmond (1997).

No podemos olvidar la labor de las asociaciones benéficas ya citadas así como del ILEP, fundado en 1967 y que entre sus múltiples proyectos figuran varios países americanos como Brasil, Paraguay, Argentina, Centroamérica, y sobre todo las asociaciones Cardinal Leger, Lepra, American Leprosy Mission, Orden de Malta, Fontilles, Damian Foundation, DAHW, etc.

Conclusiones

Hemos realizado un recorrido histórico por los países americanos y las opiniones de un nutrido grupo de expertos, sobre todo latinoamericanos, nos llevan a considerar la no existencia de la lepra autóctona antes del descubrimiento y colonización. Y también hemos expuesto las medidas sanitarias en estos países y los numerosos centros de asistencia, destacando después el hecho más importante que es la implantación de la multiterapia desde 1982 que ha conseguido la curación de 14 millones de enfermos, reducir la prevalencia un 94,4% y un 32,1% la incidencia, pasando de 122 países endémicos a los 9 que hay actualmente.

En la tabla 1 se expone la situación mundial donde América ocupa el tercer lugar.

En cuanto a la distribución de la endemia, Brasil ocupa el primer lugar en América y el segundo en el mundo y es uno de los nueve países en los que no se ha conseguido aún, la eliminación (Tabla 2)

En 1991 la OMS fijó la fecha de la eliminación en el año 2000 y posteriormente en 1999, en la III Conferencia de Abidján (Costa de Marfil) lo trasladó al 2005, fecha en la que tampoco vamos a alcanzar la ansiada meta. Por ello, la OMS, ha programado la estrategia para el período

2006-2010 en que la multiterapia seguirá siendo la piedra angular, con ciertas modificaciones en cuanto a tiempo de tratamiento que lo acorta de 24 a 12 meses en los multibacilares, criterio no compartido por ILEP y algunos leprólogos. Además, insiste en el diagnóstico precoz, educación de la comunidad, prevención de discapacidades y rehabilitación, física y social, y sobre todo en la integración en los Servicios Generales de Salud.

Pero el camino a recorrer no es fácil y la coincidencia de la geografía de la enfermedad con las áreas de la pobreza, injusticia social y subdesarrollo, van a dificultar el conseguir en los próximos años un mundo sin Lepra.

Tabla 1.

Regiones OMS	Prevalencia 2005	Casos detectados 2004
África	47.596 (0,66)	46.918 (6,5)
Américas	36.877 (0,42)	52.662 (6,0)
Asia (Sureste)	186.182 (1,14)	298.603 (18,3)
Mediterráneo Oriental	5.398 (0,12)	3.392 (0,7)
Pacífico Occidental	10.010 (0,06)	6.216 (0,4)
Total	286.063	407.791

Tabla 2.

Américas	Prevalencia	Indicencia
Argentina	977 (0,3)	448 (1,2)
Brasil	79.908 (4,6)	49.206 (28,6)
Bolivia	16 (0,2)	123 (1,4)
Colombia	1.731 (0,4)	632 (1,5)
Costa Rica	2 (0,0)	20 (0,5)
Cuba	266 (0,2)	251 (2,2)
República Dominicana	299 (0,3)	212 (2,5)
El Salvador	3 (0,0)	3 (0,0)
Guayana	91 (1,0)	53 (6,1)
Honduras	9 (0,0)	1 (0,0)
Jamaica	11 80,09	5 (0,2)
México	1.011 (0,1)	267 (0,3)
Paraguay	537 (0,9)	523 (9,3)
Santa Lucía	16 (1,0)	7 (4,5)
Surinam	34 (0,8)	51 (12,2)
Trinidad y Tobago	56 (0,4)	29 (2,2)
Uruguay	13 (0,0)	6 (0,2)
Venezuela	1.528 (0,6)	598 (2,4)
Total	86.652	52.453

año, pero que continua su programa de control para mantener estos importantes logros y conseguir la erradicación.

Estados Unidos

No se conocía la enfermedad en los Indios americanos antes de la llegada de los primeros colonizadores españoles y en 1770 había enfermos en Nueva Orleáns, lo que motivó que en 1776 el gobernador español de Louisiana, Antonio de Ulloa, fundara un lazareto para enfermos en Balize en el delta del Mississippi a 18 millas de Nueva Orleáns que pronto fue destruido por un huracán; y en 1785 se fundó otro hospital para blancos y negros que fue inaugurado en el norte de la ciudad y conocido como “La terre des Lepereaux”.

El otro foco importante fueron los esclavos africanos pero pese al gran número de ellos, no fueron muchos los casos de contagio, atribuyéndose también el origen a los Acedianos, colonizadores franceses obligados por razones religiosas a abandonar Canadá, emigrando muchos a Louisiana donde se les llamaba “cajuns” y se les consideraba como fuente de infección. Posteriormente también los trabajadores chinos incrementaron los casos y en el siglo XIX los escandinavos enfermos, sobre todo de Noruega, en el alto Mississippi, Wyoming, Iowa y Minnesota, y también en Charleston se diagnosticó una mujer de origen hebreo-alemán, visitando en 1888 Hansen estos focos noruegos.

En 1891 se creó el “State Board of the Leper home” presidido por Isadore Dyer, autoridad sobre la materia en aquella época y el 30 de abril de 1896, los enfermos son trasladados a una hacienda a 70 millas al norte de Nueva Orleáns junto al Mississippi, la “Indian Camp Plantation”, donde ingresan los 7 primeros casos, que posteriormente se llamaría Carville, y a partir de 1921 pasa a depender de los hospitales de la marina, asumiendo la responsabilidad la USA Public Health Service; y haciéndose cargo de la asistencia las monjas de San Vicente de Paúl y en 1924 había 211 enfermos, 64 de otros países.

El hospital de Carville, también llamado Gillis W. Long Hansen’s Disease Center, alcanza en 1930 una hospitalización de 400 pacientes procedentes de diversos estados y países, sobre todo México, y se convierte en uno de los más importantes centros para la investigación en Terapéutica, Rehabilitación y Docencia del mundo, publicando a partir de 1941 la revista “The Star” cuyo fundador y primer editor fue un ex enfermo con el pseudónimo de Stanley Stein con trabajos y noticias, publicando el libro “Alone no longer”, que continúa con otros editores como Louis Boudreaux y Faria, ya fallecidos, siguiendo su publicación hasta la actualidad. Otros libros escritos son “Milagro en Carville” por Betty Morton en 1959 y el mismo año, “Walk alone” por Perry Burgess.

Uno de los hechos más importantes fue la aplicación por Guy Faget[35] en 1941 del Promin en 23 enfermos, la primera medicación curativa en la historia de la Terapéutica de la enfermedad utilizándose posteriormente otras sulfonas como Diasone, Sulphetrone y Dapsona. Igualmente destaquemos los estudios en Lepra experimental realizados por Storrs y Kircheimer con la inoculación del *Micobacterium leprae* en el armadillo de 9 bandas (*Dasypus novemcinctus*) y otras inoculaciones en ratones, ratas, aparte de múltiples estudios de histopatología, microbiología e inmunología.

Durante estos últimos 50 años, citemos directores como Trautman, Jacobson y Duffi, e investigadores como Hastings, hermana Hilary Ross, Job, Paul y Margaret Brand, Prabakharan y otros. Desde 1989 como en los demás centros leprológicos y colonias-sanatorio, el éxito de la MTT, el tratamiento ambulatorio y la disminución de pacientes lo ha convertido en un museo, permaneciendo sólo algunos casos de ex enfermos longevos por motivos sociales. Y trasladándose la parte científica, tecnológica y administrativa a la vecina Universidad de Baton Rouge, coordinada con unos 10 centros de referencia en diversos estados.

En 1985 se celebró en Baton Rouge el II Congreso de Hansenología de países endémicos cuyo presidente fue Hastings, organizado por el Colegio de Hansenología cuyo presidente era Azulay, participando todo el personal médico de Carville con su director Jacobson, siendo el número de participantes de 160, nueve de ellos españoles (Figura 8), pertenecientes a veinticinco países y la sesión “Aspectos clínicos y clasificación” tuvo lugar en el Hospital de Carville eligiéndose el lugar del próximo Congreso, España que organizamos en Alicante en diciembre de 1990.

Otros importantes descubrimientos son la inoculación del ML en la almohadilla plantar del ratón por Shephard en Atlanta en 1960, así como los trabajos de Wayne Meyers en el Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas de Washington, con el descubrimiento de Lepra espontánea en un mono mangabey (*Cercocebus atis*) y la posterior inoculación con éxito a otros primates de la misma raza e igualmente los hallazgos de Walsh en armadillos silvestres de Louisiana.

También históricamente había casos de Lepra en el estado de Massachussets en 1862 y principios del siglo XX que fueron internados posteriormente en un hospital de la isla de Penikese, situada en Buzzard’s Bay, que funcionó hasta marzo de 1921 en que los trece enfermos residentes fueron trasladados a Carville[36].

Entre las ONGs que más han colaborado con Carville están la American Leprosy Mision con sede en Greenville en Carolina del Sur, e IDEA (Integrity, Dignity, Economy, Advancement) fundada 1994 que tiene como fin promocionar la integración y una vida digna para todos los seres humanos reuniendo a varios ex enfermos de Carville y que realiza una

Bibliografía

1. Terencio de las Aguas J. Lecciones de leprología 1973. Editorial Doménech.
2. Terencio de las Aguas J. Historia de la lepra. Rev. Fontilles 1999;13:20-34.
3. Virchow R Die von Aufgefundenen Krankhaften. Dorstellungen an alt Peruanischen . Fhonfiguren. Lepra Conferenze vol.II, p, 79- Berlin 1897.
4. Ovráñanos, D. Lepra en Méjico 1891.
5. Lehmann Nitsche, R. 1898 "Ha existido la lepra en la América precolombina". Congreso científico latinoamericano Ciencias Médicas, p. 98.
6. Souza Araujo H. Historia de la lepra en Brasil, Vol I,2-15. Inpreña nacional 1946. Rio de Janeiro.
7. Terencio de las Aguas, J. Lepra, situación actual (I). Monografías dermatológicas XIII, 4, 2000, 274-279.
8. González Prendes A. Historia de la Lepra en Cuba. Edit. Museo Historico de las Ciencias Médicas. Carlos J. Finlay. La Habana 1963.
9. Terencio de las Aguas J. Viaje a Cuba. Rev. Fontilles 1998;11:501-5.
10. Lucio R, Alvarado I. Opúsculo sobre el mal de san Lázaro o elefanciasis de los griegos. México D.F. 1847.
11. Saúl M. Rafael Lucio, vida y su obra. México DF. 1991
12. González Urueña. Historia de la lepra en México. El Ateneo. Buenos Aires 1941.
13. Latapí F, Chévez Zamora A. La lepra manchada de Lucio. Estudio inicial clínico e histopatológico. Dermatología mexicana 1978; 22:101-7.
14. Terencio de las Aguas J. Lepra de Lucio y eritema necrotizante. Rev Int Derm Dermocosm 2003;6:142-51.
15. Terencio de las Aguas, J. Viaje a México. Rev Fontilles 1987;13:127-30.
16. Guerra Mejías JS. Historia de la lepra en Guatemala. Edit. Impresos Industriales Guatemala. Noviembre 1973.
17. Convit J, González CL, Ras E. Estudio sobre la lepra en el grupo étnico alemán de la colonia Tovar. Int J Leprosy 17:411-14.
18. Contreras, F. y Miquel, R. Historia de la lepra en España. Madrid 1973. Gráficas Hergón, 94-113.
19. Guillot, C.F. Sobre el origen de la lepra en América Rev Arg Dermosifiliogr 1947;31: 103.
20. Pesce, M. La lepra en el Perú precolombino. Rev Bras Leprol 1951;15:227-35.
21. Moreno Toral E, López Díaz MT. The influence of saint Lazaro Hospital of Sevilla in the creation and management of the "lazareto hospitals" in the Americas. Int J Leprosy 1997;65:252-6.
22. Maurano F. Historia da lepra no Brasil e sua distribuição geográfica. Ministerio de Educação e Saude. Rio de Janeiro 1944.
23. Souza Araujo H. Historia de la lepra en Brasil, Vol I, 16-24 Edit. Inpreña nacional. Rio de Janeiro 1946.
24. Souza Araujo H. Historia de la lepra en Brasil, Vol II, 35-43 Edit. Inpreña nacional. Rio de Janeiro 1948.
25. Terencio de las Aguas J. El origen de la lepra en América y su situación actual. Rev. Fontilles 1989;132:157-63.
26. Bechelli L.M. Advances in leprosy control in the last 100 years. Int J Leprosy 1973;41: 285-97.
27. Py Velloso A, Andrade V. Hanseniasis. 2000, 65-81.
28. Alvarenga R, Leguizamón, Frutos V, Walenstein W. XII Congress Int Leprosy New Delhi 1984, 20-5.
29. Terencio de las Aguas J. Treatment of leprosy with rifampicine and isoprodian (L734) Lepr Rev 1975;46:165-8.
30. Baliña, M.L. y Valdés, P. La Lepra en la última década del siglo XX, 11-24. Actualizaciones terapéuticas dermatológicas. Editorial actualizaciones médicas, Buenos Aires 1996.
31. Fliess R. La investigación científica referida a la Lepra. Revisión crítica. II Rev Int Dermatología y cosmética 2003;6:82-91 y 133-41.
32. Sommer B. La lepra en la república argentina. La semana médica n.º 26, 217, junio 1898.
33. Escalada M; Bonano R. La lepra en la República Argentina. Actualizaciones Terapéuticas Dermatológicas 1996;19: 107-11.
34. Fliess E. La Lepra en la historia II. Desarrollo de la Lepra en América. Revista Hospital Baldomero Sommer 1999; 2: 8-20.
35. Faget GH, Pogge RS, Johansen FA, Dinan JT, Prejean BM. The promin treatment of leprosy, a progress report. Public Health Wash 1943;58:1729.
36. Sabine Th. The Penikese Hospital. The Star 1981, Sept-Oct., 10-11. USA.
37. Blackwell S. A singular obsesion Brunswick's leprosy doctor. Int J Leprosy 1993;61:619-27.
38. Boggil AK, Correia JD, Key Stone JS, Kahnck. Leprosy in Toronto; an analysyn of 184 imported cases. Canadian Med Assn J 2004;170:55-9.
39. Terencio de las Aguas J. Lepra, pasado, presente y futuro. Generalitat Valenciana. 1999.
40. Terencio de las Aguas J. V Congreso de Leprología La Habana 1948. Rev. Lepr. Fontilles 1994; 6:599-602.
41. Terencio de las Aguas J. Centenario Congresos Internacionales de Lepra. Rev. Fontilles 1997 11:175-194
42. Terencio de las Aguas J. XVI Congreso Internacional de Hanseniasis. Rev. Int. Dermatol Dermocosm 2002;5:371-2.
43. Terencio de las Aguas J. III Curso internacional de leprología. Costa Rica 1997. Rev. Fontilles 1997;11:5-10.
44. Terencio de las Aguas, J. Actividades de la lucha contra la lepra en Nicaragua. Rev. Fontilles 1996;19:1045-50.