

CAPÍTULO XIX

LA HANSENOLOGÍA ENTRE 1923 Y 1973

1. LA HANSENOLOGÍA EN EL MUNDO ENTRE 1923 Y 1973

1.1 EN INMUNOLOGÍA

El panorama se abre con la figura ilustre de Kensuke Mitsuda, quien desde 1916 venía trabajando en la obtención de un antígeno que permitiera conocer los fenómenos de resistencia en lepra y clasificar así la variedad de formas clínicas que se presentaban al observador. No pudiéndose cultivar al *Mycobacterium leprae* se tropezaba con grandes dificultades por lo que Mitsuda extraía el bacilo de los mismos pacientes, extirpándoles los lepromas más suculentos que se encontraban fácilmente en aquellos años donde el tratamiento no era efectivo a plenitud. Estos lepromas eran triturados, emulsionados, esterilizados por el calor y conservados en ácido fénico. El antígeno así obtenido fue denominado «lepromina» y su procedencia era pues «ex vivo». Al contener todos los elementos tisulares del leproma más los bacilos, se le llamó «lepromina integral», que era el antígeno original de Mitsuda. Posteriormente se prepararon leprominas proteicas, filtrada, bacilar, etc.

Es así que entre los años 1916 a 1923 Mitsuda estudia las reacciones cutáneas producidas por la introducción de este antígeno en los hansenianos. Presenta sus resultados al II Congreso Internacional de Lepra de Estrasburgo en su trabajo primigenio *Los leprosos máculo anestésicos por una parte, los tuberosos por otra parte se comportan diferentemente a continuación de una inoculación de emulsión de tubérculos leprosos.*

La reacción cutánea producida por la inoculación del antígeno se conoce desde entonces como «reacción de Mitsuda» y su lectura es tardía, 4 a 6 semanas después de la inoculación. Posteriormente, en 1949, J.M.M. Fernández, de la Argentina, describiría la reacción precoz de lectura a las 48 horas, pero que tiene una interpretación de hipersensibilidad a la proteína del bacilo de Hansen. En cambio, la reacción de Mitsuda es aceptada como reacción de inmunidad, pues bien probó su descubridor que eran lepromino positivos los enfermos de lepra tuberculoides de buen pronóstico y daban positividad variable: 50% de casos positivos y 50% de casos negativos los enfermos de lepra indeterminada. No se describía aún la cuarta forma clínica, la lepra dimorfa que posee las características de las formas L y T simultáneamente y cuya reacción de Mitsuda es casi siempre negativa. Eran lepromino negativos los enfermos de lepra Lepromatosa de mal pronóstico.

Los estudios de Mitsuda han quedado como un pilar sólido en el edificio de la Hansenología.

1.2 CLASIFICACIÓN

Otro avance ha sido en relación a la clasificación de la enfermedad en la que el Perú ha contribuido decisivamente.

A base de la clínica se trató de ordenar las diferentes formas de la enfermedad conocidas hasta entonces como «casos cutáneos», «casos neurales», máculo-anestésico, tuberoso, etc.

Un primer intento y con el conocimiento ya de la reacción de Mitsuda, se efectuó en el Congreso de El Cairo en 1938. Pero la escuela sudamericana con sus líderes Perú, Argentina y Brasil, no

satisfecha con aquella clasificación, se reúne en la II Conferencia Panamericana de Lepra en Rio de Janeiro, 1946. Decisiva participación tuvieron en esta conferencia los delegados Pesce del Perú, Fernández, Schujman y Basombrío de la Argentina, y Souza Campos, Souza Lima, Agrícola y Rabello del Brasil. Se lanza entonces la Clasificación Sudamericana de Lepra que cataloga los enfermos de Hansen en Lepromatosos (L), Tuberculoides (T) e incharacterísticos (I). Comienza a mencionarse la forma limítrofe o «bordeline» de los norteamericanos, la actual lepra dimorfa, pero sin ser incluida aún en la Clasificación Sudamericana.

Esta clasificación obtiene la aceptación mundial en el V Congreso Internacional de Lepra de La Habana en 1948 y es ratificado en el VI reunido en 1953 en Madrid con el agregado de la lepra dimorfa (D).

1.3 TERAPÉUTICA

Desde tiempo inmemorial se empleaba tratamientos sintomáticos de los más variados casi todos aparentados a los antilúéticos. En 1923 estaba en boga ya el aceite de Chaulmoogra, cuyas inyecciones sumamente dolorosas fueron sin embargo un tratamiento específico de la enfermedad.

Corresponde el mérito a Guy Faget, de Carville (Louisiana), descubrir los efectos beneficiosos del Promin, un derivado de los diamino-difenil sulfonas. Estas drogas, perfeccionadas hasta obtenerse el núcleo puro (DDS), han resultado hasta la fecha las mejores para el tratamiento de la enfermedad, produciendo la curación de los pacientes en regímenes terapéuticos de larga duración pero no por eso menos efectivos.

Ahora se abren nuevas perspectivas con el uso de las sulfonas. El ejemplo del «DADDS» (diacetil diamino difenil-sulfona) el que en dosis de 225 mgr. por vía parenteral cada 77 días ha dado buenos resultados después de cuatro años de observación en Nueva Guinea. Si bien no es un medicamento nuevo y superior al DDS por vía oral, su ventaja radica en que se puede conocer que el enfermo recibe oportuna y regularmente su medicación

En la actualidad se está poniendo en boga la Rifampicina que tiene una acción bactericida más rápida que muchos otros compuestos estudiados. Su alto precio aún limita su empleo, pero aquí se abre una perspectiva prometedora. Y no olvidemos la clofazimina con la cual se completa el tratamiento triple de la enfermedad.

1.4 CONTROL DE LA HANSENIASIS

En 1923 y hasta muy avanzada la década del 60 el internamiento y la segregación compulsoria de los pacientes era el dogma que se mantenía desde la antigüedad. Cada país que tenía la endemia se apresuraba a construir sus leprocomios, que eran verdaderos asilos-colonias donde el paciente era recluido a veces de por vida.

Esta doctrina sufrió un duro golpe en el Congreso de Madrid de 1953, donde se aceptó oficialmente una nueva estructuración de la lucha antileprosa pasando "la reclusión a ser una medida complementaria".

En la actualidad la lucha contra la enfermedad se basa en los siguientes postulados:

- 1) Búsqueda de enfermos
- 2) Diagnóstico precoz
- 3) Tratamiento ambulatorio de larga duración, reservándose la hospitalización en salas de medicina general y por corto tiempo para los casos agudos.
- 4) Prevención biológica con el BCG
- 5) Quimioprofilaxis con DDS y control de contactos
- 6) Formación de personal profesional y auxiliar
- 7) Educación sanitaria del paciente y comunidad en general
- 8) Rehabilitación física y social del paciente.

Dentro de estos postulados hemos mencionado la protección biológica conferida por el BCG. Las primeras observaciones a este respecto fueron efectuadas por Fernández de Argentina en 1938, cuando estudió comparativamente la reacción de Mitsuda al igual que la reacción tuberculínica y en los sujetos sanos previamente

tuberculino y lepromino negativos.

Conociéndose ya que la reacción de Mitsuda positiva era trasunto de inmunidad relativa antileprosa, se dedujo que el BCG al positivizar dicha reacción, inducía resistencia contra la enfermedad. Se inició desde entonces una serie de trabajos comprobatorios en ese sentido e inclusive una encuesta efectuada por la OMS en Birmania y Uganda desde 1964 cuyos resultados son en principio contradictorios desde el punto de vista estadístico.

1.5 ÚLTIMOS AVANCES

Los últimos avances inciden fundamentalmente en la patogenia de la enfermedad, la Bacteriología, la Inmunología y en el tratamiento de las reacciones leprosas.

En la patogenia, los estudios de Wedell y colaboradores demuestran que cualquiera que sea la puerta de entrada del *M. leprae* al organismo, éste es transportado por vía sanguínea a los nervios sensitivos y que las células de Schwann de estos nervios son los primeramente atacados.

En Inmunología, ciencia de avance prodigioso, los estudios actuales demuestran que los enfermos tuberculoides tienen linfocitos circulantes sensibilizados capaces de activar los macrófagos y actuar con los antígenos del *M. leprae*. En los enfermos lepromatosos esta inmunidad celular de base, específica, es deficiente a pesar de que la reacción de anticuerpos circulantes es muy grande. Estos estudios inmunológicos en la enfermedad de Hansen, lo que en otra época hacía decir a Rich que «era el terreno prohibido del médico práctico», abren nuevas perspectivas para el tratamiento de la enfermedad con un mejor conocimiento de su patogenia.

Ya la Inmunología está dando su aporte a la terapéutica. Al conocerse que en la mayoría de personas expuestas, los linfocitos desencadenan una reacción de inmunidad en cuanto el bacilo penetra en una célula del organismo yugulando la infección, se está experimentando con la inyección de linfocitos de una persona sana lo que podría desencadenar la reacción de inmunidad en el enfermo

de lepra lepromatosa.

En Bacteriología, Shepard ha demostrado que la inyección del bacilo de Hansen en la almohadilla palmar del ratón ocasiona un tipo característico de proliferación. De aquí ha nacido una serie de estudios bacteriológicos tendientes a cultivar el *Mycobacterium leprae* con inoculaciones experimentales en animales tales como el armadillo.

En el tratamiento de la reacción leprosa, tan penosa para los pacientes de tipo L y cuya duración era bastante larga en otra época, se dispone en la actualidad de la Thalidomida, que ha producido un cambio fundamental en el aspecto clínico de esta fase aguda de la enfermedad. Finalmente, los esfuerzos de A. Rotberg, del Brasil, para eliminar del vocabulario médico la palabra «lepra», «leproso», etc., están rindiendo frutos. Es de uso casi generalizado en la actualidad denominar la enfermedad como «Hanseniasis» o «Enfermedad de Hansen» y al paciente «Hanseniano».

2. LA HANSENOLOGÍA EN EL PERÚ EN LOS ÚLTIMOS 50 AÑOS

Por el año 1923 los conocimientos de esta enfermedad se reducían a la clínica y a algunos informes epidemiológicos.

Teníamos lepra en nuestra Costa, en especial en Lima, desde la llegada de los españoles y los enfermos se internaban en el hospital de Guía creado para infectocontagiosos en 1916. Este año se había dictado la Ley de Declaración Obligatoria de Enfermedades Transmisibles dentro de la que estaba incluida la lepra. Se desconocía el foco de Apurímac y ya se había señalado la enfermedad en nuestra Amazonía, donde ingresó procedente de Brasil en los primeros años del presente siglo. Los grandes médicos de la época como Odriozola, Voto Bernales, Gonzalo Carbajal, Monge, Paz Soldán y otros, se habían ocupado del aspecto clínico señalándola en Lima o en la Amazonía como curiosidades clínicas.

La Ley Nº 5020 del 28 de enero de 1925 dispuso la creación de una leprosería en San Pablo, 300 km aguas abajo de Iquitos. Este asilo comenzó a funcionar el 15 de mayo de 1926 reemplazando al primitivo construido en Isla Padre, frente a Iquitos en 1906, reconstruido en 1914 y desafectado en 1917.

En Apurímac el primer caso tratado lo fue por el Dr. Carlos Bush, en Abancay en 1927, pero investigaciones retrospectivas permiten señalar el primer caso apurimeño en el período 1885-1889.

Es en Apurímac donde se inicia verdaderamente el avance de la Leprología en el Perú con la tesonera labor del maestro Hugo Pesce, quien desde 1937 traza el mapa epidemiológico del departamento, describe los primeros casos de lepra en la provincia de Andahuaylas y consigue que el Ministerio de Salud organice la Campaña Antileprosa de Andahuaylas por Resolución Suprema de 14 de diciembre de 1937, elevada en 1940 a Servicio Antileproso de Apurímac. Desde estos años y hasta 1969, que se produce su deceso, los progresos de la Leprología en el Perú se confunden con la obra inmarcesible del maestro Pesce.

En 1944 se crea el Servicio Nacional Antileproso con sus servicios regionales de la Costa (SALCA), de la Selva (SALNO), y de Apurímac (SALA). Este Servicio fue después Departamento de Lepra y, posteriormente, División de Lepra con las características de programa vertical a comando central. Con las reorganizaciones sucesivas del Ministerio de Salud, la División de Lepra con otros programas se integró a la Dirección de Normas y Supervisión, donde a partir de 1967 se diferenció el Programa de Control de la Lepra y la Tuberculosis dentro de la Sección de Epidemiología, permaneciendo en esta situación hasta el presente como una dependencia de la Dirección General de Programas de Salud, estando la ejecución del programa a cargo de las Zonas de Salud que tienen el daño lepra como problema de salud.

Reseñamos más adelante, minuciosamente, la labor del profesor Pesce entre los años 1937 a 1969. Bástenos decir que organizó la lucha antileprosa en el país bajo el modelo clásico de dispensarios, internamiento obligatorio, control estricto de pacientes y contactos, estudio profundo de la epidemiología de la dolencia en el país y capacitación de personal a través de la docencia, habiendo llegado a formar un equipo de unos 20 leprólogos, los que, posteriormente y por diversas razones, tuvieron que orientarse a otras actividades; contribución decisiva en la actual clasificación de la lepra, etc.

Los criterios modernos de control del Mal de Hansen han condicionado que progresivamente los leprocomios de San Pablo en Loreto, de Huambo en Apurímac y de Guía en Lima, disminuyan progresivamente su población hanseniana dependiente del establecimiento. Solamente se alojan en el «hospital» los inválidos. Huambo está desahogado y Guía se cae en ruinas con 23 a 25 pacientes que progresivamente van saliendo del establecimiento. Hay el proyecto de la construcción de un local nuevo anexo a un hospital de la ciudad para internamiento de los casos agudos procedentes de provincias y diagnosticados en Lima y para fines de investigación y docencia. Este proyecto es una necesidad sentida y debe cristalizarse a la brevedad. Es así que con la ayuda de la Orden de Malta nació el Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Privada Cayetano Heredia denominado Alexander Von Humboldt, que tuvo como primer jefe al recordado Hugo Lumbreras Cruz.

Pero, paralelamente a la obra mencionada, sería injusto no decir que dentro o fuera de la organización oficial otros profesionales peruanos han contribuido al conocimiento de esta enfermedad en nuestro país. Así, Celso Arellano en 1940 prepara por primera vez la lepromina integral entre nosotros. Campos Rey de Castro, entre los años 1947-1949, prepara su lepromina bacilar «ex cadavere» extraída del hígado y bazo de lepromatosos fallecidos. Kuczynski-Godard crea en 1941 el primer dispensario antileproso en Iquitos, Ponce de León trabaja en nuestra Amazonía por esos años. Numerosos trabajos de tesis y publicaciones de Acosta, Aguilar, Alosilla, Beltrán, Boluarte, Bresani, Cotlear, Chávez Pastor, De la Fuente M., Hermoza, Lara Limo, Molina, Montoya F., Montoya O., Noria, Oyarce, C. Palacios, Plaza Roca, Rey Sánchez, Sigall, Urquiza y nosotros mismos y alguno que se nos escape, pusieron al día aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos, de profilaxis y de asistencia social del Mal de Hansen. Y, sin olvidar a los de la generación 1920-40, como Valdizán, Fraser, Llanos, Jiménez, Seijas, Cuervo, Rebagliati, Montes, Estrella Ruiz, Pinedo.

En 1971, cuando aún dirigíamos el Programa de Control de la Lepra y la Tuberculosis a nivel nacional, se realiza en Pucallpa el

I Seminario de Lepra «Hugo Pesce». En esta conferencia se efectuó una revisión de los conocimientos hasta la fecha y se fijaron las normas para el diagnóstico, tratamiento, control y rehabilitación física de los hansenianos. Se comprobó que la enfermedad sigue en constante aumento en nuestra Amazonía, por lo que se hacía urgente una rehabilitación de la lucha antileprosa en nuestro país.

Felizmente el Plan Bienal de Salud 1973-1974 prevé la expansión de los servicios preventivos asistenciales a la Selva. Además, el Plan General de desarrollo del Oriente, en pleno proceso de implementación, llevará una gran cantidad de recursos humanos, materiales e instalaciones a nuestra Amazonía.

Asimismo, la regionalización del país en zonas de influencia académicas aprobadas por Resolución Suprema de 15 de marzo de 1972 y los convenios posteriores firmados por el ministerio de Salud con las universidades, permitirán que éstas ejecuten acciones asistenciales, de docencia y de investigación en todo el país y en particular en la Amazonía para lo relativo a las enfermedades tropicales. También están previstos y aprobados por el Seminario Regional de Pucallpa la continuación de estas actividades con fines de evaluación de la lucha antihanseniana. Se ha señalado la ciudad de Tarapoto como sede del segundo Seminario y la de Andahuaylas como sede del tercero. Estos seminarios se realizaron en su fecha fijada.

Finalmente, como ayuda social, no debemos dejar de mencionar la prestada por el Patronato Antileproso de Damas, el que hace unos 25 años brinda valiosa ayuda material y espiritual a los hansenianos de todo el mundo.