
Multiterapia de la Hanseniasis en Europa

Dr. José Terencio de las Aguas
Sanatorio Fontilles - Espanha

INTRODUCCION

La enfermedad de Hansen es una afección milenaria cuyo origen se confunde con la misma historia de la Humanidad, observándose en India y China 600 años antes de JC y también en Egipto e Israel, de donde se extendió a toda Europa y posteriormente al continente americano, siendo considerada desde los tiempos más remotos como una plaga mítica, que ha despertado siempre un atávico temor, no siendo sólo un problema de salud pública, sino también problema social y económico por su evidente relación con la pobreza y el subdesarrollo.

Su conocimiento científico se inicia a mediados del siglo XIX en Noruega por la escuela de Danielssen y Boeck, maestros de Hansen el descubridor del bacilo y este importante hecho supuso el inicio de las investigaciones para esclarecer su epidemiología, el contagio y encontrar una Terapéutica eficaz que no se consiguió hasta el descubrimiento por Faget en 1941 de la eficacia de las Sulfonas.

Según las estadísticas de la OMS de 1997 hay en Europa 732 casos de Hanseniasis y se tratan con Multiterapia el 99,2% de ellos. En España según las estadísticas de 1997 hay 343 enfermos que necesitan vigilancia y tratamiento y 149 con discapacidades con un índice de prevalencia de 0,01 x 10.000.

Como en otros países la enfermedad está repartida desigualmente y la mayoría de pacientes están en las regiones del Sur (Andalucía) y este (Valencia), El número de nuevos casos por año en los últimos cinco años ha sido

de 52 y en 1996 se diagnosticaron 11 nuevos pacientes.

En España hemos pasado como en otros países de la incurabilidad de la enfermedad de Hansen a la etapa de la Monoterapia a partir de 1944 en que se utilizó en Fontilles por primera vez las Sulfonas (Promín) y posteriormente la Clofazimina (1970) y la Rifampicina (1971).

La multiterapia la iniciamos en 1972 con Rifampicina e Isoprodian después de varias reuniones en el Instituto Borstel cercano a Hamburgo, asociación medicamentosa que se experimentó en la isla de Malta, Paraguay y otros Países.

Posteriormente iniciamos otras multiterapias, asociando Rifampicina con Clofazimina y Dapsona y desde 1982 utilizamos los esquemas de la OMS.

Hanseniasis Multibacilar (MB)

- Rifampicina 600 mg. una vez al mes supervisada.
 - Dapsona 100 mg. día.
 - Clofazimina 50 mg. día y 300 mg. una vez al mes.
- Duración del tratamiento 2 años.

Hanseniasis Paucibacilar (PB)

- Rifampicina 600 mg. una vez al mes supervisada.
 - Dapsona 50 mg. día.
- Duración del tratamiento 6 meses.

Consideramos que la Clofazimina es una droga muy importante, buen bacteriostático y posee acción antiinflamatoria y antirrecidiva inhibiendo la proliferación de polimorfonucleares y junto al DDS destruyen los bacilos resistentes a la Rifampicina.

Dosificación en niños

Hanseniasis multibacilar.

EDAD	DDS	RIFAMPICINA	CLOFAZIMINA	CLOFAZIMINA
Hasta 5 años	25 mg	150-300 mg	50mg	100mg
de 5 a 14 años	50-100 mg	300-450 mg	100 mg	100-400 mg
de 15 años o más	100 mg	600 mg	100 mg	300 mg

Hanseniasis paucibacilar.

EDAD	DAPSONA	RIFAMPICINA
Hasta 5 años	25 mg	150-300 mg
de 5 a 14 años	50-100 mg	300-450 mg
de 15 años o más	100 mg	600 mg

La OMS después de la Reunión de expertos de Junio de 1997 recomienda en la MB el mismo esquema pero reducido a 12 meses.

La tolerancia de la multiterapia es buena en general, la DDS es bien tolerada excepto alguna Anemia hipocrómica siendo excepcional Anemias Hemolíticas y agranulocitosis. La Clofazimina tiene como acción colateral la pigmentación y un estado ictiosiforme de la piel que desaparece a los pocos meses de suprimirla y sólo las alteraciones intestinales con dosis de 300 ó 400 mg. al día.

La Rifampicina es necesario controlar periódicamente la función hepática por aumento de las Transaminasas y la insuficiencia renal aguda y Trombocitopenia, que se presentan más en la administración intermitente semanal o cada 15 días.

Aparte de estas tres drogas de primera línea contamos actualmente con el **OFLOXACINO** que inhibe la DNA girasa bacteriana, enzima esencial para la bacteria y tiene una gran capacidad de difusión intracelular y extracelular, lo que es muy útil en infecciones crónicas de localización endomacrofágica, eliminándose por vía urinaria.

La dosis diaria es de 400 mg. día y las acciones colaterales se pueden observar a nivel de las articulaciones y tendones.

Otra medicación eficaz es la **CLARITROMICINA**, que es un macrólido que inhibe la síntesis proteica bacteriana uniéndose a la subunidad 50 S de los ribosomas.

La dosis es de 500 mg/día y es bactericida.

MINOCICLINA es otro antibiótico eficaz, más bactericida que la Claritromicina y Clofazimina, inhibe la síntesis proteica por acción sobre la subunidad 30 S de los ribosomas.

La dosis es de 100 mg/día y tiene capacidad de solubilidad en los lípidos. Puede dar pigmentación dentaria y vértigo.

Estas medicaciones se pueden utilizar siempre asociadas, así por ejemplo en los casos de rechazo a la Clofazimina o Dapsona se emplea:

- Rifampicina 600 mg/mes
- Ofloxacino 400 mg/dfa
- Minocilina 100 mg/dfa

Los enfermos con lesiones únicas son frecuentes en la India un 60%, en Malawi un 30% y en otros países. En España es poco frecuente pacientes con lesión única, habiendo

diagnosticado un caso recientemente.

En estos casos se recomienda dosis única con este esquema (ROM):

Rifampicina 600 mg.

- Ofloxacino 400 mg..

- Minocidina 100 mg.

En nuestra experiencia con los esquemas clásicos de la OMS no encontramos en los MB a los 2 años de aplicación, negativización más que en un 40 a 50% de los pacientes y nuestra práctica es de mantener la Multiterapia hasta la desaparición de bacilos sólidos.

También coinciden otros especialistas como JAMET y JIBAONG que en los MB con índices bacteriológicos de 3 a 4 cruces es necesario prolongar más tiempo el tratamiento.

CONCLUSIONES

Del punto de vista de las recaídas, la nuestra experiencia con la multiterapia es muy buena. Tuvimos solamente una recaída en 228 enfermos tratados. De otro lado con la monoterapia por la sulfona, tenemos una estadística de 31 casos alrededor de 400 pacientes en que las recaídas ocurrieron en 8 casos tras 6 a 10 años, en 10 después de 10 a 15 años, en 9 tras 15 a 20 años, en 3 después de 20 a 30 años, y en 1 paciente tras 30 años, o con más precisión 32 años. A pesar de esto, esos resultados no invalidan la importancia de la sulfona que tuvo, continúa teniendo y siempre tendrá un papel relevante en el tratamiento de la lepra.

Cuanto la duración y frecuencia de la vigilancia de nuestros pacientes leproso, para los paucibacilares nosotros hacemos exámenes clínicos una vez al año, durante 2 años y examen bacilosκόpico si hubiere lesiones sospechas de ser lesiones activas. En los multibacilares son realizados exámenes clínicos y bacteriológicos, una vez al año, durante 5 años como mínimo.

En nuestra experiencia, los pacientes prefieren ese control, principalmente aquellos que se acuerdan de la lepra como un terrible flagelo milenar. Ellos quieren continuar con algún tratamiento sulfónico y la vigilancia una o dos veces al año, y veces más.

El futuro de la lepra está: a) en la

investigación inmunológica; b) en la integración en atención primaria de salud, sobretodo en los países endémicos e hiperendémicos; c) en medicaciones más activas; d) en una vacuna eficaz, que hasta ahora no apareció; e) en una sueroterapia para infecciones subclínicas que hasta ahora nos es una maravilla, mismo con el glicolípido fenólico (PGL -1); pero esperamos sin embargo, que la reacción en cadena de la polimerase (PCR) sea más eficaz, porque solamente un único bacilo puede ser detectado por esa reacción; f) en la prevención de incapacidades y en la rehabilitación física y social.

Consciente de estas necesidades, está el Sanatorio Fontilles en la Provincia de Alicante, en España, que hace 87 años viene dedicándose en la lucha contra esa enfermedad.

Hoy en día, él alberga 110 enfermos en hospitalización permanente, incapacitados y con problemas sociales, y 202 en tratamiento ambulatorio. Realiza investigaciones en las áreas de la sueroterapia, lepra visceral, amiloidose, y actualmente en la reacción en cadena de la polimerase.

Previendo la eliminación de la lepra es muy importante la formación de personal. En ese sentido, el Sanatorio Fontilles tiene se dedicado intensamente, siendo realizado 71 cursos en el hospital, más de 3 cursos en San José de la Costa Rica, en la Centroamérica, y más 1 en la Nicaragua.

El mundo dió un paso gigantesco, en el combate a esa molestia, yendo de segregación para una mayor integración, de la incurabilidad a tener una Multiterapia eficaz, de las leproserías-asilo a conocer un 65% de la genoma de lo bacilo de Hansen y se consiguió una disminución de las casos activos del 56% en relación a 1990 y del 23% en relación a 1993, y la cobertura de la multiperapia en todo el mundo del 71 a 91%.

Pero, a pesar de ya se estar viendo alguna luz en el final del túnel en la lucha contra esa enfermedad que se extiende desde hace 100 años atrás, fecha del primero congreso internacional, hasta ahora, de menos de 1.000 días del nuevo milenio, que es un hito para todo, acreditamos que hay todavía un camino importante a recorrer.

Historicamente, ninguna enfermedad infecciosa fue erradicada solamente con qui-

mioterapia. Por eso debemos buscar, una vacuna eficaz, medicación con dosis únicas o de corta duración, conocer mejor la inmunología de la lepra, y sobretudo resolver el problema social.

El problema social es muy importante. El

hombre deve siempre ayudar a su semejante, pues nadie tiene derecho de ser feliz solo. Es por eso también que los países desarrollados devem hacer más por los países en desarrollo para ellegarse a conseguir el total bienestar físico, social y laboral de los hermanos leprosos.