

Enfermedades emergentes y re-emergentes en el Perú.

Hace unos 25 años, hubo un largo y sostenible optimismo por el control y la derrota de varias enfermedades infecciosas a nivel mundial. Estaba basada en pasos avanzados de alta tecnología en nuevos antimicóticos, antibióticos y vacunas eficientes y seguras.

Sin embargo, en los últimos 10 años, las organizaciones internacionales como la OMS y el CDC, han visto con gran preocupación la reaparición de antiguas enfermedades o la aparición de resistencia a las terapias estándares para algunas enfermedades de importancia por su morbilidad y/o mortalidad. Se ha definido como enfermedad re-emergente aquella que en los últimos 20 años ha reaparecido produciendo un nuevo impacto. El caso más notable que hemos vivido fue la Epidemia del Cólera de 1991, que se extendió por 5 años no sólo en el Perú sino en toda América Latina. La reaparición de *V. cholerae* en la región después de 100 años, produjo un impacto notable en nuestra deteriorada economía de ese momento; sin embargo, el uso racional del conocimiento científico de ese momento sobre esta enfermedad y sobre su causa más importante de muerte, la insuficiencia renal aguda fue manejada con inteligencia y prontitud. La opción de un enfrentamiento de un grave problema de salud, fortaleciendo los vínculos entre las organizaciones populares, como el Club de Madres y el Club del Vaso de Leche y las instituciones proveedoras de salud, permitieron reducir la mortalidad esperada para el Perú de más de 30,000 muertes a menos de 3,000 fallecidos de los 600,000 casos afectados en los primeros 5 años. Esta mortalidad a nivel mundial, menor del 1%, no ha sido superado en la historia de esta enfermedad.

Este impacto positivo asociado al dramático descenso de muerte de niños por diarrea en general, la casi desaparición de la fiebre tifoidea por más de 5 años entre otros fueron los aspectos positivos de esta dramática re-emergencia del Cólera en el Perú.

Otras veces, nuevas tecnologías en el diagnóstico nos permiten cuantificar un problema de salud en la población y además minar los factores de riesgo de enfermedades y/o de morir por una enfermedad. La fasciola hepática es un parásito reconocido en el Valle del Mantaro, a través de la ingesta de verduras de tallo corto como los berros y otros.

En este número, el artículo "Fas2 Elisa y la técnica de sedimentación rápida modificada por Lumbreras en el diagnóstico de la Infección por Fasciola hepática", permite identificar pacientes de Junín; que junto a la zona de Cusco y Puno son 3 áreas endémicas de un parásito que no sólo produce malestar clínico, sino otras veces produce problemas de necesidad quirúrgica y aún septicemia a partir de obstrucción biliar, cuando tenemos tratamiento de alta eficiencia (95% de cura) con dosis única de Triclabendazole (A. Terashima) para curar esta parasitosis.

La resistencia antimicrobiana es un problema aún más creciente. El uso exagerado y abusivo de antibióticos, especialmente de amplio espectro; la automedicación por períodos cortos de antibióticos para infecciones habitualmente virales o leves, el uso inadecuado de antibióticos especialmente en la "supuesta infección" de muchos procedimientos quirúrgicos y ginecológicos que no los requiere; el uso común de antibióticos en animales, etc. han condicionado diversos y graves problemas, como la tasa mundial creciente de resistencia a la penicilina del neumococo y que en el Perú se estima entre 2-8% de resistencia intermedia.

El problema de la resistencia de *Mycobacterium tuberculosis* (TBC-MDR) a la terapia estándar como se ha reconocido en Rusia, Letonia, Lituania y la India; así como en Argentina que tienen cifras mayores al 5%, han obligado a enfatizar que el diagnóstico temprano y el tratamiento directamente observado (DOTS) son las armas más importantes para

reducir esta opción. El Perú con la segunda tasa de infección tuberculosa en la región y un Programa Nacional de Control de Tuberculosis reconocido y premiado por la OMS ha demostrado que en condiciones de países del Tercer Mundo, esta medida debe seguir siendo fortalecida. Sin embargo, la epidemia del SIDA y su relación con tuberculosis, así como la crisis económica que no permite tener cultivos y estudios de resistencia, han mostrado que en el Perú la cifra de 3% o más de TBC-MDR es importante, especialmente en el Cono Norte de Lima donde estimo que es del orden 5-7% pero que llega a 10-15% en pacientes con SIDA. Entonces se reconoce la necesidad de hacer una nueva estrategia para este nuevo problema como el de diagnóstico temprano de MDR y la terapia adecuada (DOTS PLUS) con drogas apropiadas, según los estudios de sensibilidad, sea por un esquema estandarizado o un esquema individualizado pero que se inicie temprano en la evolución del paciente con TBC-MDR.

Esta resistencia antimicrobiana, también afecta a los hongos como la candidiasis en pacientes con SIDA o con neutropenia. La cándida se está haciendo resistente a los azoles, por su uso indiscriminado, seleccionando cepas de cándida no-albicans (*glabratta* y *tropicalis*, etc.).

En el área parasitaria, en el Perú donde hay más de 200,000 casos de Malaria y en algunas zonas el 40% de ellos son por *P. Falciparum*, parásito que fue reconocido en toda la Amazonía, tiene una resistencia de más de 60% a Cloroquina y entre 30-50% de resistencia a (Fansidar. Estas condiciones nos obligan a buscar nuevos esquemas, más costosos y con nuevos efectos adversos.

Los cambios ecológicos han permitido observar cambios en la epidemiología de algunas enfermedades como la bartonellosis que apareció en el Cusco de manera nueva, presentando los nativos cusqueños formas clínicas (anemia severa), como si fueran “viajeros no inmunes”. La tecnología molecular permitirá avanzar en los estudios de esta enfermedad peruana, como lo señala César Henríquez y colaboradores en su artículo “Identificación de *Bartonella bacilliformis* por métodos moleculares”, especialmente en nuestra población andina.

Las enfermedades emergentes, se definen como nuevas infecciones descubiertas en los últimos 30 años o enfermedades antiguas, cuyo agente etiológico recién ha sido descubierto. Los factores más importantes reconocidos son:

1. El aumento notable de la población creando Mega-ciudades.
2. Las migraciones nacionales e internacionales asociadas a guerra, crisis económicas, etc.
3. Los cambios ecológicos inducidos por el hombre como la deforestación de la amazonía.
4. Los viajes internacionales y la oportunidad de moverse de lugares aislados a ciudades en tiempos tan cortos; ahora en menos de un día se puede viajar de un lugar remoto de Africa a Londres o de un lugar aislado de la amazonía a Nueva York.
5. El cambio en las costumbres sexuales y comportamiento sexual de todas las culturas y religiones.
6. La tecnología nueva de alimento y el consumo de productos, con potencial de transmitir enfermedades nuevas.

Para iniciar un breve recuento de las Enfermedades Emergentes, lo podemos hacer reconociendo que de las últimas 50 enfermedades nuevas, un número importante se han descubierto o estudiado en América Latina. En nuestro país, la descripción original del Dr. J. Naranjo G.- del Dpto. de Microbiología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia-sobre la existencia de un “criptosporidium gigante” y la confirmación de un nuevo parásito por Ynés Ortega y colaboradores ha puesto el nombre de este parásito como *Cyclospora cayetanensis* en honor a nuestra Universidad. Este agente reconocido de manera importante en pacientes con SIDA o niños malnutridos, es realmente agente nuevo.

La presencia del SIDA con todo su impacto a nivel internacional y también en nuestro país, se ha reconocido que tiene 20 años de su descubrimiento pero ya se convirtió en uno de los 3 agentes infecciosos que producen más muertes anuales, especialmente en el Tercer Mundo. Su importancia en el Perú es de tal magnitud que sería necesario otra editorial.

Otro virus, que es el primer retrovirus que se aisló en 1980 en el curso de “epidemia” de leucemia en el Sur del Japón y en pacientes con linfoma en USA, es reconocido como el HTLV-1. Este virus produce infección permanente (“eterna”) y está presente en el Perú, básicamente por la migración de población africana en la época del tráfico de esclavos hace más de 400 años y que permitió llevar este virus a diversas zonas del Perú; una segunda migración corresponde a población japonesa ubicada en el Perú sólo hace 100 años.

Esta infección, endémica en nuestro país, se asocia a 3 problemas:

1. Asociación con Paraparesia espástica tropical, donde nuestro país tiene más allá de 15 estudios, inicialmente conducidos por L. Trelles. Nosotros tenemos más de 170 pacientes detectados en los últimos 12 años.
2. Asociación con Linfoma/Leucemia de Célula T (ATLL) reconocido en el Perú como una causa importante en linfomas no Hodgkin. El 10% de pacientes con Linfoma/No Hodgkin tienen HTLV I.
3. Inmunodepresión que produce formas severas de strongyloidiasis, de acarosis (“Sarna noruega”), micosis superficial severa, onicomycosis, etc.

En la publicación de O. Guerra y colaboradores, “Botriomicosis y strongyloidiasis intestinal en un paciente con infección por HTLV-I: Reporte de un caso”, se enfatiza la asociación de HTLV-I con strongyloidiasis. El conocimiento de esta asociación y la terapia oportuna permite evitar la forma de diseminación. Así mismo, permite observar una nueva presentación por inmunodepresión del HTLV-I.

Otras enfermedades nuevas son temidas por su alta mortalidad, aunque el potencial de generar una gran epidemia es muy remota, tal como el Ebola en Africa y las enfermedades meníngeas en América Latina, así como el Virus Guanarito de Venezuela. La Amazonía se convierte en reservorio de potenciales infecciones provenientes de animales silvestres; un caso estudiado es el impacto de la deforestación de la amazonía con cambios ecológicos que creó condiciones de crecimiento de número de casos de arbovirus en Loreto (Oropuche, Mayaro y otros). Otros cambios hicieron visible las infecciones por Hantavirus descubierto en las reservas indias del Sur de USA pero ahora, detectado en Chile y Argentina.

Nuevas tecnologías alimenticias, también han generado nuevos problemas: las infecciones por E. coli enterohemorrágica 0156, producto de síndrome Urémico-Hemolítico en niños, ha sido reconocido como una causa importante en el consumo de hamburguesas de centros de “consumo de comida rápida”. Esta condición ha sido señalado en Lima pero su impacto mayor se ha visto en Buenos Aires y Santiago de Chile. La década de los 90 se vio afectada por la epidemia de la Encefalopatía bovina spongiforme (“de las vacas locas”) en Europa, produciendo una nueva enfermedad con un nuevo tipo de partícula: los prion.

Finalmente, las nuevas amebas de vida libre que se encuentran en aguas contaminadas (ríos, acequias, lagunas, etc.) producen ocasionales muertes por invasión del SNC. En el Perú, se tiene la más larga experiencia con la especie recién descrita en 1990: *Balamuthia mandrillaris*. Más de 55 casos probables han sido detectados en los últimos 10 años, con una mortalidad casi del 100%. Estos casos provienen de Lima, Piura e Ica. Recientemente, estamos encontrando una opción terapéutica interesante para esta mortal condición.

En resumen, las enfermedades re-emergentes y emergentes son de gran importancia para el país. Las instituciones de salud, los centros académicos, los centros de investigación, etc, deben trabajar coordinadamente creando una vigilancia adecuada, un diagnóstico temprano y una prevención satisfactoria. La coordinación debe ser nacional e internacional ya que la globalización de las Enfermedades Infecciosas, así lo exige.

Gotuzzo Herencia Eduardo *

* Profesor Principal Dpto. de Medicina, Facultad de Medicina Alberto Hurtado. Director del Instituto de Medicina Tropical “Alexander von Humboldt”. Universidad Peruana Cayetano Heredia.