

## Venezuelan Tegumentary Leishmaniasis

Ivan A. Lobo Quintero.

Instituto Experimental "José Witremundo Torrealba". NURR-ULA, Trujillo, Venezuela.

Un hecho muy grato nos convoca el día de hoy. Se trata de la "presentación" para el mundo académico regional de un libro "Leishmaniasis Tegumentaria Venezolana: 3 Ecoparadigmas", con autoría de una apreciada persona muy conocida para nosotros, se trata de la doctora Elina María Rojas Moreno. Publicación hecha por ADE: Editorial Académica Española, por decisión de la Deutsche National Bibliothek y enumerado en la Deutsche National Bibliografie, con datos bibliográficos detallados disponibles por internet en: <http://dnb.d-nb.de> en el año 2011. En donde se detalla el contenido de la "Tesis Doctoral" de la citada ciudadana, en la Universidad de Los Andes de Mérida, Venezuela.

Nos alegra y nos enorgullece que Elina sea la autora de un texto que ayude al conocimiento de esta enfermedad deformante de tegumentos y mucosas, en nuestra patria. Dentro del segmento intertropical del continente americano. El hecho que haya sido acogida como soporte bibliográfico de la Biblioteca Nacional Alemana, quien ordena su publicación, demuestra la veracidad de los criterios allí expresados.

A lo largo de sus líneas, se hace una exposición sencilla, del conocimiento histórico de esta enfermedad, que data del año 1900 en Venezuela. En el territorio nacional nuestro estado ocupa una superficie de 7.400 km<sup>2</sup> y de acuerdo al último censo poblacional, Trujillo aparece con 598.000 habitantes, de los cuales sólo un 37% están ubicados en medio rural. El resto se concentra en las tres ciudades importantes: Valera, Trujillo, Boconó y diferentes poblaciones. Los demás habitantes diseminados en los grupos humanos ubicados en su territorio, en el que existen 233 comunidades con poblaciones menores de 1.000 habitantes.

De los casos atendidos en el Consultorio Médico "Dr. José Witremundo Torrealba", 82% son aportados por la ciudad de Trujillo, provenientes de los estratos sociales D y E. De estos el 95% son producidos por la *Leishmania brazillensis* y a grosso modo puede decirse que los casos tratados con medicamentos subcutáneos, han tenido mejor evolución que los tratados oralmente. Sigue siendo temible la aparición de la lesión mucosa, y no hay certidumbre de su cura definitiva. Los vectores viven en amplias cotas entre 790 - 1.300 mts sobre el nivel del mar, de pie de monte,

estos Phlebotominae (flebotomos) **Lu youngi y Lu ovallesi**, los más frecuentes, tienen ciclos de vida que en mucho dependen de las épocas de lluvia. Es una endemia ubicada en las áreas sociales de menores recursos, ligada a parámetros climáticos y biogeográficos de estas regiones intertropicales, de los que en Venezuela se les miró con otros ojos desde la creación del Ministerio de Sanidad en 1936; con el doctor Enrique Tejera al frente y el Dr. Arnoldo Gabaldón en la Dirección de Malariología. Félix Pifano en 1940 realiza la identificación del agente etiológico y utiliza los antimoniales en su tratamiento. En 1956 la división de Dermatología Sanitaria inicia el registro de la enfermedad y su distribución geográfica, acumulándose unos 14.000 casos hasta 1977. Desde entonces se reportan 2.000 casos por año en el país, con altas tasas de endemicidad en algunas áreas. Para 1960 y años sucesivos, un nuevo elemento humano comienza a ser portador de la enfermedad: los subversivos sujetos de la guerrilla. Se apertura el uso del Glucantime con controles sanitarios. El conocimiento taxonómico del parásito, la identificación de reservorios silvestres y la busca de una vacuna, apremia la tecnología de punta a aplicarse, en la solución de este problema de salud pública. Con el correr de los párrafos, nos dice la autora: "nos preocupa que siendo la Leishmaniasis dolencia con una distribución similar a la Malaria, Chagas o Bilharziosis no haya recibido la misma atención en cuanto a recursos humanos y técnicos para combatirla". Reconoce la autora que estas dolencias tienen una estadística menos abultada que la que presenta la malaria con cifras altas de morbi-mortalidad. Todos estos factores obligaron al Dr. José Vicente Scorza a movilizarse con su proyecto investigativo, que llevó a la creación del centro de investigaciones "Dr. José Witremundo Torrealba", destinado primordialmente al estudio de esta enfermedad. quienes pudimos darnos cuenta de la importancia de esta decisión para la población trujillana y venezolana en general, ayudamos en cuanto pudimos a convertir la idea en realidad aquí en la ciudad de Trujillo, con la anuencia del Ministerio de Sanidad y el apoyo de la Universidad de Los Andes. El Centro de Investigaciones ha sido base para cursos sucesivos de postgrado nacionales e internacionales en la especialidad de "Protozoología" y otras derivaciones clínicas. Con su Consejo Directivo y sobre todo el trabajo de su gente se logró su transformación

en Instituto Experimental "Dr. José Witremundo Torrealba", que busca un presupuesto razonable por parte de la institución matriz: ULA, para cubrir las múltiples facetas que se abren a cada día.

Por otra parte, existe una situación poco consona con el control sanitario respectivo, en cuanto a la disminución de la frecuencia de los "rociados residuales" y "nebulizaciones" en la lucha contra los vectores, más el crecimiento indiscriminado de grupos humanos marginales, circunvecinos a las ciudades y con isotermas mayores de 20°C. Son factores que explican el incremento casuístico de las enfermedades metaxénicas, especialmente en las zonas cafetaleras de los estados Barinas, Táchira, Trujillo, Mérida, Falcón, Lara, Miranda, Yaracuy, Sucre, Anzoátegui y Monagas. Todo esto aunado al bajo poder adquisitivo de nuestros campesinos minifundistas en situación de dispersión rural, más las dificultades técnicas de los esquemas de tratamiento. Nos damos cuenta que estamos ante una nueva realidad sanitaria en la que ha ocurrido un cambio de hábito del vector infectado, hacia la ciudad y dentro de ella, las áreas más necesitadas socioeconómicamente.

En cuanto a los vectores podemos decir que hay más de 110 especies Phlebotominae en Venezuela, que se esconden el parásito en "reservorios" como el hombre, el perro, el burro y animales silvestres difíciles de identificar.

Se sigue luchando férreamente en la búsqueda de una "vacuna" que cure definitivamente la enfermedad, y se sigue utilizando la "Leishmanina", como prueba de sensibilidad, con algunas limitaciones.

En la pág. 26 hay un cuadro con 6 numerales que revelan la situación actual en la lucha contra este morbo:

1. Se ignora el verdadero número de especies y subespecies del parásito, la real distribución geográfica y los reservorios silvestres.
2. No se dispone de datos de morbilidad confiables por carecer de registro nacional.
3. La separación temporal de las lesiones cutáneas y mucosas son tratadas por especialidades diferentes (Dermatología, ORL, Gastro, etc.). Deben ser abordadas conjuntamente.
4. La heterogeneidad inmunológica, lleva al desconocimiento de los mecanismos patógenos de las lesiones mucosas y los grados de virulencia del parásito, subgénero viannia.
5. La "Leishmanina" sigue siendo una herramienta muy útil, pero con limitaciones en casos incipientes.
6. No hay evoluciones precisas sobre la quimioterapia antimonial pentavalente, donde la lesión mucosa es frecuente. % se dispone de criterios específicos de curación".

Durante un lapso de tiempo de 20 años (1982-2002) el Consultorio Clínico

Clínico "Dr. José Witremundo Torrealba", diagnosticó y trató 2.380 casos a razón de 142 por año. El tratamiento promedio es de una duración de 14 semanas por vía oral y preferentemente subcutánea. Cuando hablamos de curación, hablamos de curación clínica: cuando se cura la lesión. Curación parasitaria cuando se produce la desaparición del parásito. Queda como gran interrogante una posible recidiva.

En su libro la autora señala 3 paradigmas:

Primero: afrontar la Leishmaniasis como "enfermedad ocupacional", dado el riesgo que se corre en la zona de cultivo.

Segundo: la *Leishmania brasiliensis* es el agente causal en 95% de los casos. Se le caracteriza por análisis de lesiones en base a número, tipo, ubicación, a xeno diagnóstico y taxonómico por PCR.

Tercero: la respuesta a la quimioterapia se evaluará mediante la comparación entre: tiempo de evolución vs. tiempo de cicatrización, cura clínica, vs. autocuración. Resistencia: a mono o pluriterapia. Efectos colaterales. Reactivaciones. Complicaciones tardías.

Creo que con esta sucinta acometida sobre este delicado tema, cumpla con nuestro mejor deseo porque este libro "Leishmaniasis Tegumentaria Venezolana: 3 ecoparadigmas", pase a ser un texto de consulta obligada por todo aquel que se aproxime a este difícil campo de la investigación sanitaria.