



Vigilancia y control de la enfermedad causada por *Mycobacterium ulcerans* (úlceras de Buruli)

Informe de la Secretaría

1. La úlcera de Buruli es una infección cutánea, de efectos devastadores, causada por *Mycobacterium ulcerans*, un patógeno de la misma familia que los responsables de la tuberculosis y la lepra. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre con éstas, la úlcera de Buruli, que desde el decenio de 1980 se ha propagado de un modo espectacular, es una enfermedad escasamente conocida. Su agente causal tiene características únicas, y aún no se conoce con exactitud su modo de transmisión. No existen pruebas de diagnóstico rápido, la vigilancia y la notificación de casos dejan mucho que desear y los antibióticos apenas surten efecto. Aunque la tasa de mortalidad imputable a la úlcera de Buruli es baja, la enfermedad a menudo tiene consecuencias incapacitantes, y los costos asociados a su tratamiento y rehabilitación son prohibitivos en las zonas más gravemente afectadas. Pese a todos estos obstáculos, se están logrando sólidos avances.

2. A comienzos de 1998, la OMS respondió a la creciente propagación de la enfermedad y su impacto cada vez mayor lanzando la Iniciativa Mundial contra la Úlcera de Buruli, para unir a múltiples asociados en torno a objetivos comunes, estrategias técnicas y principios de acción convenidos. Esta Iniciativa ha permitido reunir, con el respaldo de un grupo de expertos, los conocimientos especializados disponibles en el plano mundial y empezar a movilizar recursos. También en 1998, la OMS organizó la primera Conferencia internacional sobre investigación y control de la úlcera de Buruli. En la Declaración de Yamoussoukro sobre la úlcera de Buruli, adoptada a raíz de la Conferencia, se llama la atención sobre la gravedad de la enfermedad, que constituye un problema emergente de salud pública, y se expresa preocupación por el escaso conocimiento de muchas de sus características. Los participantes en la Conferencia reconocieron el valor de las investigaciones multidisciplinarias, prometieron poner el máximo empeño en vigilar la enfermedad y facilitar medios para su tratamiento temprano, e insistieron en la necesidad de crear alianzas y desarrollar los sistemas de salud.

IMPORTANCIA PARA LA SALUD PÚBLICA

3. La úlcera de Buruli está muy extendida en las regiones tropicales y subtropicales. Se han observado casos en más de 30 países de África, América Latina, Asia y el Pacífico occidental y en Australia, pero la región del África occidental, donde cada año se notifican miles de nuevos casos, es con diferencia la zona más afectada. En algunos países africanos, la úlcera de Buruli ha pasado a ser la segunda enfermedad micobacteriana por orden de prevalencia, después de la tuberculosis. En Côte d'Ivoire, donde se han registrado unos 17 000 casos desde 1978, los afectados representan en algunas aldeas hasta el 16% de la población; en Benin se han notificado 5700 casos desde 1989; y en Ghana, una encuesta nacional realizada en 1999 cifró el número de afectados en 6000, a los que posteriormente se han añadido unos 2800 nuevos

casos. La última notificación del Camerún data de 1977; en esa oportunidad se registraron 47 casos en las regiones de Ayo y Akonolinga. A partir de entonces no se proporcionó ninguna información sobre la enfermedad, lo que hizo suponer que la úlcera de Buruli había desaparecido del Camerún. Veinticuatro años más tarde, en agosto de 2001, una encuesta realizada en esos mismos distritos identificó un total de 428 casos prevalentes. En 2002 y 2003 se registraron 354 nuevos casos en esos dos distritos. En cambio, en las zonas no endémicas de América del Norte y Europa sólo se han notificado unos pocos casos, atribuibles a los viajes internacionales. Dado el relativo desconocimiento de la úlcera de Buruli, a menudo ha habido importantes atrasos en cuanto al diagnóstico y el tratamiento de estos casos.

4. La enfermedad se manifiesta casi siempre en comunidades pobres de zonas rurales remotas. Alrededor del 70% de los afectados son niños menores de 15 años. Los casos se concentran con frecuencia en focos geográficos cercanos a masas de agua, como ríos, lagos o pantanos. Todavía no se conoce con exactitud el modo en que se transmite la enfermedad, pero observaciones recientes hacen pensar que algunos insectos acuáticos participan en el ciclo de transmisión. En cambio, no existe indicio alguno de que pueda haber transmisión de persona a persona. Los factores de riesgo identificados hasta la fecha incluyen: vivir cerca de focos donde la enfermedad es endémica, viajar a zonas endémicas, estar regularmente en contacto con un medio acuático contaminado y sufrir lesiones cutáneas locales.

5. La vigilancia insuficiente y la subnotificación de casos, que probablemente es muy importante, hacen temer que el número de casos sea mucho mayor y su distribución geográfica bastante más amplia de lo que se desprende de los datos oficiales. Dado el escaso conocimiento de la enfermedad entre los profesionales de la salud, muchas veces la úlcera de Buruli no se detecta y el número de casos notificado es inferior al real. Además, se trata de una afección muy estigmatizada, y las creencias culturales sobre sus posibles causas no médicas hacen que las personas afectadas se oculten, guarden silencio y se muestren reacias a acudir al médico.

6. La enfermedad suele comenzar con la aparición de un nódulo indoloro. Si éste se detecta en una fase temprana, basta con una simple extirpación quirúrgica para curar al paciente. En ausencia de tratamiento, el nódulo puede evolucionar hacia una ulceración cutánea masiva que en ocasiones acaba destruyendo huesos y órganos (mamas, ojos, genitales), provocando incapacidad permanente en un 25% de los casos, según las estimaciones. *M. ulcerans* tiene la particularidad de ser la única micobacteria que a medida que prolifera segrega una toxina necrosante que destruye los tejidos y tiene efectos inmunodepresores.¹ La inmunodepresión, a su vez, hace que la enfermedad generalmente avance sin dar señales de alarma, como fiebre o dolor, lo que quizá contribuye a explicar por qué las personas afectadas no se someten a un tratamiento temprano, cuando las posibilidades de curación son elevadas.

7. Las lesiones de la piel suelen ser mucho más frecuentes en las extremidades que en el tronco. Dependiendo de la ubicación y la magnitud de los daños cutáneos y óseos, las personas afectadas pueden ver limitada la movilidad de sus extremidades de modo tal que ya no sean capaces de realizar algunas actividades cotidianas, o pueden padecer otras discapacidades permanentes de mayor gravedad. Incluso si las lesiones cutáneas llegan a curarse, es posible que las deformaciones cicatrizales restrinjan para siempre la movilidad de los miembros.

¹ Véase el párrafo 16.

ELEMENTOS DE CONTROL

8. La detección y el tratamiento tempranos constituyen los pilares de la estrategia de control de la OMS, cuyo objetivo es reducir el sufrimiento, las discapacidades y los perjuicios socioeconómicos provocados por la enfermedad. Entre los demás elementos que la integran, cabe citar la formación de personal de salud para mejorar el diagnóstico, el tratamiento y la notificación de casos, así como la organización de intensas campañas de información pública en las comunidades afectadas a fin de reducir la estigmatización y alentar a la población a acudir sin demora a los servicios de salud. El control exige igualmente la provisión de equipo quirúrgico, medicamentos y suministros médicos para dispensar atención esencial a los pacientes, así como intervenciones de rehabilitación para prevenir y tratar las discapacidades. Por otro lado, como se señala en la Declaración de Yamoussoukro, el mejoramiento del control de esta enfermedad pasa por la prestación, a nivel periférico, de servicios quirúrgicos para el tratamiento de los nódulos y el proceso de ulceración en sus primeras etapas. Todas estas actividades deben ser reforzadas.

9. El diagnóstico se basa principalmente en la evaluación clínica de los síntomas. Hoy por hoy, no existe ninguna prueba diagnóstica sencilla que pueda utilizarse sobre el terreno. Los bacilos acidorresistentes pueden detectarse en frotis tomados de la base necrótica de la úlcera mediante la tinción de Ziehl-Neelsen, pero los laboratorios equipados para realizar procedimientos más complejos, como el cultivo de *M. ulcerans*, la prueba de la reacción en cadena de la polimerasa o estudios histopatológicos, suelen encontrarse en centros de atención terciaria o de investigación situados lejos de las zonas afectadas.

10. Las investigaciones sobre el valor terapéutico potencial de los antibióticos se encuentran aún en una fase inicial. En la actualidad, el tratamiento se basa en intervenciones quirúrgicas, que a menudo comportan exéresis amplias e injertos cutáneos. En casos graves, hay que proceder a la amputación del miembro afectado para salvar la vida del enfermo. La cirugía en la fase nodular y las primeras fases ulcerosas de la enfermedad puede costar entre US\$ 20 y US\$ 30, y sólo requiere una hospitalización corta. Sin embargo, la inmensa mayoría de los casos se detectan demasiado tarde para que baste con una simple cura, y exigen hospitalizaciones prolongadas, generalmente de tres meses o más, lo que contribuye a que el tratamiento tenga un costo desproporcionadamente elevado y perturbe considerablemente la escolarización de los niños y de los adultos. Se calcula que el costo medio del tratamiento de un paciente en fase avanzada de la enfermedad asciende a US\$ 1200 en Côte d'Ivoire, US\$ 780 en Ghana y US\$ 962 en el Togo. En 2003, además de los costos del tratamiento hospitalario, la media de los gastos y las pérdidas de producción de las familias afectadas en Ghana varió de US\$ 34 en los casos de pacientes con un nódulo a US\$ 312 en los casos de pacientes en fase ulcerosa avanzada.

11. En la mayoría de los casos, la prevención o reducción al mínimo de las deformidades por contractura y de las consecuencias incapacitantes requiere cuidados fisioterapéuticos básicos, que incluyen el posicionamiento adecuado del miembro afectado y su pronta movilización por medio de ejercicios y actividades que puedan enseñarse a las familias y que sea posible realizar en el hogar. Las intervenciones rehabilitadoras también son necesarias en caso de discapacidades permanentes, incluidas las amputaciones.

12. En la mayor parte de las zonas endémicas, el acceso a esas intervenciones, tanto en las etapas anteriores como posteriores a la operación, es limitado y el personal quirúrgico capacitado escasea. Por otro lado, la eficacia del tratamiento está supeditada por completo a la disponibilidad de camas de hospital, que en las zonas rurales es extremadamente limitada. Las tasas de recidiva tras el tratamiento quirúrgico oscilan entre el 16% y el 28%, dependiendo de la etapa en que se haya diagnosticado la enfermedad y de la experiencia del médico.

13. La vacunación de los niños con una dosis de BCG puede favorecer una protección inmunitaria, de seis meses de duración, o retrasar la aparición de lesiones. Además, según indicios recientes, parece que la BCG puede conferir cierta protección contra la infección generalizada por *M. ulcerans*, en particular la infección de los huesos.

LOGROS RECIENTES

14. El conocimiento de la úlcera de Buruli es ahora mayor, y los esfuerzos desplegados por los países donde la enfermedad es endémica están produciendo ciertas mejoras en lo que respecta a los servicios quirúrgicos y los laboratorios. En algunas zonas, la vigilancia se está articulando con arreglo a un sistema, ideado para la erradicación de la dracunculosis, que se basa en el adiestramiento de agentes de aldea para la detección temprana de casos. Otra forma de abordar el problema ha sido comenzar a aplicar en relación con la úlcera de Buruli estrategias de educación sanitaria que resultaron eficaces para reducir la estigmatización asociada a la lepra, con miras a modificar la actitud de las personas y alentar a los afectados a acudir al médico en las primeras etapas de la enfermedad.

15. La OMS ha evaluado la carga de morbilidad en determinados países, y ha facilitado asistencia técnica y financiera a algunos de los más afectados, como Benin, Burkina Faso, Camerún, Congo, Côte d'Ivoire, Gabón, Ghana, Guinea, Malawi, Papua Nueva Guinea, República Democrática del Congo, Togo y Uganda, para fortalecer los programas nacionales y capacitar personal local. En vista de la urgente necesidad de mejorar los conocimientos en materia de tratamiento, en 2002 y 2003 se celebraron talleres internacionales sobre la aplicación de procedimientos normalizados, dirigidos a cirujanos francófonos y anglófonos, quienes, a su vez, transmitirían los conocimientos adquiridos a cirujanos y médicos generalistas de su entorno. Con miras a incrementar la sensibilización acerca de la úlcera de Buruli en los países endémicos, la OMS ha distribuido los primeros folletos informativos (en inglés y en francés), destinados a los agentes comunitarios de distrito y de aldea, y así como libros de historietas para los niños, que constituyen el grupo más frecuentemente afectado. Se han elaborado definiciones normalizadas de casos y formularios para la vigilancia y la atención clínica de los pacientes, así como guías ilustradas, con instrucciones paso a paso, para la aplicación de protocolos normalizados de diagnóstico, tratamiento y envío de casos.

16. Dada la urgente necesidad de contar con conocimientos más profundos y nuevos instrumentos de control, el aspecto de la Iniciativa Mundial contra la Úlcera de Buruli relativo a la investigación ha sido particularmente importante. El Grupo consultivo de la OMS sobre la úlcera de Buruli, establecido en 1998, se reúne una vez al año para examinar la situación en materia de control de la enfermedad y asesorar a la Organización sobre posibles medios de intensificar las actividades de control y acelerar las investigaciones de alta prioridad. Se prevé que el proyecto de secuenciación del genoma de *M. ulcerans* quedará completado a comienzos de 2004. En el marco del proyecto ya se han descubierto las instrucciones genéticas para la producción de la micolactona, que es la toxina policetídica responsable de *Mycobacterium ulcerans*. Descubrimientos como éste proporcionan a los investigadores de todo el mundo conocimientos cruciales sobre el agente patógeno y constituyen un recurso inapreciable que acelera el desarrollo de estrategias terapéuticas y de diagnóstico. Se está fomentando la investigación sobre aspectos declarados prioritarios, y se confía en que la aplicación práctica de las propuestas abra las puertas a nuevos investigadores y nuevas ideas.

17. Más de 40 organizaciones no gubernamentales, centros de investigación y fundaciones participan ya en la Iniciativa Mundial contra la Úlcera de Buruli. En colaboración con la Oficina Regional para África, se inició en 2000 una serie de reuniones anuales de gestores de programas y otros expertos nacionales. El

marco de control para el conjunto de África, formulado y adoptado en la primera reunión, se ha ido completando posteriormente con planes estratégicos por países. No obstante, la úlcera de Buruli sigue siendo una enfermedad desatendida, y es mucho lo que debe hacerse en todos los niveles para mejorar las perspectivas en cuanto al control de la enfermedad.

18. En la 113ª reunión del Consejo Ejecutivo los miembros expresaron su preocupación por el inapropiado control de una enfermedad que tiene importantes repercusiones socioeconómicas en las comunidades pobres. En particular, los miembros pidieron a la OMS que estudiara la posibilidad de coordinar y prestar apoyo a las actividades de investigación sobre la úlcera de Buruli, a través del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales. El Consejo adoptó la resolución EB113.R1.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

19. Se invita a la Asamblea de la Salud a examinar el proyecto de resolución que figura en la resolución EB113.R1.

= = =