

Editorial

Tracoma en América Latina: una oportunidad para su eliminación*

El tracoma continúa siendo la principal causa infecciosa de ceguera (1). Causada por *Chlamydia trachomatis*, esta conjuntivitis crónica hace parte de las enfermedades tropicales desatendidas que afectan mundialmente a las comunidades pobres. La Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución para la eliminación de la ceguera por tracoma para el año 2020 (2) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha respaldado esta resolución específica para el tracoma en las Américas.

¿Qué tan grande es la carga del tracoma en las Américas? Es claro que en algún momento el tracoma era un problema de salud pública en todas las Américas y el 80% del presupuesto del *United States Public Health Service* se destinaba a la tamización de esta enfermedad. Sin embargo, la frecuencia del tracoma disminuyó a medida que fue mejorando el estatus socioeconómico de los países y, eventualmente, fue relegado por las autoridades sanitarias, excepto por aquellos que trabajaban con las poblaciones más deprimidas. Ahora, con el nuevo énfasis en las enfermedades tropicales desatendidas y el impulso para eliminar el tracoma, ha surgido una nueva oportunidad de identificar los nichos de la enfermedad y emprender diversas estrategias para su control definitivo.

Hotez *et al.* estiman que 1,1 millones de personas sufren actualmente de tracoma en tres países de Latinoamérica (3). Se cita a Brasil, Guatemala y México como países todavía endémicos, con base en los reportes del 2003. Sin embargo, la identificación de áreas endémicas está lejos de ser completa y la presencia de tracoma en las poblaciones indígenas del Brasil tan sólo quiere decir que es posible que otras poblaciones que recorren la hoya amazónica también se encuentren afectadas por la enfermedad (4). Sabemos que el tracoma es un problema significativo cuando se informa en poblaciones nómadas; este hallazgo se ilustra perfectamente con la falta de control del tracoma en las poblaciones maasii de Tanzania y Kenia, que se mueven libremente entre los dos países.

El artículo de Miller, Gallego y Rodríguez que aparece en este número de *Biomédica* es muy importante (5), puesto que nos señala que el tracoma está presente en la región colombiana del Vaupés. Los autores llevaron a cabo este estudio bajo circunstancias extremas y se les debe felicitar por los esfuerzos hechos. Las imágenes que acompañan al artículo no dejan ningún margen de duda de que el tracoma fue ciertamente un problema en el pasado, como lo indican los casos de triquiasis que se encontraron en estas comunidades. La extensión actual del problema del tracoma activo es menos clara. El diagnóstico clínico de tracoma folicular activo puede ser un factor de confusión cuando la enfermedad tiene baja prevalencia y se le debe diferenciar de otras causas de conjuntivitis folicular, como la conjuntivitis estacional. Aunque la imagen de la inflamación folicular por tracoma es verdaderamente inobjetable, hubiera sido muy útil contar con la confirmación de los casos por medio de pruebas diagnósticas modernas. No obstante, el hallazgo de casos en esta población vulnerable no se puede pasar por alto y hace sonar la alarma sobre la necesidad de emprender acciones futuras para planear una estrategia.

Los autores han informado el uso de la estrategia SAFE, recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el control del tracoma: *Surgery* (cirugía) para la corrección de la triquiasis, *Antibiotics* (antibióticos) para el control de la infección, *Face washing* (lavado de la cara) y *Environmental improvement* (mejoras ambientales) para reducir la transmisión. Además, han concluido que se deben llevar a cabo posteriores estudios confirmatorios. Estamos de acuerdo en el abordaje por fases para el control del tracoma en la situación actual y sugeriríamos lo siguiente como resultado de este estudio:

1. Las autoridades sanitarias locales deben diseñar un plan que ofrezca servicios quirúrgicos para corregir el inminente riesgo de ceguera que surge de la triquiasis. Los enfermos no acudirán por sí mismos, sin saber de los servicios de calidad a los que pueden acceder. Se les debe enseñar a los trabajadores de salud de la población indígena y a los promotores de salud, a buscar los casos de triquiasis y asegurarse de que sean llevados a las instalaciones más cercanas para la cirugía de la triquiasis, y para que cirujanos entrenados y certificados los operen a bajo costo o sin ningún costo.

* Traducción de Carlos Arturo Hernández, Comité Editorial, Biomédica, Bogotá, D.C., Colombia

2. Se debe determinar la carga del tracoma activo en esta región por medio de métodos de encuestas de conglomerados, con el fin de estimar la prevalencia en niños de 0 a 9 años de edad, tal y como lo recomienda la OMS. Se deben confirmar los casos por medio de una prueba diagnóstica que no deje ninguna duda respecto a la causa. Se está adquiriendo más experiencia con dichos métodos en Latinoamérica para el trabajo de las enfermedades tropicales desatendidas y se podrían aplicar fácilmente para el mapeo del tracoma.
3. Como resultado de los hallazgos del mapeo, se podrían determinar las necesidades de control del tracoma para Colombia. Idealmente, incluiría la coordinación de actividades con Brasil y Perú en una colaboración multinacional sin precedentes, para eliminar una enfermedad que causa ceguera en su población.

Existe un compromiso sólido entre la OMS, la OPS y organizaciones no gubernamentales para que las Américas sean la primera región que reporte la eliminación del tracoma. Estudios como éste son fundamentales para empezar a concientizar a la comunidad y para comenzar los esfuerzos para determinar cómo lograr el control del tracoma, con el fin de alcanzar la meta de su eliminación para el año 2020.

Referencias

1. **Mariotti SP, Pascolini D, Rose-nussbaumer J.** Trachoma: global magnitude of a preventable cause of blindness. *Br J Ophthalmol.* 2009;93:563-8. Fecha de consulta: 19 de agosto de 2010. Disponible en: <http://bj.o.bmj.com/content/93/5/563.full.pdf>
2. **World Health Organization.** Global elimination of blinding trachoma. Fifty-first World Health Assembly 1998: Resolution WHA 51.11. Resolution Fecha de consulta: 19 de agosto de 2010. Disponible en: <http://www.who.int/blindness/causes/WHA51.11/en/index.html>.
3. **Hotez PJ, Bottazzi ME, Franco-Paredes C, Ault SK, Roses-Periago M.** The neglected tropical diseases of Latin America and the Caribbean: A review of disease burden and distribution and a roadmap for control and elimination. *PLoS Negl Trop Dis.* 2008;2:e300. Fecha de consulta: 19 de agosto de 2010. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2553488/pdf/pntd.0000300.pdf>.
4. **Cruz AA, Medina NH, Ibrahim MM, Souza RM, Gomes UA, Goncalves GF.** Prevalence of trachoma in a population of the upper Rio Negro basin and risk factors for active disease. *Ophthalmic Epidemiol.* 2008;15:272-8.
5. **Miller H, Gallego G, Rodríguez G.** Clinical evidence of trachoma in Colombian Ameridians, Vaupés Province. *Biomédica.* 2010; 30:432-9.

Sheila West, Beatriz Muñoz
Dana Center for Preventive Ophthalmology
Wilmer Eye Institute
Johns Hopkins University School of Medicine
600 N Broadway
Baltimore, MD USA
shwest@jhmi.edu; bmunoz@jhmi.edu

La doctora West es la profesora El Maghraby de Oftalmología Preventiva y la doctora Muñoz es Profesora Asociada de Oftalmología en el Wilmer Eye Institute. Ellas reconocen el apoyo del *Research to Prevent Blindness* y de la *Bill and Melinda Gates Foundation* para este artículo.