



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**HISTORIA DE LA LEPRO LEPROMATOSA EN
CUENCA-ECUADOR**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO**

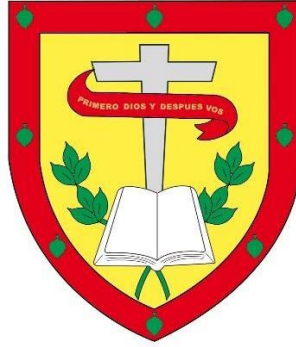
AUTOR: JENNY FERNANDA GALARZA ÁLVAREZ

DIRECTOR: DR. CARLOS ENRIQUE FLORES MONTESINOS

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**HISTORIA DE LA LEPROMATOSA EN
CUENCA-ECUADOR**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: JENNY FERNANDA GALARZA ÁLVAREZ

DIRECTOR: DR. CARLOS ENRIQUE FLORES MONTESINOS

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Jenny Fernanda Galarza Álvarez portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0107370090**. Declaro ser el autor de la obra: "**Historia de la Lepra Lepromatosa en Cuenca-Ecuador**", sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 15 de noviembre del 2024

F:

Fernanda Galarza Álvarez

C.I. 0107370090

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "Historia de la Lepra Lepromatosa en Cuenca-Ecuador" realizado por Jenny Fernanda Galarza Álvarez con documento de identidad No. 0107370090, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 15 de noviembre del 2024

F: 

Dr. Carlos Enrique Flores Montesinos

DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA

Este trabajo fruto de mi dedicación, esfuerzo y constancia va dedicado con mucho amor a mis padres Claudio Galarza y Clotilde Álvarez, que siempre me han apoyado, sembrando en mi la semilla del amor, respeto, responsabilidad y el deseo de triunfar, mostrándome el camino de la superación. En ellos tengo un gran espejo en el cual me quiero reflejar, ellos son mi ejemplo.

A mis hermanas Fabiola y Sandra que mediante sus consejos y apoyo incondicional han motivado mis sueños y esperanzas, gracias a todos ustedes por acompañarme en este largo camino.

En especial quiero dedicar este trabajo a la genialidad de mi profesor, el doctor Andrés Felipe Mercado González, quien no solo fue mi asesor de trabajo de titulación, sino que se convirtió en mi amigo y principal guía a lo largo de esta travesía con sus consejos éticos, morales y profesionales. Por su constante preocupación y dedicación en la superación de sus alumnos, pacientes y amigos. Y por su determinación en la investigación en el campo de la salud.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por darme fuerzas para continuar durante la adversidad, guiarme en el camino de la prudencia y darme sabiduría para mejorar como persona, también a mis padres y hermanos que han sido un pilar de apoyo.

Agradezco a mi director el Dr. Carlos Flores y asesor el Dr. Andrés Mercado, que con su ayuda y guía se ha podido culminar este trabajo ya que en base a su experiencia y sabiduría han sabido direccionar mis conocimientos.

A la vez agradezco a Cecilia del museo de la medicina en Cuenca, a Martha Maldonado y Miriam Montesdeoca de la curia quienes me proporcionaron información relevante para concluir con esta investigación.

RESUMEN

La lepra lepromatosa es la forma más agresiva de lepra, caracterizada por ser multinodular, crónica e infecciosa, causada por la *Mycobacterium leprae*, afectando a piel, nervios periféricos. Fue introducida en el Ecuador con la llegada de los españoles, convirtiéndose en un problema de salud desde ese entonces. La Organización Mundial de la Salud en el año 2000 eliminó a la lepra como problema de salud; sin embargo, en el año 2013 y 2014 en el Ecuador se registraron 144 casos y en el 2021 se reportaron 51 casos. En 1493 la lepra se introdujo en el Ecuador con la llegada de los españoles y en Azuay aproximadamente en 1822 a través de las tropas de Popayán y Magdalena, pertenecientes al ejército libertador, siendo Perezpata el primer leprocomio fundado en Cuenca en 1816 y posteriormente en 1886 el leprocomio Mariano Estrella. Dentro de los tratamientos usados, el aceite de chaulmoogra, fue uno de los tratamientos mayormente utilizados para la lepra. Esta es una enfermedad olvidada, a causa de sus nuevos tratamientos y métodos diagnósticos, actualmente no se han documentado casos nuevos de lepra en Cuenca, por lo que el leprocomio Mariano Estrella se convirtió en centro de salud por la falta de pacientes. Se realizó una búsqueda bibliográfica física y digital en las bibliotecas de Cuenca, archivos históricos, Museo de la Medicina, Hospital Mariano Estrella en busca de información relevante

Palabras clave: bacilo de Hansen; leprocomios, lepra lepromatosa; lepra paucibacilar.

ABSTRACT

Lepromatous is the most aggressive form of leprosy, characterized by being multinodular, chronic, and infectious, caused by *Mycobacterium leprae*, affecting the skin and peripheral nerves. It was introduced in Ecuador with the arrival of the Spanish and has become a health problem since then. The World Health Organization eliminated leprosy as a health issue in 2000; however, in 2013 and 2014, Ecuador registered 144 cases, and in 2021, 51 cases were reported. Leprosy was introduced in Ecuador in 1493 with the arrival of the Spanish and approximately in the province of Azuay around 1822 through the troops from Popayán and Magdalena, belonging to the liberating army, with Perezpata being the first leprosarium founded in Cuenca in 1816, and later, in 1886, the Mariano Estrella leprosarium. Among the treatments used, chaulmoogra oil was one of the most commonly used treatments. This is a forgotten disease, and due to its new handlings and diagnostic methods, no new cases of leprosy have been documented in Cuenca, which is why the Mariano Estrella leprosarium became a health center due to the lack of patients. In search of relevant information, a search for physical and digital literature resources was conducted in the libraries of Cuenca, historical archives, the Museum of Medicine, and the Mariano Estrella Hospital.

Keywords: Hansen's bacillus; leprosariums; lepromatous leprosy; paucibacillary leprosy.

ÍNDICE

RESUMEN.....	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	10
MÉTODOLOGÍA	12
DESARROLLO DEL TRABAJO.....	13
CONCLUSIONES	23
BIBLIOGRAFÍA.....	24
GLOSARIO.....	27

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de lepra en varios países latinoamericanos durante el siglo XVII estuvo en su mayor pico, sin embargo, posteriormente con la división territorial y la consolidación de la república del Ecuador, el 24 de mayo de 1822 (1), se empieza a describir y tener datos de la lepra en el país, no obstante, se le ha prestado poca atención a la epidemiología de la lepra (2). En Ecuador, se tiene registros de esta patología desde que los primeros colonizadores españoles introdujeron la lepra, la cual se distribuyó por todo el país, creando diferentes focos epidemiológicos; por esta razón se realizaron múltiples estudios con el fin de determinar la magnitud de este problema, pero no todos los estudios tuvieron buena acogida (3).

En Ecuador, Quito fue la ciudad que más enfermos acogió con esta patología, seguida de Cuenca y Guayaquil, sin embargo, debido a la poca importancia de contabilizar los casos de lepra, no se puede establecer un número exacto de enfermos, sin embargo, registros permitieron cuantificar los años de mayor impacto, determinándose que Quito fue la ciudad más afectada por la lepra (3).

Las personas que adolecían esta patología sufrían drásticos cambios físicos como despigmentación de la piel, eritema, superficies nodulares grandes y visibles, en diferentes partes del cuerpo como rostro, extremidades y tronco, llamadas lepromas, acompañado de alopecia de las cejas y caída de las pestañas (4).

La descamación de la piel conllevaba a la formación de úlceras o pústulas, provocando una reacción predominantemente de segregación por parte de la sociedad hacia las personas que sufrían de esta patología (5); el daño de los nervios periféricos provocaba anestesia en las partes lesionadas, causando incapacidad del individuo, estas manifestaciones físicas causaban gran impacto entre las personas que no la padecían generando posturas de estigma y rechazo (6).

Por otra parte, los mismos enfermos al verse con un aspecto tan nefasto sumado a ello el rechazo social y familiar, generaba un daño psicológico severo, por lo cual los enfermos buscaban una cura que resuelva su aspecto físico y así poder ser reinsertados en la sociedad y núcleo familiar (7,8), sin embargo, en aquellos tiempos en Cuenca se tenía la creencia que si un leproso se bañaba o lavaba sus lesiones con sangre preferentemente de niños podrían sanarse, este es un relato que se transmitía verbalmente de generación en generación, por lo que no existe una documentación que lo respalde, debido a esto nace la inquietud de saber si realmente existieron asesinatos a sangre fría en nombre de la curación de la lepra.

La presencia de condiciones higiénicas precarias, la falta de educación básica de la enfermedad que circulaba en el momento, las creencias religiosas, los conceptos y actitudes médicas a más de las sociales de la época, causó que las personas afectadas por esta enfermedad hayan sufrido rechazo social, discriminación, abuso, siendo forzados a vivir y morir en el abandono, lo que condujo a que la sociedad estigmatice a quienes eran víctimas de esta condición, trayendo consigo fuertes presiones sociales en las autoridades de turno para que inicien la creación de centros de tratamiento, más tarde llamados leprocomios, creándose así en Cuenca el “Leprocomio Mariano Estrella”, donde eran aislados para recibir el tratamiento adecuado según los criterios de ese tiempo, pero la realidad es que dichos establecimientos se convirtieron en una cárcel para los pacientes, ya que los encerraban, de manera que eran estrictamente controlados, evitando que mantengan contacto con personas sanas (6).

Por consiguiente, estas personas fueron buscados, perseguidos y retenidos contra su voluntad, obligados a estar en un lugar de por vida, siendo condenados a la soledad, destierro de su entorno social y familiar, marginados por una condición médica, esto llevo a que aumenten las esperanzas de los enfermos por encontrar la famosa cura, lo que provocó que los pacientes se escaparan del leprocomio (9), esto lleva a preguntarnos ¿Quiénes en realidad eran las víctimas? ¿el pueblo atemorizado por lo desconocido? o ¿los leprosos condenados a un aislamiento de por vida?

En virtud de lo expuesto se genera la duda de saber si los pacientes se curaron y llegaron a ser dados de alta o simplemente el leprocomio Mariano Estrella fue su casa, y tumba para estas personas de una enfermedad llena de misticismo, temor y rechazo.

En la actualidad dentro de nuestro país todavía se reportan casos de lepra, pero para la mayor parte de los ecuatorianos este tema dejó de ser de interés, porque un gran porcentaje de la población no vivió lo que hace varias décadas atrás padecieron nuestros familiares. Un pueblo sin memoria carece de identidad y al no recordar el pasado implicaría volver a cometer los mismos errores, es decir, estamos condenados a replicar acciones erradas, impulsadas por el desconocimiento y el miedo a una situación nueva, por lo tanto, es fundamental conocer lo que pasó con los pacientes de lepra para que, en un futuro donde se presente un acontecimiento similar, estemos preparados, sepamos discernir lo humano de lo inhumano y de esta manera tomar las mejores decisiones.

MÉTODOLOGÍA

La presente revisión bibliográfica narrativa con enfoque histórico se realizó en el periodo comprendido entre agosto del 2022 a mayo del 2023. Se emplearon métodos teóricos: histórico-lógico con el fin de conocer el origen, evolución y desarrollo de la lepra.

Se realizó una búsqueda de archivos históricos, tanto físicos y digitales en las bibliotecas de Cuenca, Museo de la Medicina, el Hospital Mariano Estrella (antiguo leprocomio), se revisó libros, boletines, revistas y diferentes bases de datos digitales de diferentes años que aportaron información relevante para describir la historia de la lepra en Cuenca, Ecuador. Se excluyeron todas las bibliografías que no aportaron información de la lepra en Cuenca, documentos incompletos, citas que no tengan autor y artículos sin acceso gratuito.

La búsqueda en las bases de datos digitales se realizó mediante las palabras claves obtenidas de los Medical Subject Headings (MeSh) que fueron “lepromatous leprosy”; “paucibacillary leprosy”; “Hansen's bacillus”; “leprocomyosis”.

Las fuentes bibliográficas utilizadas fueron verificadas de forma individual, se realizó un análisis de cada título, resumen y resultados, de esta manera se llevó a cabo una selección más individualizada de cada fuente, mismas que están acordes al tema de investigación y cumple con los criterios de elegibilidad.

Finalmente se analizó cada una de las bibliografías y se recopiló datos de fuentes directas que llevaron al desarrollo del artículo

DESARROLLO DEL TRABAJO

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica transmisible causada por el *Mycobacterium leprae*, esta bacteria fue descubierta en 1873 por Gerhard Armauer Hansen (10), es por ello que también se le conoce como enfermedad de Hansen, hansenosis, mal del lázaro (11), elefantiasis (debido a que la hipertrofia de la dermis y subdermis se asemeja a la piel de un elefante), lepra leonina, leontiasis (12) o bíblicamente conocida como Zazaath (13).

Esta patología se puede clasificar histológicamente según el número de lesiones como: paucibacilar de lesión única, paucibacilar de dos a cinco lesiones y multibacilar que son más de cinco lesiones, por otra parte, también se puede clasificar a la lepra según la gravedad en lepra tuberculoide, limítrofe y lepromatosa, siendo esta última la más grave (14).

La palabra lepra nace de raíces griegas, que significa “escama” y “pelar”, y traducida al hebreo es conocida como Zazaath, y se cree que fue utilizada para designar a diferentes patologías y no fue exclusivo de lepra (15). El nombre del “mal de lázaro” o “mal de San Lázaro”, según algunos historiadores, se deriva de la formación del Hospital de San Lázaro en Europa, que acogía a personas afectadas de hansenosis, nombre que fue difundido durante las Cruzadas, además, estas ayudaron a diseminar esta enfermedad. Por otro lado, se cree que la denominación del “Mal de San Lázaro” es en honor a la isla San Lázaro, ubicada en el Golfo de Venecia, ya que fue ahí donde se reportó uno de los primeros casos de lepra en el continente europeo (16).

Una de las formas clínicas más agresivas de la lepra es la lepromatosa, caracteriza por ser multinodular ya que no solo afecta a la piel y nervios periféricos (*imagen 1*), sino que en su forma maligna compromete las mucosas, ojos, vías respiratorias y órganos viscerales, causando lesiones irreversibles tanto internas como externas, estas últimas dan un aspecto visualmente grotesco a quienes la padecen (17).

Imagen 1: Facie lepromatosa

Imagen 1: Foto de persona con secuelas de lepra, ceguera del segmento anterior del ojo derecho y deformaciones faciales.

Fuente: Museo de la Medicina Cuenca-Ecuador

Es una enfermedad muy antigua que se remonta a varios siglos antes de Cristo, presenta una distribución a nivel mundial, existiendo una mayor prevalencia en países en vías de desarrollo, ya que la hansenosis según diversas fuentes, se desarrolla en condiciones socioeconómicas bajas como: la insalubridad, problemas de desnutrición, bajo nivel de escolaridad y el hacinamiento, por estas causas según varios analistas y registros bibliográficos es que a la lepra se le considera como un mal de pobreza (14,18).

Según Edmundo Blum, en su investigación publicada por el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, menciona que esta enfermedad se introdujo en el Ecuador con la llegada de los españoles a América aproximadamente el 24 de septiembre de 1493 (3), y por el flujo de esclavos negros procedentes de Angola, el Congo y Mali. Posteriormente, la misma población empezó a describir esta patología desde los últimos cuatro siglos, en diferentes zonas geográficas, con énfasis en Quito, Cuenca y Guayaquil, ciudades que presentaban el mayor foco epidemiológico (19).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la lepra fue descartada como un problema de salud pública en el año 2000 (19), no obstante, durante los últimos 20 años se han registrado al menos 16 millones de casos (20), sobre todo en continentes como América Latina, Asia, África, especialmente en países en vías de desarrollo como la India, Brasil, Indonesia, Nepal y Bangladesh, donde presentan un elevado número de casos (19). Entre los años 2013 y 2015 se

estima que existieron 200 mil nuevos casos anualmente; Imagen 1: Foto de persona con secuelas de lepra, ceguera del segmento anterior del ojo derecho y deformaciones faciales. Fuente: Museo de la Medicina Cuenca-Ecuador en el 2018 se reportaron 250 mil casos de lepra a nivel mundial, siendo India, Brasil, Indonesia y 20 países más los que representaron el 95% de casos (20). Según la OMS, al finalizar el año 2020 se sumaron 129 389 casos a nivel global (21). Estas cifras indican que es una patología que aún no ha sido eliminada a pesar de las campañas de salud, por lo que todavía persisten los contagio (22).

En la actualidad la lepra es una patología crónica, transmisible y curable, persistente en 140 países subdesarrollados siendo considerada como endémica (21). En algunos territorios que han cumplido con el objetivo de eliminación de la lepra, se han encontrado nuevos focos epidemiológicos (22).

En el Ecuador según datos del Instituto Nacional de Encuestas y Censos (INEC), entre el 2013 y el 2014 se registraron 144 casos, de los cuales, 43 son casos nuevos; en el 2021 el Ministerio de Salud Pública (MSP) reportó que existen 51 casos, sin embargo, no existen datos actualizados de años posteriores (23).

Anualmente se notifican alrededor de 720 mil casos nuevos en todo el mundo, mientras que dos millones de personas con esta patología presentan discapacidades por la misma enfermedad. La India, Brasil, Nepal, Madagascar y Mozambique son los seis países que representan el 88% de todos los casos nuevos de lepra, siendo entre los 10 y 20 años el mayor pico de la enfermedad, según un estudio de cohorte, después de la pubertad se reportan más casos en la población masculina que femenina (24).

Según Cesar Hermida Piedra, en su libro “Apuntes para la historia de la medicina en el Azuay”, indica que se desconoce de donde llegó el primer caso de lepra al Azuay, pero supone que fue desde Colombia, cuando los soldados de los batallones de Popayán y Magdalena estuvieron en la ciudad de Cuenca en abril de 1822, y fueron soldados de estas tropas que esparcieron la enfermedad en la ciudad, lo que condujo a un alarmante aumento de casos, llamando la atención de las autoridades de turno, promoviendo la formación de un nuevo hospicio (7).

Antes del año 2000, diversos científicos llevaron a cabo ciertas investigaciones de las cuales salieron a flote varias teorías que podrían explicar dicho estigma, también se ha podido encontrar múltiples estudios que intentan explicar esta situación de los cuales hasta la fecha no se ha podido encontrar registros. La localización precoz, la vigilancia continua y la prevención

de las deformidades subsiguientes, no se han podido optimizar por los diferentes aspectos psicosociales que rigen las actitudes y comportamiento humano, de la comunidad, familia y enfermos (6).

Las personas afectadas por la lepra enfrentaban además acusaciones a nivel religioso de ser pecadores, incluso de ser castigados por Dios, era tal el miedo que buscaban y perseguían a los enfermos, llegando en casos extremos a asesinarlos, convirtiéndose en un problema en ascenso, afectando significativamente a los leprosos. Esta situación no pasó desapercibida por las influyentes culturas y clases sociales de la Cuenca colonial y autoridades de turno ocasionando que el pavor y rechazo hacia los pacientes se enraíce en esta ciudad (3).

Los datos de mortalidad por lepra en la ciudad de Cuenca son incompletos, esto se le atribuye a que la Cuenca naciente no estaba obligada a llevar libros o registros de mortalidad; los pocos datos que existen se deben a la preocupación de algunos de los mayordomos de la iglesia matriz en Cuenca, hoy en día identificada como la Catedral Antigua, los cuales se encargaron de realizar el libro denominado “Libro de fábrica de la iglesia” (19). El cual se empieza a escribir desde julio de 1727 hasta 1785, el cual llevaba los registros de mortalidad en la ciudad, cabe mencionar que dichos registros no eran rigurosos ya que, solo se describían determinados datos como: nombre, sexo, edad, la cantidad de dinero que depositaban para ser enterrados y en ciertas ocasiones añadían otros datos como: profesión, estatus económico, lugar donde fue sepultado y rara vez la causa de la defunción, este mismo caso se registró en diferentes iglesias de la ciudad, lastimosamente no en todas y que al final jamás los registros fueron consolidados por lo tanto se desconoce la cifra real de fallecidos por este mal (19).

Debido a las fuertes presiones sociales que recaía en las autoridades, se formó el primer hospital para pacientes con lepra denominado “San Lázaro” ubicado en Cartagena de Indias Colombia a principios del siglo XVII, este hospital se encontraba en la plaza principal de la ciudad y se encargaba de recibir a todos los enfermos provenientes de diferentes territorios, como del Ecuador, con especial acogida a los esclavos provenientes de África (27).

Para Ecuador, el trasladar a los pacientes representaba grandes dificultades económicas, de movilidad y logística entre ambos países, por lo que a pesar de ser territorios vecinos y considerando que antes no existían los medios de transporte adecuados representaba un largo recorrido (27). San Lázaro era financiado por los moradores de cada provincia, mediante el

cobro de una especie de impuesto, un peso por cada botija de aguardiente vendida, valor que se empleaba para el mantenimiento del lugar (19).

Las diferentes ideologías y sobre todo la dificultad del transporte de los enfermos, provocó que las autoridades y gobernantes de Cartagena emitieran distintos reclamos, que condujo a que en 1679 se estableciera un decreto, en el cual se ordenaba la formación de un establecimiento provisional para leprosos en el recién formado Quito. Este mismo decreto establecía que se denunciara, clasificara, tratara y sobre todo aislara a los enfermos para evitar más contagios (3).

A principios del siglo XVII, Venezuela, declaró públicamente que los ecuatorianos tenían la creencia de que en la región costera los casos de lepra eran muy pocos en comparación con los casos que había en la sierra, esta idea se suscitó a partir del clima, ya que se creía que el clima caliente inhibe el desarrollo y la evolución de la enfermedad, mientras que el clima frío de la sierra aumentaba la evolución y desarrollo de la patología, haciendo incluso que esta sea más agresiva, sin embargo, estas ideas estaban totalmente erradas, puesto que, en los climas tropicales, era más frecuente la forma de lepra trofoneurótica, que es mucho más difícil de diagnosticar y visiblemente menos llamativa, esto justifica el por qué se fundó el primer lazareto de Ecuador en Quito (8).

Con el paso del tiempo, en 1785, se formó oficialmente el primer lazareto en Quito llamado “Gonzalo Gonzales” o “Verde Cruz” con tan solo 5 enfermos; sin embargo, con el paso del tiempo el número de leprosos ascendió a 30, de los cuales 17 eran mujeres y 13 hombres, siendo tratados y cuidados por un Jesuita, ya que los sacerdotes, familiares e incluso los propios médicos no querían atender a estas personas (3).

El mismo año de la formación de hospicio en Quito, el gobernador de Cuenca, José Antonio Vallejo, solicitó a la Real Audiencia y al Virreinato de Santa Fe, fondos mediante un nuevo recargo de la botija de aguardiente, para que se le permita construir un lazareto en la ciudad, alegando la distancia y la dificultad del traslado de los leprosos a Quito y peor aún a Cartagena, esta solicitud fue rechazada inmediatamente (19).

Hacia el año de 1785, el médico, abogado y periodista Francisco Javier Eugenio de Santa Cruz y Espejo, propuso que se estableciera una casa de salud para todas las enfermedades contagiosas, en la cual también se incluiría a los leprosos, sin embargo, en la ciudad de Guayaquil recién en el año de 1905, se descubrieron 24 casos de lepra, por lo que se ordenó la

construcción de un lazareto provisional en dicha ciudad, por esta razón no se pudo concretar la propuesta de Espejo (8,19).

En 1799 se autorizó la formación de un plan general de hospitales y lazaretos, que no solo abrazaba a Panamá y demás provincias del Virreinato de Santa Fe, sino también a Quito. Debido a esta inquebrantable orden y necesidad por reunir a todos los leprosos en un solo lugar como el lazareto de Cartagena de Indias, fue que la lepra se diseminó por los territorios de Granada y sobre todo en Quito la lepra se esparció a gran escala (27).

Además, es importante señalar que las autoridades cuencanas en la época colonial solicitaron al rey Fernando VII, para que provea el capital necesario a la construcción de un hospicio en el año de 1810, debido a que, según el criterio de los cuencanos, en tales fechas la libertad de algunos leprosos comprometía la integridad de gente sana, no obstante, dicha petición nuevamente fue rechazada (8).

A finales del siglo XVIII y comienzo del siglo XIX, los casos de lepra empezaron a propagarse e intensificarse en todo el país, esto se debe al flujo de las tropas milicianas, al aumento del tráfico de esclavos, pero en especial de las tropas libertarias procedentes de Colombia, esto causó que las autoridades locales y los mismos moradores se alarmen de tal manera que obligaron a las autoridades a fundar un lazareto en la ciudad de Cuenca (19).

Los fondos obtenidos de la botija de aguardiente eran insuficientes y no se podía cubrir con todos los gastos, por lo que las autoridades solicitaron ayuda de obras públicas, censos, donaciones, préstamos de los fondos del hospital de la caridad en Cuenca y de los diezmos de la iglesia logrando tener el capital necesario para la compra de la quinta del teniente Juan López, localizada en el sector de Perezpata. Este lugar fue adecuado para que funcione como lazareto el 28 de diciembre de 1816 bajo el nombre de “Lazareto de la Misericordia de Perezpata” (19).

Debido al ascenso de casos de lepra en las tropas milicianas, las autoridades cuencanas y los Bethlemitas llegaron al consenso de construir otro lazareto, mismo que se edificó en Gualaceo bajo el mando del General Tomás de Heres en el año de 1822. Todos los soldados contagiados fueron enviados a este hospicio para evitar que se mezclen con los leprosos de Perezpata, además este lazareto era relativamente pequeño (7).

Posteriormente, el doctor Mariano Vintimilla mediante los fondos para obras de la caridad, pudo adquirir cuatro haciendas: la de Santa Rosa, Jordán, Tubán y Jurupillos, ubicados en el

extremo noroeste del cantón Paute, limitados por el Río Paute, la cordillera del Allcuquiro y las selvas orientales, con una sola entrada la cual estaba custodiada por un grupo de policías especiales. Estas haciendas fueron entregadas a pacientes con lepra, permitiéndoles que tengan más libertad y no solo estén restringidos como era en el caso del lazareto de Perezpata, a pesar de esto muchos enfermos lograron escapar y refugiarse en caseríos vecinos como Guaraignag, Palmas y Chalagsi (7).

Años después, se ordenó que el país debe tener un solo leprocomio que acoja a los enfermos de todas las ciudades, por lo que todos los leprosos de Cuenca fueron enviados al lazareto Verdecruz en Quito en julio de 1932, hasta que en 1946 se realizaron diferentes protestas y gestiones por parte de las autoridades, consiguiendo que los pacientes azuayos retornen al lazareto en Cuenca (7,19).

No obstante, el primer hospital que se fundó en Cuenca fue en el año de 1585 (28), siendo Juan de San Juan Bermeo el primer mayordomo y junto a los Bethlemitas, quienes eran unos religiosos radicados en el país, que se encargaban de dirigir este hospicio ubicado entre las calles “Colombia y Luis Cordero” esquina que posteriormente se cambió al sector de San Blas, se describe que estos Bethlemitas ya estaban en Cuenca en 1822 dirigiendo una especie de hospital, los mismos se preocupaban por el constante aumento de los casos de lepra en la ciudad y por el hecho de que estos pacientes no eran tratados en la ciudad, sino que eran trasladados al lazareto de Cartagena en Colombia (7).

Al norte de la ciudad de Cuenca, se encuentra ubicado una casa hacienda propiedad del farmaceuta y doctor Mariano Estrella, quien hace 137 años aproximadamente en el año de 1886, dono este territorio para albergar a las personas que padecen de lepra, provenientes de diferentes provincias como Azuay, Guayas, Manabí y Loja. En un decreto ejecutivo, publicado en el Registro Oficial el 25 de abril de año 1972, el estado asigna un presupuesto fijo para este lazareto, siendo responsables de esta actividad los padres Dominicos, las madres Dominicadas de Francia y el mismo Dr. Mariano Estrella (29).

En la ciudad de Quito, el número de leprosos nunca pasó de 30 y en Guayaquil de 24. La proporción de lepra en Quito era de 1 por 10,000 habitantes, en Guayaquil se contabilizaba 8 por 10,000 habitantes y no se evidencia registros de Cuenca. Las conmociones políticas, la penuria fiscal, y el carácter provisional de las construcciones, debieron ser las causas que

hicieron desaparecer el lazareto de Guayaquil antes de la independencia en 1820, mientras aún subsistían los de Quito y Cuenca (6).

En 1804, el Dr. Baltazar Villalobos descubrió un tratamiento para la lepra, mismo que por obvias razones llamó la atención y que, según el informe de una comisión médica que examinó a los enfermos antes y después de dicho tratamiento, se pudo constatar que el índice de efectividad del tratamiento en estudio excedía todas las esperanzas; pero por desgracia, el inventor murió antes de revelar y publicar la estrategia terapéutica, llevándose consigo el secreto a la tumba (8).

Antes de la introducción de los antibióticos, el aceite de chaulmoogra obtenido de las semillas del árbol de la familia Achariace el *hydnocarpu wightinus* o chaulmoogra, era usado como tratamiento de la lepra, con el fin de disminuir las lesiones cutáneas (30). El uso de este aceite para tratar la lepra y a otras patólogas cutáneas era una práctica muy común en la India, misma que ha sido usada en varios países latinos (12).

El doctor Aaron Benchetrit oriundo de Tetuán, médico graduado en Venezuela, fue quien creó el aceite de chaulmoogra y sus esteres para tratar esta patología, en marzo de 1932 Benchetrit reporta un esquema terapéutico para la lepra que consta de tres etapas, la primera, se basa en inyecciones con esteres etílicos de chaulmoogra, pomadas a base de esta planta para tratar las manifestaciones cutáneas y los laxantes y glóbulos de chaulmoogra por vía oral para su posterior absorción gástrica, la segunda etapa, es establecer un régimen alimenticio donde se excluirá de la dieta determinados alimentos que son nocivos, la tercera y última etapa, se basa en mejorar los hábitos de higiene y aseo personal (31).

El aceite de chaulmoogra fue el tratamiento usado durante el siglo XIX y principios del siglo XX ya que en la década de 1940 se introduce a las sulfas como tratamiento antileproso, considerado como una cura milagrosa (32), el mecanismo de acción, el metabolismo en el ser humano, posología, efectos adversos y toxicidad era conocido por lo que permitió a los médicos de esa fecha establecer las indicaciones del uso de las sulfónicas para tratar la lepra mediante el empleo de la diaminodifenilsulfona (DDS) o también llamada sulfona madre (SM) (33).

A principios de 1942, se empieza a utilizar la monoterapia con los únicos derivados de las sulfas: la dapsona y el promin (33), estas drogas se encargan de inhibir el tiempo de progresión de la patología, sin embargo, llegaron a desarrollar recaídas de la enfermedad debido a la resistencia microbiana por el uso de un solo fármaco bactericida y bacteriostático a la vez (31).

En 1970 se desarrolla la rifampicina, fármaco semisintético bactericida, que pone fin a la monoterapia (15), finalmente, en 1982 se inicia el tratamiento con multifármacos, rifampicina, dapsona y clofazimina, lográndose un avance prometedor en cuanto a la disminución de la carga viral de la enfermedad, la duración del tratamiento, a la vez que revalora los mecanismos de resistencia microbiana que puedan causar las recaídas y por consiguiente llegar a causar discapacidad en el paciente (34).

Según la OMS recomienda para todas las personas con lepra un esquema terapéutico con tres medicamentos de clofazimina, dapsona y rifampicina durante seis meses para la lepra paucibacilar mientras que para la lepra multibacilar doce meses. Para tratar la lepra resistente a la rifampicina se tiene que usar al menos dos fármacos de segunda línea como claritromicina, quinóla o minociclina más una clofazimina a diario durante seis meses, posteriormente el tratamiento continúa con dieciocho meses de clofazimina y uno de los medicamentos de segunda línea de la rifampicina (35).

Actualmente la forma más efectiva de prevenir contraer lepra es la inoculación mediante las vacunas, en primera instancia la vacuna del Bacillus Calmette Guerin (BCG), pero no se sabe con certeza si la administración de esta vacuna más la de la M. leprae muerta mejoran su eficacia, pero si ha disminuido significativamente la incidencia de la enfermedad y se ha encargado de prevenir la lepra sin causar muchos efectos adversos en el paciente (24).

En el año de 1995, mediante la iniciativa de diferentes médicos que laboraban en el Hospital Mariano Estrella, el MSP crea en este hospital un Centro de Salud para la atención primaria de salud (29).

Con la aparición de la cura de esta patología y con la firme evidencia de que el aislamiento de estos pacientes es injustificado, por lo que el número de pacientes internados en el hospicio Mariano Estrella ha disminuido notablemente, reduciéndose a pacientes indigentes, hasta el año 2011 han estado tres indigentes que no tenían familia, cuatro pacientes con secuelas de lepra y tan solo un paciente con esta enfermedad fue dado de alta (29).

La OMS intenta prevenir las infecciones, mediante el tratamiento que se enfoca en tratar la infección y de esta manera mejorar las lesiones dermatológicas, a la vez que previene las recaídas y complicaciones como daño de los nervios y eritema nodoso leproso, úlceras y deformidades con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes y contribuir en la disminución del estigma social que envuelve a esta enfermedad (24).

Actualmente la OMS, elimino a la lepra como problema de salud pública. Esta patología ya no forma parte de una primera impresión médica o de una sospecha diagnostica actual, debido a que se ha dejado de enfatizar el abordaje de la lepra en los planes de estudio médico (35).

CONCLUSIONES

La lepra es una patología que a pesar de los múltiples esfuerzos de la OMS para erradicarla todavía se reportan casos en diferentes partes del mundo, siendo más prevalente en países subdesarrollados, no obstante, en el Ecuador no existen cifras de lepra alarmantes, que puedan volver hacer de esta patología un problema de salud pública.

Actualmente en Cuenca, Ecuador, no se han reportado casos nuevos de lepra, ni se han documentado casos de asesinatos por la cura de la lepra en la ciudad, sin embargo, el leprocomio más famoso de la ciudad “Mariano Estrella” que funcionaba como Hospital hasta el año 2010 se convirtió posteriormente hasta la actualidad en centro de salud, esto debido a la disminución de los casos de lepra. No existiendo hasta el momento algún centro específico para tratar a estos pacientes dentro de la ciudad.

El aceite de chaulmoogra era el tratamiento de la lepra más famoso y efectivo, no obstante, con el avance de la ciencia y la introducción de los fármacos específicamente de las sulfonas, se estable un esquema terapéutico con tres fármacos rifampicina, clofazimina y dapsona por seis meses para la lepra paucibacilar y de doce para la multibacilar. Las vacunas actualmente son la única forma de prevención de la patología.

A pesar de que no se hayan reportado nuevos casos de lepra en la ciudad Cuenca, es fundamental que se mantenga las medidas preventivas e impulsar a los profesionales de la salud que conozcan de esta patología olvidada, ya que el desconocimiento del tema puede hacer que se tomen decisiones erradas, causando daños irreparables en los pacientes y la sociedad, al tratarse contrariamente de lo que indica la OMS de una enfermedad que sigue siendo un problema de salud pública en países subdesarrollados como el nuestro.

BIBLIOGRAFÍA

1. González Suárez F. Historia general de la República del Ecuador. En: Tiempos antiguos o el Ecuador antes de la conquista. 2010.
2. Fine PEM. LEPROSY: THE EPIDEMIOLOGY OF A SLOW BACTERIUM. *Epidemiol Rev* [Internet]. el 1 de enero de 1982 [citado el 15 de mayo de 2023];4(1):161–88. Disponible en: <https://academic.oup.com/epirev/article/4/1/161/533215>
3. Blum Gutiérrez Edmundo. EL PROGRAMA DE CONTROL DE LA LEPRO EN EL ECUADOR. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1967;120–31.
4. Walker SL, Lockwood DNJ. Leprosy. *Clin Dermatol*. el 1 de marzo de 2007;25(2):165–72.
5. Virmond M, Grzybowski A. Leprosy—An intriguing disease. *Clin Dermatol*. el 1 de enero de 2015;33(1):1–2.
6. Hasselblad OW. ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA LEPROA'. *Boletín de la Oficina Panamericana*. 1975;422–9.
7. Hermida Piedra Cesar. Apuntes para la Historia de la Medicina en el Azuay. *Apuntes para la Historia de la Medicina en el Azuay*. 1951;78–83.
8. *Cronicas* [Internet]. 1931 [citado el 15 de mayo de 2023]. p. 1163–206. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/10570/v10n9p1163.pdf?sequence=1>
9. Chaves Rodas Alfredo Germán. Las enfermedades más importantes en Quito y Guayaquil durante los siglos XIX y XX . Quito ; 2006.
10. Ministerio de Salud Gobierno de Chile. MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS PARA LA LEPROA (ENFERMEDAD DE HANSEN). Chile;
11. Calero Hidalgo Gonzalo, Ollague Torres Jose. Dermatología práctica. En: *Dermatología practica Actualizacion y Experiencia Docente*. 2007. p. 41–61.
12. Roberto de Zubiría Consuegra GRR. Historia de la Lepra ayer, hoy y mañana. *Revista Medicina*. abril de 2003;25:33–46.
13. Falabella R, Chaparro J, Barona M. Fundamentos de la Medicina Dermatología. 8a ed. Colombia: CIB; 2017. 201–2015 p.
14. O'Brien C, Malik R. History and mysteries of leprosy. Vol. 19, *Journal of Feline Medicine and Surgery*. SAGE Publications Ltd; 2017. p. 496–7.
15. Barba Evia JR. Lepra. Enfermedad milenaria aún vigente. *Revista Mexicana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio*. 2021;68(1):18–33.

16. Rivero Reyes EI, Barrios Martínez ZI, Berdasquera Corcho III D, Tápanes Fernández TI, Gladys Peñalver Sinchay A V. La lepra, un problema de salud global Leprosy is a problem of global health. :1–11.
17. Nájera Gómez Juan, Tolentino Masgo Wilinton, Gómez Hinojosa Paul, Figueroa Gamarra Luis. LEPRA LEPROMATOSA. *Rev Peru Invest Salud*. 2017;1(39):58–65.
18. Isabel Moreira Rios M, MsC Elba Nieve Moreno Diaz I, Lic Alicia Sotolongo Castillo I, Lic Ailadis Rivera Moreira I, Dra Yanelis Carballa I, Raúl Sánchez Pinar del Río P. Enfoque de los factores de riesgo de la lepra con las determinantes sociales de la salud Approach to the risk factors for leprosy based on social determinants of health. *Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]*. 2014;52(1):4–14. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
19. Landivar Manuel Agustin. Aportes para la historia de la medicina. Colegio de Médicos del Azuay. marzo de 1981;54–64.
20. Avanzi C, Singh P, Truman RW, Suffys PN. Molecular epidemiology of leprosy: An update. *Infection, Genetics and Evolution*. el 1 de diciembre de 2020;86:1–56.
21. Anand P, Bharadwaj S, Ganguly S, Rao S. Palatal perforation in a patient with borderline lepromatous leprosy: leprosy still not eradicated. *BMJ Case Rep [Internet]*. el 3 de octubre de 2022 [citado el 17 de mayo de 2023];15(10). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36192029/>
22. Mungroo MR, Khan NA, Siddiqui R. Mycobacterium leprae: Pathogenesis, diagnosis, and treatment options. *Microb Pathog*. el 1 de diciembre de 2020;149:104475.
23. Baquero Suárez Jacqueline María GSDMO. Diagnóstico de lepra en una comunidad ecuatoriana. *Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]*. 2019;3:1–8. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0001-7011-2540>
24. Lockwood D. Leprosy. 2007; *Clinical Evidence* , 4(915), 1–13.
25. Pacheco Maya Luis. 24 mayo de 1822, La Batalla Liberada [Internet]. Slideshare. 2013 [citado el 17 de mayo de 2023]. Disponible en: https://es.slideshare.net/LuisPacheco5/24-mayo-de-1822?next_slideshow=29474508enca#demo%20%E2%80%8C
26. Cuenca, Azuay, Ecuador - Ciudades y pueblos del mundo [Internet]. Db-city.com. 2021 [citado el 17 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://es.db-city.com/Ecuador--Azuay--Cuenca#demo>
27. Newell' KW. LA LEPRA VISTA POR UN EPIDEMIOLOGO'. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1968;1–45.
28. Achig D. HISTORIA DE LAS PRACTICAS MEDICAS EN CUENCA Interculturalidad y cosmovisión andina View project Use of plants in Andean ancestral medicine: perspective of healers from Cuenca canton View project [Internet]. Vol. 1. 2007. 41–43 p. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/304763646>
29. Ñauta Mariú. Oficio. 2011. p. 1–25

30. Cottle Wyndham. CHAULMOOGRA OIL IN LEPROSY. THE BRITISH MEDICAL JOURNAL. 1879;968–9.
31. Botero-Jaramillo N, Padilla-Pinzón LT, Beltrán-Serrano MA, Ossa-Trujillo RH. Tratamiento de la enfermedad de Hansen en Colombia: Medicalización y control de la enfermedad a lo largo del siglo XX. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. el 9 de octubre de 2017;35(3):358–68. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/326172>
32. Maymone MBC, Venkatesh S, Laughter M, Abdat R, Hugh J, Dacso MM, et al. Leprosy: Treatment and management of complications. J Am Acad Dermatol [Internet]. el 1 de julio de 2020 [citado el 17 de mayo de 2023];83(1):17–30. Disponible en: <http://www.jaad.org/article/S0190962220304734/fulltext>
33. Montestruc E. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO EN MASA DE LA LEPRO. Seminario sobre el control de la lepra. diciembre de 1958;504–13.
34. Kar HK, Gupta R. Treatment of leprosy. Clin Dermatol. el 1 de enero de 2015;33(1):55–65.
35. OMS. Directrices para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la lepra. Organización Mundial de la Salud. 2018;(978-92-9022-700-7):1–87.

GLOSARIO

OMS: Organización Mundial de la Salud

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

MPS: Ministerio de Salud Pública

BCG: Bacillus Calmette Guerin

DDS: Diaminodifenilsulfona

SM: Sulfona madre

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

Jenny Fernanda Galarza Álvarez portador(a) de la cédula de ciudadanía N° 0107370090. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación "**Historia de la Lepra Lepromatosa en Cuenca-Ecuador**" de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 15 de noviembre del 2024

F:



Jenny Fernanda Galarza Álvarez
C.I. 0107370090