

EVALUACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN EN CABEZA Y CUELLO DE
PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HERRERA RESTREPO DEL
MUNICIPIO DE AGUA DE DIOS

ANA MILENA CARVAJAL VARGAS
MARIA MERCEDES CIFUENTES JIMENEZ
NYDIA CONSUELO FERNANDEZ BALAGUERA
INGRID MILENA FLOREZ DAZA
CARLOS ANDRES FORERO POVEDA
SANDRA MILENA LUENGAS SUAREZ
JENNY PAOLA NEMOCON BELTRAN
KATHERINE RIASCOS LOPEZ
MARIA FERNANDA SEGURA MATTOS
JENNY ANGELICA VELANDIA MARTINEZ

**EVALUACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN EN CABEZA Y CUELLO DE
PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HERRERA RESTREPO DEL
MUNICIPIO DE AGUA DE DIOS**

**ANA MILENA CARVAJAL VARGAS
MARIA MERCEDES CIFUENTES JIMENEZ
NYDIA CONSUELO FERNANDEZ BALAGUERA
INGRID MILENA FLOREZ DAZA
CARLOS ANDRES FORERO POVEDA
SANDRA MILENA LUENGAS SUAREZ
JENNY PAOLA NEMOCON BELTRAN
KATHERINE RIASCOS LOPEZ
MARIA FERNANDA SEGURA MATTOS
JENNY ANGELICA VELANDIA MARTINEZ**

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTA D.C.**

2002

**EVALUACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN EN CABEZA Y CUELLO DE
PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HERRERA RESTREPO DEL
MUNICIPIO DE AGUA DE DIOS**

**ANA MILENA CARVAJAL VARGAS
MARIA MERCEDES CIFUENTES JIMENEZ
NYDIA CONSUELO FERNANDEZ BALAGUERA
INGRID MILENA FLOREZ DAZA
CARLOS ANDRES FORERO POVEDA
SANDRA MILENA LUENGAS SUAREZ
JENNY PAOLA NEMOCON BELTRAN
KATHERINE RIASCOS LOPEZ
MARIA FERNANDA SEGURA MATTOS
JENNY ANGELICA VELANDIA MARTINEZ**

ASESOR CIENTIFICO

Dr CARLOS VILLAMIZAR
Odontólogo especialista en cirugía, patología e implantología oral

ASESOR METODOLOGICO

Dra INES AMPARO REVELO
Odontologa magister en administración de salud

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTA D.C.**

2002

**EVALUACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN EN CABEZA Y CUELLO DE
PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HERRERA RESTREPO DEL
MUNICIPIO DE AGUA DE DIOS**

**ANA MILENA CARVAJAL VARGAS
MARIA MERCEDES CIFUENTES JIMENEZ
NYDIA CONSUELO FERNANDEZ BALAGUERA
INGRID MILENA FLOREZ DAZA
CARLOS ANDRES FORERO POVEDA
SANDRA MILENA LUENGAS SUAREZ
JENNY PAOLA NEMOCON BELTRAN
KATHERINE RIASCOS LOPEZ
MARIA FERNANDA SEGURA MATTOS
JENNY ANGELICA VELANDIA MARTINEZ**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar el título de odontólogos

ASESOR CIENTIFICO

Dr. CARLOS VILLAMIZAR
Odontólogo especialista en cirugía, patología e implantología oral

ASESOR METODOLOGICO

Dra. INES AMPARO REVELO MEJIA
Odontóloga magíster en administración de salud

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTA D.C.**

2002

iii

El trabajo de grado EVALUACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN EN CABEZA Y CUELLO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HERRERA RESTREPO DEL MUNICIPIO DE AGUA DE DIOS ha sido aprobado como requisito parcial para optar el título de odontólogos

Director de la investigación

Asesor Metodológico

Director del departamento de
Investigación y salud pública

Bogotá D.C., 18 de mayo del 2002

AGRADECIMIENTOS

DOCTOR FERNANDO TORRES, ABOGADO, Director control interno del sanatorio de Agua de Dios

DOCTOR JESUS EDUARDO GOMEZ FRY, EPIDEMIOLOGO, MEDICO CIRUJANO, TERAPISTA OCUPACIONAL, Gerente sanatorio de Agua de Dios.

DOCTOR CARLOS LAVERDE, MEDICO CIRUJANO, medico planta sanatorio de Agua de Dios.

TIBERIO RODRIGUEZ, CAPACITADOR DE ENFERMEDAD DE HANSEN, Director control de Hansen, auxiliar administrativo de estadísticas de Hansen.

NILSA ROMERO SANCHEZ, SECRETARIA, secretaria Sintrahosclisas

CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCIÓN	
1. CONTEXTO DE LA INVESTGACIÓN	2
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2 JUSTIFICACIÓN	3
1.3 PROPÓSITO	3
1.4 MARCO TEÓRICO	4
1.5 OBJETIVOS	32
1.5.1 General	32
1.5.2 Específicos	32
2. METODO	33
2.1 TIPO DE ESTUDIO	33
2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	33
2.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES	33
2.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	34
2.5 PROCEDIMIENTO	34
3. RESULTADOS	36
4. DISCUSIONES	59
5. CONCLUSIONES	61

BIBLIOGRAFIA

ANEXO

INTRODUCCION

La lepra sigue siendo un motivo de gran preocupación no solo por el número de víctimas que causa o por el grado de contagiosidad de esta, si no porque produce discapacidades que limitan la funcionalidad del individuo. El presente trabajo de investigación esta dirigido a personas con lepra, de edad avanzada y condiciones ambientales poco recomendables; hace énfasis en el trabajo del odontólogo basado en la observación de manifestaciones clínicas de enfermedad de Hansen en cabeza y cuello. Durante el desarrollo y evolución de la presente investigación se pudo establecer y conocer la patología, sus características clínicas con el fin de comparar y asimilar la descripción de la población de estudio, llegando así a la presentación de instrumentos y técnicas de recolección de datos para realizar análisis posteriores, en base en estos datos recolectados, por observación directa a la población de estudio.

Al concluir la investigación se logró en detalle un conocimiento pleno de la valoración del estado de salud de cabeza y cuello de los pacientes que presentan enfermedad de Hansen, reconociendo sus manifestaciones primarias, estableciendo así un diagnóstico precoz como odontólogos en pacientes que todavía no han desarrollado la enfermedad completamente. Gracias a la presente investigación el odontólogo está en capacidad de diferenciar las manifestaciones de la lepra de otras enfermedades, adoptando así conocimientos muy avanzados en el camino de eliminar este flagelo que ha azotado a la población mundial más vulnerable.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como en el caso de cualquier enfermedad transmisible, la lucha contra la lepra del género humano producida por el *Mycobacterium Leprae* o Bacilo de Hansen, dependerá del conocimiento de su epidemiología, de los medios para su diagnóstico y la disponibilidad de agentes preventivos y terapéuticos.

A pesar de considerarse como una patología legendaria y de poca importancia en salud pública mundial, la lepra sigue siendo un problema de los países en vía de desarrollo, debido a la exposición o mayor resistencia al bacilo, junto con el clima la alimentación y las enfermedades debilitantes. En los países nórdicos, donde las condiciones de vida de la población han tenido un mejoramiento, se ha podido resolver el problema de la lepra, pero no la presencia de esta enfermedad asociada a factores de desarrollo económico como a deprimidas condiciones de vida y a mayores cifras de incidencia.

El problema de la invalidez, causada por la lepra ha tomado mayor importancia y ha sido objeto de mayor atención en los últimos años a nivel mundial, a parte del aspecto de los recursos económicos y de mano de obra, en muchos países donde la lepra es endémica.

Las tasas de la lepra suele ser mas elevadas en algunos países y ciertas formas graves de invalidez incapacitan a los enfermos para su propio sostenimiento y el de su familia, la invalidez y enfermedades que la producen son además una de las principales causas contra la lepra.

En Colombia el comportamiento epidemiológico de la lepra, ha tenido un comienzo lento, que empezó entre los siglos XVI y XVII llegando a un punto máximo en la década de 1960, con una distribución progresiva posterior de la PQT (poliquimioterapia).

En el país se observa una distribución geográfica de enfermedad de Hansen con tendencia en los departamentos de Norte de Santander, Santander y Boyacá dentro de los cuales las tasas de la incidencia y proporciones de prevalencia son mayores para la zona rural que para la urbana, lo cual explica que la ocupación más frecuente entre los enfermos sea la agrícola.

En la profesión odontológica no se está suficientemente preparados para reconocer las manifestaciones que presenta un paciente que padece la enfermedad de Hansen y sus posibles complicaciones en el manejo odontológico.

1.2 JUSTIFICACION

Este trabajo de investigación tiene como importancia conocer signos y síntomas acerca de la enfermedad de Hansen para lograr un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno, para evitar el posterior desarrollo de deformidades y simplificar el tratamiento.

También es importante conocer y detectar la enfermedad de Hansen en cabeza y cuello logrando nuevas alternativas en el tratamiento odontológico de estos pacientes, puesto que a nivel odontológico no se sabe manejar las manifestaciones de la enfermedad de Hansen.

1.3. PROPOSITO

La investigación pretende identificar la enfermedad de Hansen en cabeza y cuello observando su etiología, patogenicidad, su epidemiología, y sus aspectos clínicos; para obtener un concepto claro de la enfermedad y de esta manera el odontólogo pueda darle un correcto manejo clínico.

1.4. MARCO TEORICO

1.4.1 Epidemiología

La lepra se conoce y se habla de ella desde los tiempos de Cristo, cuando el hombre presentaba manchas de color extraño y se denominaba mal de lepra. A estas personas se les llevaba al sacerdote quien les observaba, si veía sobre su piel una blancura reluciente sin estar hundida, era separada declarándola impura por siete días, pasado este tiempo se volvía a observar; si no se había esparcido por todo el cuerpo se declaraba limpio y se denomina una simple erupción, pero si sucedida lo contrario, el sacerdote lo declaraba impuro.

La separación de los leprosos se realizaba por juicio que lo hacían el sacerdote, los enfermos debían usar vestidos descosidos, la cabeza cubierta y la boca tapada con la misma ropa, durante la separación se realizaba un proceso de purificación de las prendas que había usado; las prendas de pacientes que tenían alguna muestra eran quemadas. Pero si aquella placa blanquecina no se ha extendido más, es efecto de una simple erupción, así el sujeto será declarado limpio (levítico 13 y 14; libro sagrado de la Biblia.)

Hacia 1225, existían en Francia más de 2000 casos de leproso (leproserías). En la época de las cruzadas (XI, XIII), la lepra parece que se extendió por **Europa** como una epidemia. Pero lo más probable es que en la mayoría de las cruzadas los que regresaban enfermos no sufrían de lepra, sino de sífilis. Por eso el número de leprosos no es realmente tan grande como permitirían suponer el gran número de leproserías que se han fundado, y que por término médico no acogen a más de una docena de enfermos.

El aislamiento de la enfermedad en la edad media, se empleaba a menudo el término de lepra para designar cualquier enfermedad infecciosa que se manifestaba con alteraciones

cutáneas. El aspecto repugnante de estos enfermos conducía a su aislamiento fuera de la sociedad; síntomas claros de lepra no aparecieron en Europa hasta los siglos XII /XIII.

En el siglo XIV la lepra va desapareciendo de modo progresivo en Europa, la causa probablemente la peste. Que también hace estragos entre los leprosos. Sin embargo, las medidas de exclusión social de estos y su estigmatización como “impuros” se mantiene hasta bien entrada a la edad media. En la actualidad, la lepra no ha sido totalmente erradicada y sigue afectando a un gran número de personas en muchos países en vía de desarrollo, sobre todo en Africa central y en la India.

En el siglo XVI a pesar del temor a la peste, en Italia, Alemania y Francia se practican los baños colectivos en grandes piscinas sin prescripción médica, en cualquier caso, una serie de normas se van imponiendo progresivamente. Antes de la cura, se procede a limpiar el cuerpo mediante enemas y escarificaciones y de vez en cuando se someten a baños de sudor, además se practican curas de aguas y comidas colectivas. En las grandes instalaciones se procede a tratar cada grupo por separado. Los pobres, especialmente los enfermos, van a parar a grandes piscinas a cielo abierto; la propagación de la sífilis en el siglo XVI hace que caiga la afición a los baños.

En 1873 el médico Noruego Gerhard Henrik Armauer Hansen (1841 – 1912) descubre el agente causante de la lepra; en sus investigaciones con el microscopio puede observar en las células de los tejidos de seis pacientes enfermos de lepra, pequeños corpúsculos en forma de bastoncillos, que obtiene a partir de la supuración de los tejidos que constituyen los nódulos de la lepra extraídos de los pacientes.

En Latinoamérica un científico Venezolano probará una vacuna contra la lepra en 40.000 personas sanas que han estado en contacto con enfermos. Según los datos de la OMS,

padecen la enfermedad 1.200.000 personas distribuidas en 60 países. En la Argentina hay unos 10 mil enfermos de lepra, principalmente en el norte del país, y se diagnostican 800 nuevos casos por año. En el mundo, aunque ya no es epidémica, todavía no ha podido ser erradicada. Los especialistas indican que esto se debe, en muchos casos, a diagnósticos equivocados y tardíos.

La lepra es curable, y como en todas las enfermedades, el diagnóstico y tratamiento precoz facilitan su curación. Los afectados pueden llevar una vida completamente normal y la discriminación, como aseguran los expertos de la OMS. Jacinto Convit, creador de la vacuna contra la lepra. Ahora la probará en 40 mil personas, en su mayoría familiares de enfermos.

El método de inmunización, que llevara 6 meses, se hará dividiendo a la población elegida en dos partes –20.000 serán tratados y 20.000 no; para medir la efectividad de la vacuna comparando la reacción de los dos grupos. Aunque es la primera vez que se prueba en personas sanas, esta vacuna se investiga desde hace 27 años. En 1970 Convit, descubrió que el armadillo era el portador de la bacteria de la lepra. Convit se niega a patentar la vacuna para que su precio se mantenga accesible y se basa en una mezcla de la antituberculosa y la micobacteriana de la lepra extraída de armadillos (*Dasypus Novecintus*) infectados. En 1985 aplicó la vacuna a 1200 pacientes que se habían contagiado por contacto con enfermos. La primera fase de la investigación, según dijeron fue un éxito.

Esta etapa servirá, a decir de Convit, para comprobar si efectivamente la vacuna puede prevenir la aparición del mal. “ Esta vacuna ha demostrado que no es tóxica para el ser humano y que tiene altas posibilidades de dar resultados esperanzados en esta nueva fase,

ha logrado producir cambios inmunes favorables en el 85% de los casos”, aseguró el científico.

El investigador venezolano recibió en 1987 el premio príncipe de Asturias por sus logros médicos en especial en el campo de la lepra. (Copyright 1997 Gabriela Ilczyszyn- Juan Carlos Gurí. All rights reserved; www.healthig.com/lepra/html)

La talidomida es un medicamento muy polémico ya que décadas atrás causó serios efectos congénitos. La venta de este fármaco, fabricado por la compañía Celgene Corp. De nueva Jersey bajo el nombre de Thalomid, estará sujeta a restricciones sin precedentes para evitar las horrendas deformaciones que sufrieron bebés nacidos en los años 60. Según la agencia norteamericana, la utilización de esta sustancia “es efectiva para el tratamiento de una reducida cantidad de pacientes de lepra – su número en estados unidos no pasa de los 50 al año que sufre dolorosas inflamaciones”.

Toda persona que requiera Talidomida tendrá que inscribirse en un registro especial supervisado por el gobierno estadounidense. Las mujeres se someterán a exámenes de embarazo antes de poder recibir la droga y en relaciones sexuales entre usuarios de ésta deberán emplearse anticonceptivos. Además, la talidomida se esta ensayando como posible tratamiento para úlceras derivadas del SIDA, para la enfermedad de lupus y hasta para el Cáncer.

Los críticos de la aprobación advierten que algún día se registrará el nacimiento de un bebé deforme por causa del fármaco. Este medicamento fue proscrito mundialmente hace 35 años tras provocar deformaciones en más de 12.000 nacimientos. Entonces, se vendía como sedante para mujeres embarazadas en 48 países, pero nunca en Estados Unidos. (Copyright 1997 Gabriela Ilczyszyn- Juan Carlos Gurí. All rights reserved; www.healthig.com/lepra/html)

En Colombia la cifra de enfermos inscritos en el país, arroja un total de 19.806, cifra que se afecta por los siguientes factores: criterios de diagnóstico y criterios de información

De acuerdo a lo observado en el **cuadro 1** se puede establecer que siete secciones tienen prevalencias mayores al 1 x 1000 (alta prevalencia); once secciones poseen prevalencias superiores al 0.5 x 1000 (mediana prevalencia) y que el resto de las secciones tienen una baja prevalencia (inferiores a al 0.5 x 1000).

Cuadro 1 PREVALENCIA DE LEPRA DE DICIEMBRE DE 1987

<i>SECCION DEL PAIS</i>	<i>POBLACION</i>	<i>INSCRITOS</i>	<i>PREVALENCIA X 1000</i>
<i>Santander</i>	<i>1515</i>	<i>4192</i>	<i>2.79</i>
<i>Norte de Santander</i>	<i>925</i>	<i>1964</i>	<i>2.12</i>
<i>Cundinamarca</i>	<i>1446</i>	<i>2342</i>	<i>1.62</i>
<i>Amazonas</i>	<i>32</i>	<i>41</i>	<i>1.28</i>
<i>Arauca</i>	<i>73</i>	<i>92</i>	<i>1.26</i>
<i>Choco</i>	<i>254</i>	<i>296</i>	<i>1.17</i>
<i>Huila</i>	<i>678</i>	<i>766</i>	<i>1.13</i>
<i>Bolívar</i>	<i>1523</i>	<i>1040</i>	<i>0.83</i>
<i>Magdalena</i>	<i>805</i>	<i>672</i>	<i>0.83</i>
<i>Cesar</i>	<i>612</i>	<i>502</i>	<i>0.82</i>
<i>Tolima</i>	<i>1070</i>	<i>724</i>	<i>0.68</i>
<i>Caqueta</i>	<i>224</i>	<i>147</i>	<i>0.66</i>
<i>Casanare</i>	<i>115</i>	<i>74</i>	<i>0.64</i>
<i>Putumayo</i>	<i>125</i>	<i>71</i>	<i>0.57</i>
<i>Quindío</i>	<i>395</i>	<i>221</i>	<i>0.56</i>
<i>Sucre</i>	<i>553</i>	<i>301</i>	<i>0.54</i>
<i>Boyacá</i>	<i>1148</i>	<i>956</i>	<i>0.52</i>
<i>Valle</i>	<i>2979</i>	<i>1562</i>	<i>0.52</i>
<i>Cauca</i>	<i>833</i>	<i>351</i>	<i>0.42</i>
<i>Meta</i>	<i>431</i>	<i>177</i>	<i>0.41</i>
<i>Risaralda</i>	<i>654</i>	<i>265</i>	<i>0.41</i>
<i>Atlántico</i>	<i>1495</i>	<i>503</i>	<i>0.34</i>
<i>Caldas</i>	<i>877</i>	<i>282</i>	<i>0.32</i>
<i>Córdoba</i>	<i>956</i>	<i>296</i>	<i>0.31</i>
<i>Nariño</i>	<i>1066</i>	<i>315</i>	<i>0.30</i>
<i>Bogotá, D.E.</i>	<i>4167</i>	<i>1135</i>	<i>0.27</i>
<i>Guaviare</i>	<i>37</i>	<i>8</i>	<i>0.22</i>

<i>San Andres</i>	38	5	0.13
<i>Antioquia</i>	4068	472	0.12
<i>Guajira</i>	267	33	0.12
<i>Vichada</i>	14	1	0.07
<i>Guainia</i>	10	-	-
<i>Vaupes</i>	19	-	-
Total	29.142	19.806	0.68

Fuente: Organización Mundial de la Salud

1.4.2 Patología

La lepra o enfermedad de Hansen es una enfermedad infectocontagiosa que afecta principalmente piel, sistema nervioso periférico, mucosa de vías respiratorias superiores y en sus formas mas graves otras estructuras del cuerpo humano. (Organización mundial de la salud, 1998)

Otra definición la describe como una enfermedad infecciosa crónica que se produce por *Mycobacterium Leprae* que afecta sobre todo las partes mas frías del cuerpo, en especial la piel, vías respiratorias superiores, testículos, ojos y segmentos superficiales de los nervios periféricos (ministerio de salud, 1997).

Otro científico dice que la lepra es una enfermedad infecciosa crónica, causada por *Mycobacterium leprae* o bacilo de Hansen (Ferrandis, 1996).

La palabra griega *leprus* significa descamación; denominación desafortunada que ha permanecido durante milenios para designar varios males, aunque en la

Actualidad se refiere a una enfermedad infecciosa crónica, causada por el bacilo *Mycobacterium Leprae* o bacilo de Hansen (Escobar, 1981)

La lepra constituye una enfermedad propia de países tropicales, en particular India, Africa, el Sudeste Asiático y Sudamérica. En los países occidentales su presencia es rara. Esta enfermedad se transmite por inhalación o gestión de gotas nasales infectadas. El microorganismo invade las células de Schuann que rodean a los nervios cutáneos. El grado

de afectación depende del grado inmunológico del paciente y de la carga bacteriológica. Las condiciones socioeconómicas constituyen factores coadyudantes de gran importancia. (Ministerio De Salud 1997).

La lepra se adquiere por contagio exclusivamente a partir del hombre y requiere un contacto íntimo y prolongado. El contagio suele producirse en la infancia y resulta favorecida por condiciones de hacinamiento, falta de higiene y mala alimentación. La vía de transmisión no está totalmente aclarada, admitiéndose que la fundamental es la vía aérea, a través de la mucosa nasal aunque también es posible a través de la piel. No se transmite intraútero. Tan solo un 3.6% de los contactos familiares con pacientes de lepra desarrollan la enfermedad, para lo que resulta determinante la respuesta inmunológica celular del individuo, al igual que para determinar la forma clínica (Ferrandis 1996).

La forma de transmisión no es conocida con certeza, se requiere si, la existencia de un **huésped susceptible** (que probablemente lo sea como resultado de un rasgo genéticamente determinada) y el contacto íntimo y prolongado con un paciente contagiante. Probablemente ocurra por inhalación. La mayor parte de los casos nuevos aparecen en niños o en adultos jóvenes, aunque la enfermedad puede manifestarse en cualquier edad. El periodo de incubación parece que oscila entre los pocos meses y de 7 a más años. (Escobar 1981.)

El **causante** de la lepra es un microorganismo denominado *Mycobacterium Leprae* que es una especie del orden Actinomycetales y de la familia Mycobacteriaceae. El bacilo se describió por primera vez por Hansen, en Bergen (Noruega) en 1873, en lepromas de noruegos, y fue la primera información que causó una enfermedad crónica al hombre.

Mycobacterium leprae es un bacilo ácido resistente de 0.3 a 0.5 μm de ancho por 4 a 7 de largo. Su ácido resistencia es más débil que la de otras mycobacterias y también se relaciona con el ácido micólico de la pared celular.

La microscopia electrónica muestra una pared celular de *M. Leprae* de 15 a 20 nm de grosor alrededor de la membrana citoplasmática, que da origen a mesosomas que se extienden en el citoplasma, *M. Leprae* se divide por fisión transversal. Las paredes celulares contienen arabinogalactano, micoratos, peptidoglucanos y proteínas. La temperatura óptima para el crecimiento del *M. Leprae* está por debajo de 37°C .

Como este microorganismo todavía no es cultivable, la identificación depende de criterios distintos a los que se utilizan para las micobacterias cultivables. Los criterios actuales para la identificación del *Mycobacterium Leprae* son:

- No crece en medio de laboratorios ordinarios;
- Infecta la almohadilla plantar del ratón de manera característica;
- La ácido resistencia se elimina con piridina.
- Invade los nervios del huésped,
- Las suspensiones muertas del bacilo producen un esquema característico de reacciones cuando se inyecta en la piel de pacientes (reacción de lepromina), con diferentes formas clínicas de lepra, además de estos criterios, al parecer hay sondas DNA específicas para *M. Leprae* en estudios, las cuales utilizando la reacción en cadena de la polimerasa, puede identificar cantidades muy pequeñas de bacilo de lepra. (Feigin, 1993.)

El bacilo no ha sido cultivado in vitro, pero se multiplica en el cojinete plantar del ratón, el armadillo (*Dasypus novemcinctus*), y otros animales pero solo los dos primeros han demostrado utilidad experimental.

Si hay un **diagnóstico** que no deba formularse sin tener la absoluta certeza es el de la lepra. Si existe la más mínima duda en el diagnóstico, el enfermo debe ser tenido en observación hasta que nuevos datos confirmen la enfermedad. Esto evitará el daño psicológico, social y de otro tipo que podría causársele innecesariamente en caso de diagnóstico equivocado. Como en cualquier otro diagnóstico, deben considerarse y tenerse en cuenta todos los factores, positivos o, algunas veces, negativos, si son útiles para aclarar el caso. Los siguientes elementos contribuyen al diagnóstico de la enfermedad:

- Lesiones cutáneas, tales como infiltración, máculas, pápulas, tubérculos y nódulos que suelen aparecer gradualmente, pero en algunos casos de manera súbita, en las extremidades y la cara. Se encuentran con menos frecuencia en el tronco son de tamaño y configuración variables, no pruriginosas y presentan generalmente anestesia algún tiempo después de su aparición; la progresión es normalmente lenta, con tendencia a prolongarse durante años.
- En los antecedentes suele haber parestesias (adormecimiento y sensaciones de calor y frío) en las extremidades, como especialmente en los territorios de inervación del cubital, del ciático poplíteo externo y del músculo cutáneo del brazo y del antebrazo; las parestesias pueden ir seguidas de anestias y después en las extremidades, de debilidad muscular, parálisis y atrofia. Los pacientes mencionan también lesiones cutáneas de larga duración y síntomas nasales (rinitis, epistaxis, catarro y obstrucción nasal).
- Hay pérdida de la sensibilidad cutánea a la temperatura, el dolor y el contacto ligero. Por regla general puede descubrirse en las lesiones cutáneas, pero puede ser ligera o incluso faltar en lesiones recientes. La pérdida de sensibilidad en las extremidades se produce porque la neuritis es más frecuente en los miembros.
- Se produce engrosamiento de troncos nerviosos y de nervios superficiales. Como consecuencia de la neuritis, los troncos nerviosos a menudo aumentan de volumen, se

hacen más densos y pueden cambiar de forma. La neuritis de otras enfermedades no va acompañada de engrosamiento de los nervios, con excepción de la neuritis hipertrofia intersticial, que es una enfermedad familiar y muy rara. La neuritis puede ir acompañada de debilidad muscular, parálisis, atrofia y anhidrosis. La caída del pelo es también frecuente.

- La anhidrosis se observa en lesiones cutáneas y/o en las extremidades.

- La prueba de histamina (con una solución de clorhidrato o fosfato de histamina al 1 por 1000) puede llevarse a cabo en máculas hipocrónicas o en zonas de anestesia. Cuando la lepra es el agente causante la triple reacción de Lewis es incompleta ya que no hay eritema reflejo o secundario. A veces el eritema reflejo es ligero o casi nulo en la piel normal de la parte distal de las extremidades. La prueba es de valor limitado en las personas de piel oscura.

- La prueba de lápiz - tinta puede ser utilizada para la detección de la anhidrosis en lesiones cutáneas leprosas hipopigmentadas o anestésicas. Con un lápiz - tinta de las que se utilizaban antes, que debe ser blando, se dibuja una línea desde el centro de la lesión hacia la piel indemne y sobre ésta. En la zona de anhidrosis, el lápiz según su color (violeta o rojo) deja una línea fina o ninguna señal en absoluto, mientras que producen una línea violeta (o roja) gruesa sobre la zona indemne inmediata. La sudoración profusa e incontrolada que se observa a menudo en la piel adyacente e incluso en algunas lesiones lepromatosa en curación como consecuencia de la quimioterapia, puede detectarse muy claramente por medio de ésta prueba de lápiz. En los países con lepra endémica, de las zonas tropicales y subtropicales, durante la estación seca y cálida, que es cuando se lleva a cabo la mayor parte del trabajo sobre el terreno en los programas de lucha antileprosa, ésta prueba barata y eficaz puede ser utilizada. En las zonas y estaciones más frías se necesitarán las pruebas ordinarias.

- El examen bacteriológico de las lesiones cutáneas en el laboratorio es indispensable para el diagnóstico de casos lepromatosos. Siempre que sea posible deberá examinarse un frotis en la mucosa nasal en los casos lepromatosos. El resultado negativo, usual en casos indeterminados y tuberculoides, no excluye del diagnóstico de lepra. En ciertos casos puede ser necesario el examen histopatológico.

- La prueba de lepromina no es diagnóstico, pero es muy útil para la clasificación de los casos. Los pacientes con lesiones clínicas e histológicamente tuberculoides dan resultado fuertemente positivo, y en los pacientes lepromatosos, la prueba suele ser negativa o muy débilmente positiva. La prueba de lepromina es positiva en la mayoría de la población adulta no infectada. (Organización Mundial De La Salud, 1980).

Los signos y síntomas clínicos de la enfermedad de Hansen pueden agruparse en

♦ Primarios:

- Neurológicos: neuritis generalmente asimétricas que dan lugar a parestesias, disestesias y déficit sensitivo y motor.

- Dermatológicos: manchas o máculas, pápulas, placas y lepromas.

- Sistémicos: epiescleritis, rinitis, laringitis, adenitis, hepatitis, nefritis, orquiepididimitis y osteítis.

♦ Secundarios producidos por:

- Complicaciones de los síntomas primarios: úlcera corneal por disminución del parpadeo al alterarse el nervio trigémino; lagofthalmus, ectropion y facies inexpresivas por alteración del nervio facial; úlceras en dedos, plantas de pies y palmas de manos por pérdida de la sensibilidad; perforación del tabique con hundimiento del dorso nasal y leucomas, sinequias posteriores, cataratas, glaucoma, atrofia ocular y ceguera.

- Manifestaciones que reaccionan por si mismas no indican progreso o regresión de la enfermedad y se produce por alteraciones en el balance inmunológico entre el huésped y el agente etiológico. Las más frecuentes son las neuritis irritantes muy dolorosas, eritema nudoso, seguida de malestar, anorexia, astenia, cefalea, hemorragias subconjuntivales, miosis o midriasis, epífora, quemosis, blefmoespasmo, queratitis, epiescleritis, iridociclitis, glaucoma, adenitis, hepatitis, glomerulonefritis, orquiepididimitis y artritis.

El diagnóstico de la lepra es eminentemente clínico. Se confirma con la baciloscopia y biopsia. Debe concluir con la clasificación precisa del paciente. El objetivo de establecer la lepra es: pronosticar el curso de la enfermedad y las complicaciones posibles durante su evolución, guiar al médico en la formulación de la quimioterapia adecuada y fijar la conducta de vigilancia epidemiológica. El sexto congreso internacional de Lepra (Madrid, 1953) recomendó establecer cuatro tipos polares: **lepromatosa (LL) y tuberculoide (LT), indeterminada (LI) y dimorfa (LD)**. En ésta clasificación se admite que la enfermedad comienza como la lepra indeterminada (LI) y según la calidad de la respuesta inmune del huésped, la duración y la evolución de la fase inicial de la enfermedad será distinta. La LI es una forma inestable, de duración variable generalmente fugaz, que puede pasar inadvertida y virar a otra forma de lepra. Puede tener mayor duración manteniéndose así a lo largo del tiempo o puede curar espontáneamente o por tratamiento.

En 1962, Ridley y Joplin desarrollaron una clasificación basada en criterios clínicos, histopatológicos, bacteriológicos e inmunológicos.

En los extremos se encuentra los tipos polares de la enfermedad: tuberculoide-tuberculoide (**TT**) y lepromatoso-lepromatoso (**LL**). Entre ellos está el grupo intermedio: dimorfo-

tuberculoide o bordeline **(BT)**, dimorfo-dimorfo o bordeline-bordeline **(BB)** y dimorfo lepromatoso **(BL)**.

La Organización mundial de la salud en 1981, con el fin de restaurar los regímenes de terapia multidroga, introdujo una nueva terminología basada en los hallazgos bacteriológicos: pacientes multibacilares **(MB)** y paucibacilares **(PB)**.

El grupo multibacilar incluye a los lepromatosos y dimorfos de la clasificación de Madrid la LL, BL y Bbde la clasificación de Ridley y Joplin. El grupo paucibacilar incluye a los interminados (I) y tubeculoides (T) de la clasificación de Madrid a los TT y BT de la clasificación de Ridley y Joplin. (Organización Mundial De La Salud, 1998).

En niños las frecuentes lesiones en la piel cubiertas por la ropa van en contra de que las lesiones se produzcan en el lugar de contacto con el Mycobacterium Leprae. Durante muchos años se consideró que el contacto de piel a piel entre paciente e individuo era la vía más importante de transmisión, y este concepto no puede abandonarse con facilidad, sin embargo se duda en estos años recientes, la piel intacta de individuos muy infectados libera escaso número de M. Leprae, pero las úlceras en la piel pueden ser fuente de gran número de bacilos, por tanto el contacto de piel a piel o los fómitos que contenga tal microorganismo pueden ser fuente de infección, desde el descubrimiento original de Hansen, se tenía conocimiento de un número grande de M. Leprae en la mucosa nasal de individuos lepromatosos, y los estudios recientes sugieren que las vías respiratorias, pueden ser fuente de bacilos infectantes. Este microorganismo lanzado por la nariz permanece viable hasta una semana, y el ratón con inmunodeficiencia presenta lepra diseminada después de la inhalación de aerosoles que contengan M. Leprae. El tejido mamario y la leche de pacientes lepromatosos contienen tal microorganismo y los niños pueden adquirir la infección por ésta vía.

La transmisión placentaria de la lepra ha sido por largo tiempo un tema de conjetura, aunque hay suficientes datos de la influencia importante de éste mal en el desarrollo fetal y la infección intrauterina del producto. En un estudio de 116 embarazadas con lepra en Etiopía, las placentas eran pequeñas, había bajo peso al nacer y los lactantes mostraban retardos del crecimiento. Los pesos promedio de lactantes con madres con lepra y madres sanas con control fueron respectivamente 2558 gr. y de 3280 gr., la excreción de estrógenos en las semanas 32 a 40 de la gestación se reduce en mujeres con lepra, lo que sugiere disfunción de lo placentaria, hay anticuerpos, Ig A, Ig M, para *M. Leprae* y sangre de cordón umbilical de 390 a 350 % de lactantes hijos de madres con lepra, hay pruebas poderosas de síntesis fetal de anticuerpo para el *M. Leprae* o los antígenos se demostró en algunas ocasiones este microorganismo en placentas y sangre del cordón umbilical. Las Ig A e Ig M, específicas del *M. Leprae* aumentan en lactantes hijos de madres leprosas durante el lapso de 3 a 24 meses después del nacimiento, y en dos de esos lactantes ocurrió lepra clínica a los nueve y 17 meses, éste mal en lactantes pequeños puede ser muy frecuente en áreas muy endémicas, observaciones personales por leprólogos experimentados, se identifico un total de cuando menos 49 casos con esta enfermedad en menores de un año de edad. El 50% de éstos lactantes la madre sufrió lepra o tenía sus antecedentes, el lactante más pequeño era de 2 meses y medio, cuando se hizo el diagnóstico (Ministerio De Salud, 1997).

Con el descubrimiento de una enfermedad parecida a la lepra, de adquisición natural de los armadillos silvestre de reciente captura en Louisiana, en un chimpancé atrapado en Sierra Leona, y en un mono mangabey del oeste de Africa, hay razón para creer que la lepra puede ser una zoonosis. En esas tres especies, las modificaciones histopatológicas se parecen a las de la lepra humana y los bacilos que causan la infección no pueden distinguirse de *M.*

Leprae. Se logró transmitir de manera satisfactoria la lepra de un mono mangabey a otro de su especie, a uno rhesus y a otro verde Africa. (Ministerio De Salud, 1997)

La lepra puede **clasificarse** basándose en las manifestaciones clínicas y los resultados de los frotis cutáneos. En la clasificación basada en los frotis cutáneos, los enfermos que presentan frotis negativos en todas las localizaciones se agrupan como la lepra paucibacilar – **PB**, mientras que los que presentan frotis positivos en alguna localización se agrupan como la lepra multibacilar – **MB**. Ocasionalmente la biopsia de la piel puede demostrar bacilos; aunque la baciloscopia sea negativa, en la práctica, la mayoría de los programas utilizan criterios clínicos para clasificar y escoger la pauta terapéutica adecuada para cada enfermo, en particular por que no se disponen de servicios para efectuar frotis cutáneo. El sistema clínico de clasificación a los efectos del tratamiento se basa en el número de las lesiones cutáneas y nervios afectados para agrupar a los pacientes en **MB** o **PB**.

Para mayor claridad se presenta una clasificación complementaria de la lepra que contrapone la clasificación de Ridkey & Jopling (1996), en el congreso de Madrid (1953) y la Organización mundial de la salud, 1982 (**Cuadro 2**)

Cuadro 2 **CLASIFICACION ESPECTRO DE LA LEPPRA**

TT	BT	BB	BL	LL
Tuberculoide		Dimorfa		Lepramatosa
	Paucibacilar (PB)		Multibacilar (MB)	

Fuente: Organización Mundial De La Salud

Los signos clínicos cardinales para el diagnóstico de la lepra son:

- Pérdida de la sensibilidad térmica, dolorosa y táctil en las zonas cutáneas afectadas. El diagnóstico de los casos con baciloscopia negativa depende de la identificación de la pérdida de la sensibilidad
- Engrosamiento, dolor espontáneo o la palpación de los troncos nerviosos asociados con signos de afección neural: pérdida sensitiva, disminución de la fuerza muscular o parálisis en el territorio y los músculos por ello inervados.

La impresión clínica se confirma con la Identificación de los bacilos ácido- alcohol resistente en los frotis de moco y líquido tisular de la piel, o en las biopsias de las zonas afectadas. Cuando la pérdida de sensibilidad no es muy evidente, la baciloscopia es positiva.

- Demostración, en las biopsias, de infiltrados inflamatorios que lesionan o destruyen los nervios.

La Lepra indeterminada (LI) (cuadro 3) es la forma de comienzo en todos los pacientes. Suele aparecer en la infancia o la adolescencia y puede evolucionar hacia la curación o hacia cualquiera de las formas clínicas. Las lesiones son máculas hipocrómicas o eritematosas. Su principal característica es mostrar hiperestesia térmica o dolorosa (Fernandis, 1996).

En la clasificación de Madrid se admite que la enfermedad comienza como la lepra indeterminada (LI). Según la calidad de la respuesta inmune del huésped, la duración y la evolución de la fase inicial de la enfermedad será distinta. El LI es una forma inestable, de duración variable: es fugaz, pasando inadvertida, o varía a otra forma de lepra; o tiene

mayor duración, manteniéndose como tal a lo largo del tiempo, o puede curar, espontáneamente o por tratamiento, hay evidencia de curación espontánea en el 78% de los niños con este tipo de lepra.

La fase más temprana se caracteriza por la presencia en la piel de manchas o de máculas únicas o múltiples, asimétricas, hipocrómicas o eritematohipocrómicas, de límites difusos o mal definidos. Se localizan en cualquier lugar del cuerpo, pero tiene preferencias por las zonas más frías, como la cara, las extremidades y la región glútea. Son lesiones planas que no hacen relieve sobre la superficie normal de la piel, la sensibilidad cutánea en las lesiones está discretamente disminuida; la más afectada es la térmica: el paciente no diferencia si es tocado con un objeto frío o caliente, la sensibilidad dolorosa a la prueba con aguja puede estar poco alterada y la sensibilidad táctil está conservada, la sudoración y el crecimiento del vello suele estar afectados.

La prueba de la histamina es muy útil para el diagnóstico de LI, consiste en aplicar sobre la piel sana y sobre las lesiones, una gota de fosfato de histamina al 1 x 1000, seguida de escarificación intradérmica sin provocar hemorragia, en la piel sana se observa la triple respuesta de Lewis, que consiste en:

- ◆ **Eritema primario:** que aparece a los 20 años y alcanza 1 cm de diámetro.
- ◆ **Eritema secundario:** observado después de 30-40 segundos como un halo eritematoso se debe a la vasodilatación originada por el estímulo de la histamina sobre receptores nerviosos y a la transmisión del impulso hacia vasos sanguíneos, realizada por los pequeños filetes de la dermis.
- ◆ **Papila Urticariforme:** aparece después de 2 minutos realizada la escarificación.

En las manchas hipocrómicas de la lepra indeterminada no se observa el eritema secundario por que el nervio responsable del reflejo axónico esta lesionado por la respuesta inflamatoria, se denomina una respuesta de Lewis incompleta.

En la LI, los troncos nerviosos no están afectados, la lesión se limita a los finos filetes de la dermis, la baciloscopia es generalmente negativa (B=0). En la biopsia se puede observar bacilos aislados en el interior de las células de Schwann, pero, hasta ahora, el programa considera a la LI como una forma pausibacilar de la lepra, la prueba de Mitsuba, por la falta de definición inmunológica puede ser positiva o negativa. La LI es la fase ideal para el diagnostico precoz de la enfermedad, el tratamiento dura solo 6 meses, la curación bacteriológica es total y el paciente queda sin secuelas.

La lepra indeterminada representa un amplio espectro de variaciones clínicas e histopatológicas. En el área cutánea tuberculoide, la inmunidad mediada por células es fuerte con un gran número de células epiteloideas y linfocitos. Los nervios casi siempre se observan poco dañados y se identifica con facilidad *M. Leprae* en células de Schwann de los nervios de la zona subepidérmica. En la intermedia, las células epiteloideas no están rodeadas de muchos linfocitos, y no son frecuentes las células gigantes de Langerhans. El área subepidérmica esta libre de células infiltrantes y los nervios no están muy dañados, pero el perineuro esta laminado por células epiteloideas invasoras. Las lesiones lepromatosas intermedias muestran un bajo nivel de inmunidad mediada por células. Los granulomas se componen de sobre todo de macrofagos con linfocitos distribuidos en forma irregular.

Cuadro 3**CARACTERISTICAS DE LAS FORMAS DE LEPRA**

LEPRA INDETERMINADA	
Signos cutáneos	Máculas hipocrómicas de límites difusos, hipoestéticas al calor y al frío
Signos neurológicos	No se afectan los troncos nerviosos.
Organos internos, mucosas	No se afectan
Evolución	Vira a otra forma de lepra, permanece como LI cura espontáneamente o con tratamiento.
Baciloscopia	Negativa
Lepromina	Positiva o negativa
Histopatología	Infiltrados linfohistiocitarios perineurales. Engrosamiento del perinervio, penetración de linfocitos y macrófagos al nervio.

Fuente: Organización Mundial de la Salud

Hay pocos nidos de células epiteloideas. El perineuro de los nervios esta infiltrado con exudados celulares. Los nervios se identifican de manera fácil y contiene muchos bacilos.(Ministerio De Salud, 1997).

La **lepra tuberculoide (TB) (Cuadro 4)** es una forma polar estable, con mucha cantidad de bacilos (paucibacilar), debido a que hay una fuerte respuesta inmune celular, que destruye los bacilos por medio de formación de granulomas tuberculoides. Las lesiones cutáneas típicas son placas geográficas, eritematosa o violáceas, de bordes bien elevados y

sobreelevados, con tendencia a la curación central. Su distribución es asimétrica y predomina en la cara, en el tronco, los glúteos y los muslos. Otras lesiones posibles son máculas eritematosas e hipocrómicas y en los niños nódulos (Ferrandiz, 1996).

Con respuesta inmunológica de hipersensibilidad, la lesión dermatológica generalmente es única, aunque pueden existir hasta 5, de distribución asimétrica, bien delimitadas y circunscritas.

En la lepra tuberculoide se presenta máculas hipocromicas o eritemato – cromaticas, de límites bien definidos y placas, es de bordes elevados, con el tiempo sufren involución central, lo asemeja a una dermatofitosis. Su forma es ovalada y redonda de tamaño variable. Hay pérdida de la sensibilidad térmica, dolorosa y táctil, así como hipo o anhidrosis y alopecia de las lesiones. A veces se aprecia engrosamiento de un filete nervioso cutáneo al palpar los bordes de la lesión; además, en este y otros tipos de la lepra es posible el compromiso de los troncos nerviosos, que se palpan engrosados, a manera de las cuentas de un rosario, generalmente de manera asimétrica. Los nervios afectados son:

En la cara:

- Rama oftálmica del trigémino: sensibilidad de la cornea.
- Rama cigomatica del nervio facial: inerva el músculo orbicular de los párpados.
- Rama auricular del plexo cervical superficial: sensibilidad de la oreja

En los miembros superiores:

- El mediano, entre los tendones del palmar mayor y el menor, entre la articulación de la muñeca.
- El radial, en el canal de torsión del humero.

En los miembros inferiores

- El tibial superior, detrás del maleolo interno.

- El ciático – popliteo externo detrás de la cabeza de peroné.

El compromiso nervioso de LT, en las áreas inervadas por los troncos nerviosos involucrados, puede estar acompañada de la siguiente sintomatología:

* Disestesias: percepción espontánea, sin estímulo, de sensaciones diversas; tales como hormigueo, escozor, descarga eléctrica o telarañas.

* Parestesias: percepción de las sensaciones, un estímulo determinado evoca una sensación distinta.

* Paresia: disminución de la fuerza muscular, sin pérdida de la motricidad.

Las lesiones viscerales son excepcionales en la LT. A veces se afectan el hígado, los ganglios linfáticos y el epidídimo.

Los pacientes con LT tienen una respuesta inmunológica de alta resistencia e hipersensibilidad ante el bacilo de Hansen, por lo cual la prueba de Mitsuba es positiva y la baciloscopia negativa.

Los individuos tienen sólo una o algunas lesiones hipopigmentadas distribuidas en forma asimétrica, se desarrollan a partir de las máculas indeterminadas. Puede ser macular o estar infiltrada, pero en los bordes están bien delimitados alrededor de la piel y con frecuencia tienen pápulas finas. Las lesiones oscilan menos de 1cm a las que cubren regiones enteras, con el muslo o los glúteos, muchas lesiones tuberculoides sanan de manera espontánea.

Hay pérdida sensorial con alteración de la sudación y por último la pérdida del pelo. En la cara debido a la rica inervación la identificación de la hiperestesia en las lesiones tempranas requiere prueba de discriminación.

Cuadro 4**CARACTERISTICAS DE LAS FORMAS DE LEPRO**

LEPRO TUBERCULOIDE	
Signos cutáneos	Máculas hipocromicas o eritematocromicas, placas eritematosas de limites nítidos, asimétricas, anestésicas, anhidriticas y alopecicas; úlceras, heridas, quemaduras o perforante palmar.
Signos neurológicos	Afectación precoz y asimétrica de los troncos nerviosos, neuritis periférica: anestesia, Paresia y parálisis; lesiones óseas neurotroficas y Osteolisis.
Organos internos, mucosas	Afecta ocasionalmente los ganglios, e hígado
Evolución	Tendencia ala curación espontanea, con secuelas. Con quimioterapia oportuna y prevención: curación sin discapacidades.
Leporina	Positiva
Histopatologia	Granulomas subepidermicos, perianexiales, intraneurales, de células epiteloidales y de Langhans, con abundantes linfocitos, grado severo de destrucción neural por el granuloma, FF: negativo.

Fuente: Organización Mundial de la Salud

La afección de los nervios periféricos es común en la lepra tuberculoide, y a menudo se palpan los nervios cutáneos adyacentes, o dentro de las lesiones.

- Cutáneas: son lesiones maculosas, hipocrómicas y ligeramente escamosa con borde eritematopapulosao de forma redondeada y ovalada, con un tamaño diverso, fluctúa entre dos y veinte cm de diámetro, de distribución asimétrica y preferencia del tronco.
- Del sistema nervioso periférico: neuritis cualitativa, que puede llegar a la abscedación. Es asimétrica y compromete en general grandes troncos nerviosos, particularmente la rama del plexo cervical superficial y del nervio cubital que se palpa engrosado en el canal epitroclear y que lleva a la mano de predicador por atrofia de la región tenar, hipotenar y los músculos intraoseos. Compromiso del nervio radial que produce la mano en garra y del nervio ciático popliteo que determina la caída del pie. (Gomez, 1992).

En la lepra Lepromatosa (LL) (Cuadro 5) las lesiones son asimétricas y de morfología variada. Las más características y definitorias de esta forma clínica son los lepromas consistentes en lesiones nodulares o infiltradas. Las localizaciones preferentes son la cara, y el tronco y las zonas distales de las extremidades. También las lesiones maculosas, eritematosas, hipocrómicas o hiperpigmentadas, inflamación cutánea difusa y localizada y alopecia, trastornos de la suduración y onicodistrofias. La alopecia de cola de cajas es un dato de gran diagnóstico. Es un tipo polar y estable de la lepra, su mayor respuesta inmunológica celular contra el bacilo de Hansen, que prolifera sin obstáculos en los tejidos del paciente, la energía es específica para *M. Leprae*. La mayoría de las veces presenta la evolución de una LI no tratada, las manchas son eritematosas e infiltradas, de límites imprecisos y diseminación amplia. Con los años surgirían, pápulas, placas y tubérculos o lepromas. Las orejas se afectan inicialmente por infiltración y posteriormente, con lepromas. Hay caída de la cola de las cejas y de las pestañas, la infiltración de la piel de la cara acentúa la profundidad de los surcos naturales.

Existe también infiltración y engrosamiento de la piel y extremidades inferiores y superiores, con cutis seco, de aspecto exodérmico. Las manos se edematizan y la piel es brillante, lo que les da un aspecto de succulento. Las regiones palmares se tornan blanquecinas y el dorso cianótico.

El globo ocular es asiento de las lesiones en la LL, así como la laringe y la faringe. Varios órganos internos como el hígado, el bazo, la médula ósea y los ganglios linfáticos se pueden afectar también. Los pacientes con LL no tienen respuesta celular inmune adecuada y muestra energía selectiva para el bacilo de Hansen, la prueba de Mitsuba es negativa y baciloscopia fuertemente positiva. Esta forma de la lepra es la más contagiosa y el principal reto lo constituye el control epidemiológico de los casos abiertos, es decir bacilíferos, mediante la implantación de la terapia multidroga y la vigilancia de los convivientes. Es necesario instaurar medidas de prevención para evitar la ceguera y las incapacidades que, por las afecciones nerviosas se puede presentar en las manos y en los pies de los pacientes.

En esta variedad de la lepra la respuesta inmunológica del huésped es mínima. Constituye una enfermedad extensa y progresiva en donde los bacilos invaden la piel y los nervios.

Cuadro 5 CARACTERÍSTICAS DE LA FORMA DE LEPROMA

LEPROMA LEPROMATOSA	
Signos cutáneos	Infiltración difusa de la lepra; numerosas lesiones simétricas, eritematosas y lepromas; infiltración de las orejas.
Signos neurológicos	Afección lenta y simétrica de los troncos nerviosos; neuritis aguda en la reacción tipo 2.

Organos internos, mucosas	Afección del hígado, bazo, ganglios linfáticos, médula ósea y polo anterior del ojo; atrofia testicular o ginecomastia. Rinitis, glositis, faringitis y laringitis.
Evolución	Sin tratamiento; lepromatización total, reacción tipo 2 TMD: curación bacteriológica completa.
Baciloscopia	Positiva con globias en moco y linfa.
Lepromina	Negativa
Histopatología	Epidermis atrófica, dermatitis difusa con macrófagos espumosos y pocos plasmocitos; nervios con engrosamiento intra y perineural.

Fuente Organización Mundial de la Salud

Las lesiones son extensas y simétricas, lo que contrasta con las de la lepra tuberculoide. La afectación neurológica aparece mas tarde, probablemente debido a que la respuesta inmunológica a la presencia de los bacilos en el tejido nervioso es menor. Esta variedad resulta extremadamente contagiosa a partir de las secreciones nasales, a diferencia de la lepra tuberculoide, que no lo es en absoluto.

Los primeros síntomas suelen ser nasales y consisten en obstrucción, secreción y epistaxis.

Los cambios precarios más precoces son útiles, comienza como pequeñas máculas simétricas rojas y ligeramente hipopigmentadas, inicialmente múltiples que se tornan progresivamente más extensas.

Sus límites están poco definidos, posteriormente se forman pápulas, placas y nódulos, característicamente afecta la cara, brazos, las piernas y las nalgas, si bien puede afectarse

cualquier otra región de la superficie cutánea a excepción de las localizaciones más calidas como la axila y la ingle. Las zonas más frías de la cara como los labios, la nariz y los lóbulos de las orejas se afectan especialmente con frecuencia. La inflamación difusa de la piel de la frente produce un aspecto leonimo, desapareciendo cejas y pestañas. Se afecta también la nariz, los ojos, los testículos y los huesos. Resulta frecuente la tumefacción de los tobillos y la porción inferior de las piernas. La perineuritis produce anestesia en guantes y calcetines y los traumatismos multiples inadvertidos acaba produciendo destrucción y acortamiento de los dedos. En el curso de la enfermedad existen exacerbaciones febriles, siendo el eritema nudoso leproso una manifestación característica, el paciente no tratado fallece en último debido al fracaso renal o tuberculosis crónica. (Duvivier, 1995).

Las manifestaciones cutáneas son de tres tipos color rojo violáceo de consistencia renitente distribuida en forma simétrica y localizada en el lóbulo de al oreja, en la cara y en las extremidades. Las lesiones infiltrativas en placas son de mayor tamaño y tienen características anotadas en lo anterior. Por último está la forma infiltrativa difusa en la cual los límites es de imposible visualización.

Es frecuente la alopecia de la cola y de las cejas, la caída de las pestañas, la escasez del vello axilar y púbico, como también las formas infiltrativas difusas de caída de pelo, mas o menos generalizadas.

Las manifestaciones mucosas constantes sobre todo al nivel de la mucosa nasal con infiltración difusa, producen rinorrea y epistaxis, pudiendo llevar al cabo de los años, perforación del tabique nasal y la deformación de la nariz. Existe compromiso de tracto respiratorio superior con disfonía producida por el compromiso laríngeo. El ojo se encuentra comprometido en gran número de enfermos presentando lepromas en conjuntiva y del cuerpo ciliar, además ulceraciones corneales, que pueden llevarlo a la ceguera total.

Los testículos están comprometidos con frecuencia produciendo impotencia sexual y ginecomastia.

La forma lepromatosa presenta diseminación amplia y son comunes las infiltraciones lepromatosa en vías respiratorias superiores así como la laringe y esclerótica, hígado y testículos. En adultos los testículos a menudo se inflaman lo cual originan esterilidad y ginecomastia; pero estas manifestaciones son raras en niños. (Feigin, 1993).

La lepra dimorfa o Borden Line, es una forma intermedia e inestable entre las dos formas populares, dentro de ella puede distinguirse varios subtipos, según su proximidad a algunos de los extremos del espectro. Las lesiones cutáneas oscilan entre máculas y placas más numerosas y de borde más difuso en la lepra tuberculoide.

Las leproreacciones son episodios agudos que surgen en el curso crónico de la lepra, debido a variaciones, y mala situación inmunológica, que rompe el equilibrio entre el agente infeccioso y el organismo. No parece la lepra indeterminada, son excepciones de la lepra tuberculoide y aumentan en frecuencia y gravedad a medida que la enfermedad se aproxima al polo lepromatoso.

- Leproreacciones tipo I: se producen en la lepra dimorfa, las reacciones de reversión son debidas al incremento de la respuesta celular y causan acercamiento de la lepra dimorfa hacia el polo tuberculoide. En cambio, las reacciones de agravamiento son similares a las del tipo II, con aproximaciones al polo lepromatoso.

- Leproreacciones tipo II: son reacciones por inmunocomplejos que acompaña a episodios de diseminación bacilar. En general aparece como episodios múltiples de 15 a 30 días de evolución.

La Lepra dimorfa es la forma más inestable del grupo dimorfo por lo cual es difícil de precisar clínica e histológicamente, hasta el punto de no ser tomada en cuenta por varios

expertos. Presenta numerosas lesiones mas de 25 asimétricas, consistente en placas eritematosas, de limites bien definidos, con resolución central e islotes de piel sana. Hay discretas alteraciones de sensibilidad; el compromiso de los troncos no es tan severo como en la BT, la baciloscopia es positiva sin glovias y la reacción de minusvalidad es débilmente positiva.

La Lepra dimorfa lepromatosa presenta numerosa y variable cantidad de lesiones pueden verse placas eritematosas infiltradas, con límite definido en uno de los polos y difuso en el opuesto. Tienden a ser simétricas, pero en menor escala que la LL se afectan los troncos nerviosos, pero el riesgo de discapacidad es menor que el de BT y BB. La lepra BL puede presentar los fenómenos reaccionales 1 y 2. La baciloscopia es positiva y la lepromina es negativa.

La Lepra dimorfa o border – line es una forma intermedia e inestable entre las dos formas populares. Dentro de ella pueden distinguirse varios subtipos según su proximidad a algunos de los extremos del espectro. Las lesiones cutáneas oscilan desde máculas y placas, más numerosas y de bordes mas difusos que en la lepra tuberculoide.

La lepra intermedia, a veces llamada dimorfa, tiene rasgos de la forma lepromatosa y de la tuberculoide, representa en espectro continuo de enfermedad que va casi de tuberculosa a la casi lepromatosa.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General

Valorar el estado de salud de cabeza y cuello de pacientes con diagnóstico de enfermedad de Hansen atendidos en el hospital Herrera Restrepo del municipio de Agua de Dios.

1.5.2 Específicos

Determinar las características generales de los pacientes.

Establecer la valoración clínica extraoral de los pacientes.

Determinar la valoración física a nivel oral.

Establecer el estado clínico a nivel de los tejidos dentales.

Establecer los diagnósticos a nivel general, oral y dental.

2. METODO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo

2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

77 Pacientes atendidos en el hospital “Herrera Restrepo” del municipio de Agua de Dios; seleccionados bajo los siguientes criterios de inclusión:

- Aceptación voluntaria
- Diagnóstico de enfermedad de Hansen
- Manifestaciones en cabeza y cuello

2.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES

- **Características generales:** género, edad estado civil, procedencia, estrato socio económico, y nivel de escolaridad,
- **Valoración clínica extraoral:** clasificación de la enfermedad de Hansen, examen facial, valoración ojos, nariz, pabellón auricular, palpación muscular, palpación ganglionar del cuello, articulación temporo mandibular.
- **Valoración física oral.**
- **Estado clínico de los tejidos blandos:** Labios, carrillos, encía, lengua y frenillos.
- **Estado clínico de tejidos óseos:** Reborde alveolar, paladar duro, paladar blando.
- **Estado clínico tejidos dentales:** Caries (COP.), higiene oral (IHO).

2.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha clínica de la evaluación de la enfermedad de Hansen en pacientes atendidos en el hospital Herrera Restrepo del municipio de Agua de Dios.

2.5. PROCEDIMIENTO

Inicialmente se solicitó una carta a las directivas de la universidad para la autorización de la respectiva visita al Hospital Herrera Restrepo del municipio de Agua de Dios. Posteriormente, se realizó una visita al Hospital y se logró una comunicación directa con el director de la respectiva institución para la autorización de la presente investigación. Obtenida la autorización pertinente por parte de las directivas del Hospital, los investigadores se dirigieron junto con varios representantes administrativos y hospitalarios a cada uno de los albergues que allí se encuentran.

El asesor científico realizó la calibración de los examinadores unificando los criterios tanto teóricos como clínicos para el diligenciamiento de la ficha clínica; tomando fotos clínicas de las patologías encontradas.

A los asesores científico y metodológico, se les dio a conocer cada uno de los pasos realizados hasta el momento de la investigación, incluyendo la disposición desinteresada por parte del cuerpo hospitalario y de cada uno de los pacientes localizados en los diferentes albergues.

Se continuó visitando los tres albergues donde se encontraban los pacientes con enfermedad de Hansen, realizando sesiones educativas sobre higiene oral, obsequiándole a cada uno un kit de aseo.

Posteriormente se revisó las historias clínicas de los pacientes para obtener la clasificación o tipo de enfermedad de Hansen.

2.6. ANALISIS ESTADISTICO

Se realizo una base de datos en Microsoft acces para tabular todos los datos de las fichas clínicas y posteriormente se realizaron las graficas en excel tipo histogramas y pasteles.

3. RESULTADOS

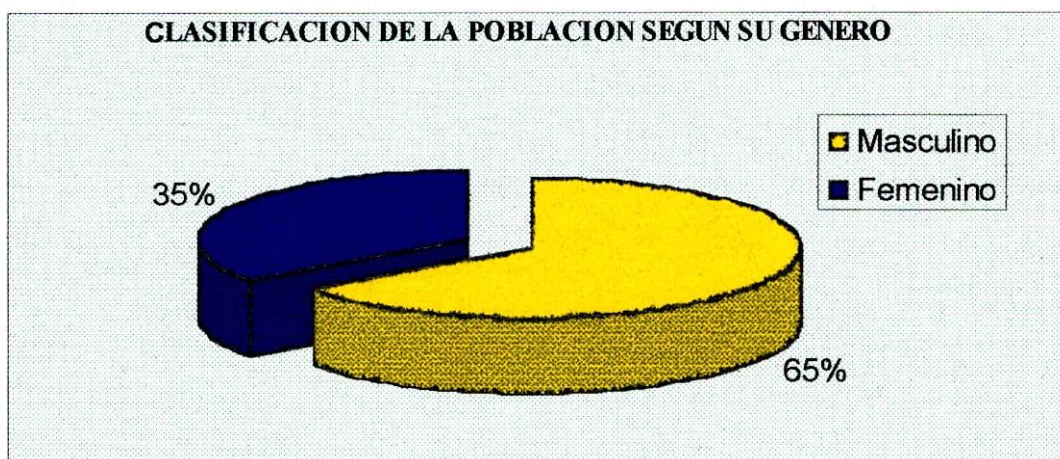
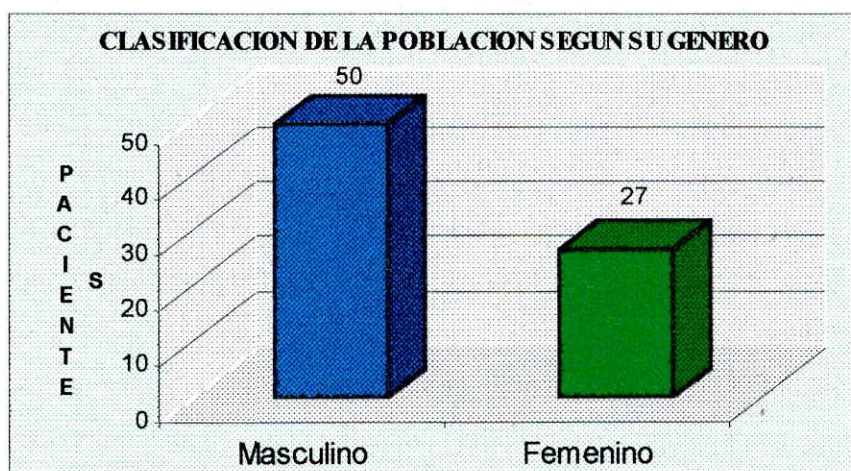
3.1 Características generales

3.1.1 Género: de los 77 pacientes evaluados 50 fueron hombres para un porcentaje de 65% y 27 mujeres para un porcentaje de 35%.

TABLA 1 CLASIFICACION DE LA POBLACION SEGÚN SU GÉNERO

			TOTAL
Sexo	Masculino	Femenino	2
N° de pacientes	50	27	77
Porcentaje	65%	35%	100%

GRAFICA 1 CLASIFICACION DE LA POBLACION SEGÚN SU GÉNERO

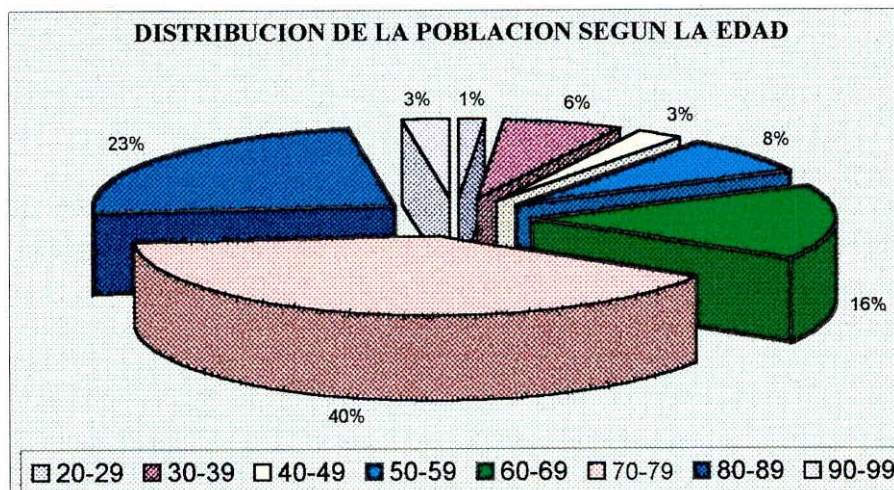
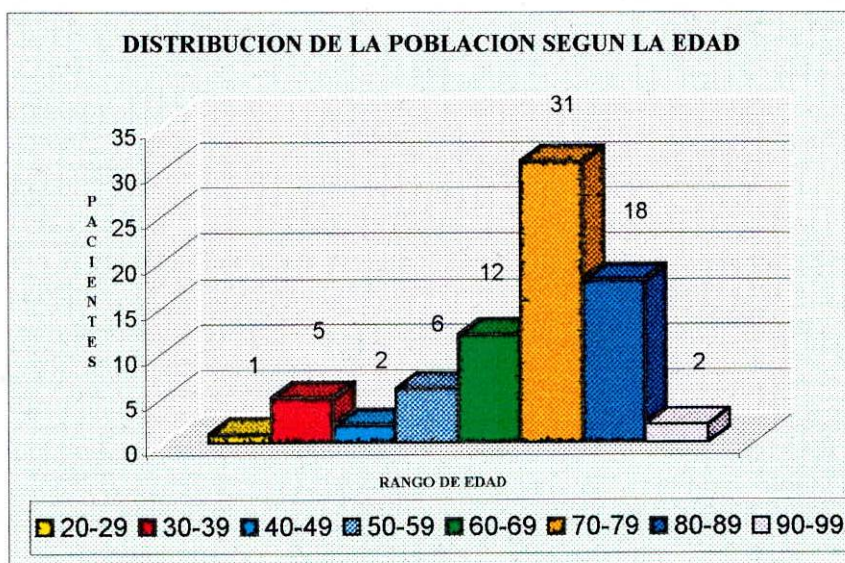


3.1.2. Edad: Respecto a la distribución de la edad oscila en el rango de 20-99 años ubicado el mayor número de pacientes entre 70-79 con 31 pacientes correspondientes al 40%.

TABLA 2 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN LA EDAD

									TOTAL
Rango Edad	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	20 -99
Numero Pacientes	1	5	2	6	12	31	18	2	77
Porcentaje	1%	6%	3%	8%	16%	40%	23%	3%	100%

GRAFICA 2 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN LA EDAD

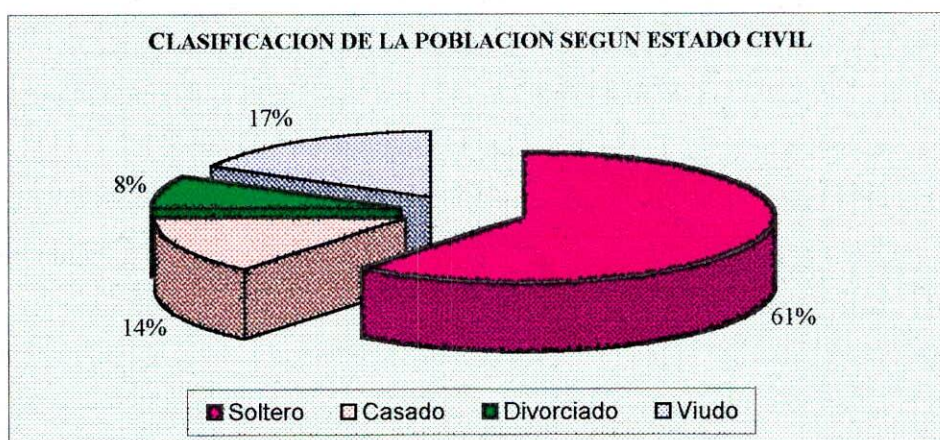
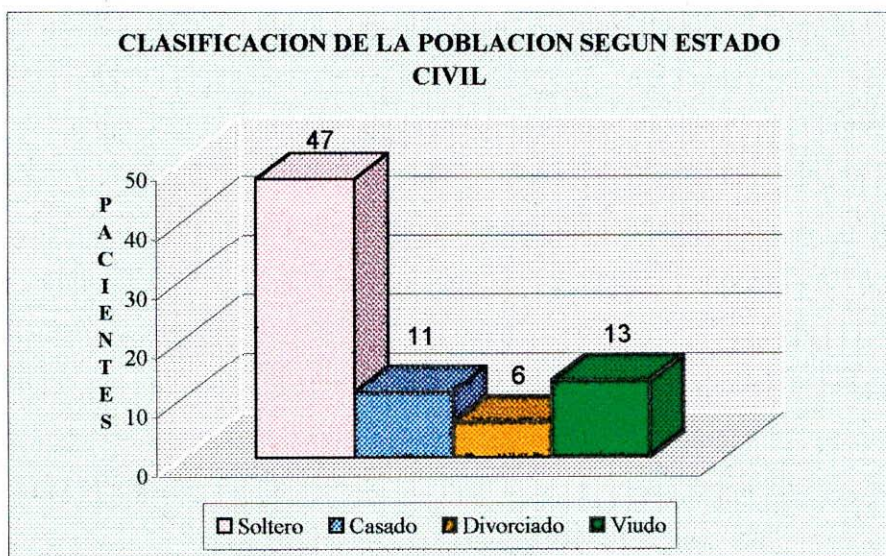


3.1.3 Estado civil: Estado civil: se observó un número de 47 pacientes correspondientes al 61% de la población son solteros.

TABLA 3 CLASIFICACION DE LA POBLACION SEGÚN EL ESTADO CIVIL

					TOTAL
E.Civil	Soltero	Casado	Divorciado	Viudo	4
No. Pacientes	47	11	6	13	77
Porcentaje	61%	14%	8%	17%	100%

GRAFICA 3 CLASIFICACION DE LA POBLACION SEGÚN EL ESTADO CIVIL

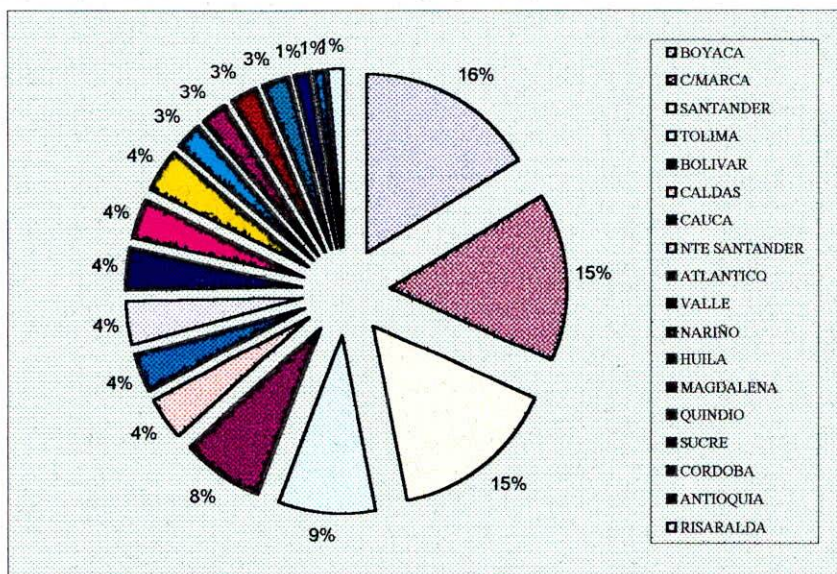


3.1.4 Procedencia: Se encontró que el mayor número de los pacientes fue Boyacá con un número de 13 pacientes con un porcentaje del 17%, seguido por Cundinamarca con 12 pacientes correspondientes al 16%, y Santander con 12 pacientes para un 16%.

TABLA 4 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LA PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	# PACIENTES	%
BOYACA	13	17%
C/MARCA	12	16%
SANTANDER	12	16%
TOLIMA	7	9%
BOLIVAR	6	8%
CALDAS	3	4%
CAUCA	1	4%
NTE SANTANDER	3	4%
ATLANTICO	3	4%
VALLE	3	4%
NARIÑO	3	4%
HUILA	2	3%
MAGDALENA	2	3%
QUINDIO	2	3%
SUCRE	2	3%
CORDOBA	1	1%
ANTIOQUIA		1%
RISARALDA	1	1%
TOTAL / 18	77	100%

GRAFICA 4 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LA PROCEDENCIA

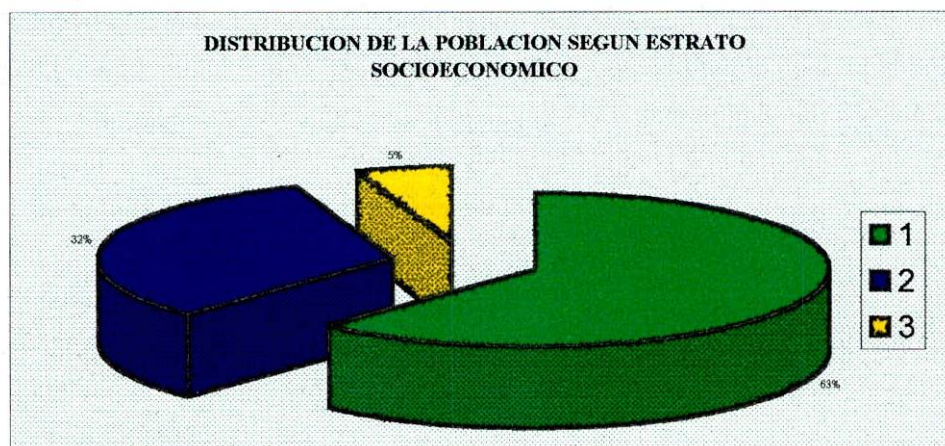


3.1.5 Estrato socioeconómico: se observó que el estrato 1 se encuentra la mayoría de la población con un total de 48 pacientes que equivale al 63%

TABLA 5 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN ESTRATO SOCIOECONOMICO

				TOTAL
Estrato socioeconómico	1	2	3	3
N° de pacientes	48	25	4	77
Porcentaje	63%	32%	5%	100%

GRAFICA 5 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN ESTRATO SOCIOECONOMICO

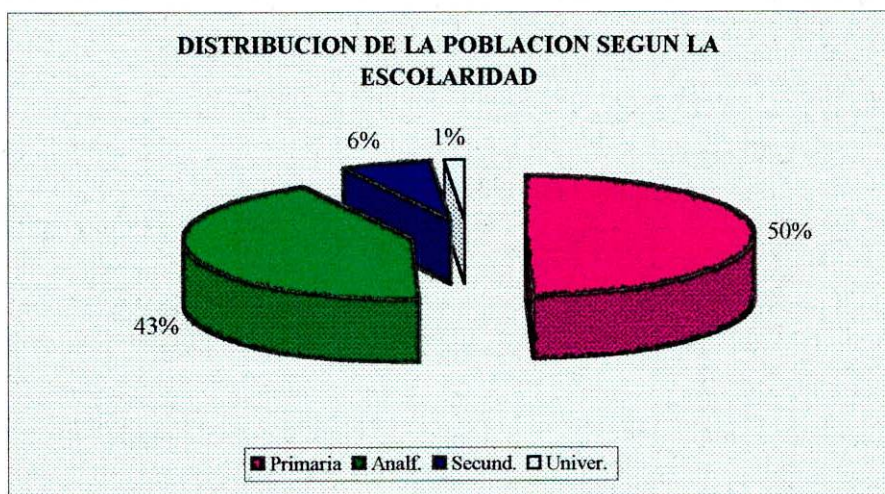
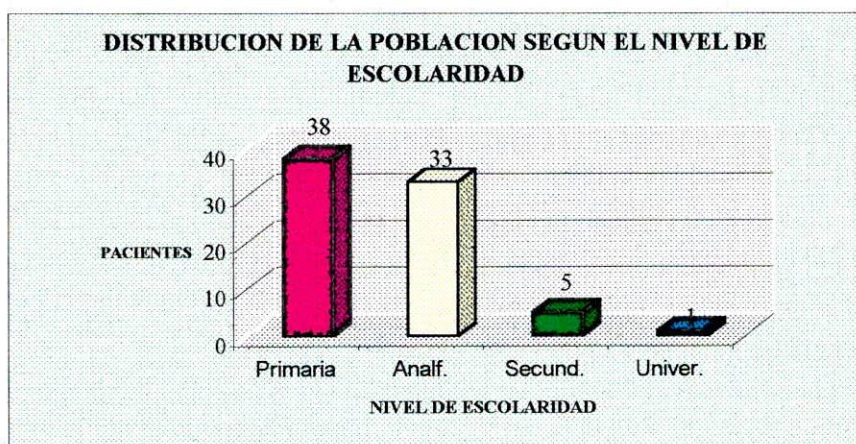


3.1.6. Nivel de escolaridad: se observó que el mayor nivel de escolaridad es primaria incompleta con un número de 38 pacientes equivalente al 50%.

TABLA 6 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LA ESCOLARIDAD

					TOTAL
Escolaridad	Primaria	Analf.	Secund.	Univer.	4
N° de pacientes	38	33	5	1	77
Porcentaje	50%	43%	6%	1%	100%

GRAFICA 6 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LA ESCOLARIDAD



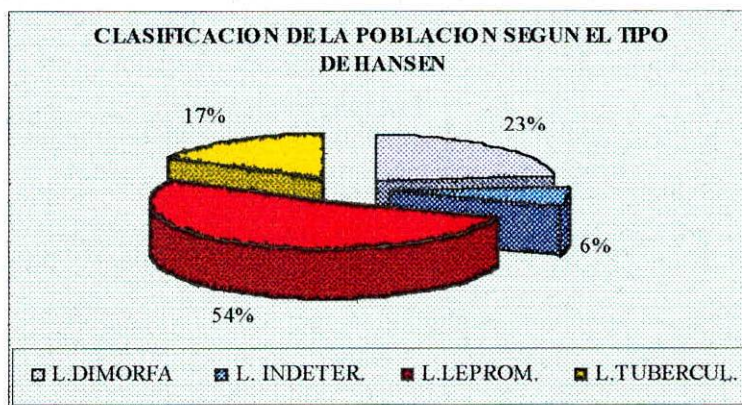
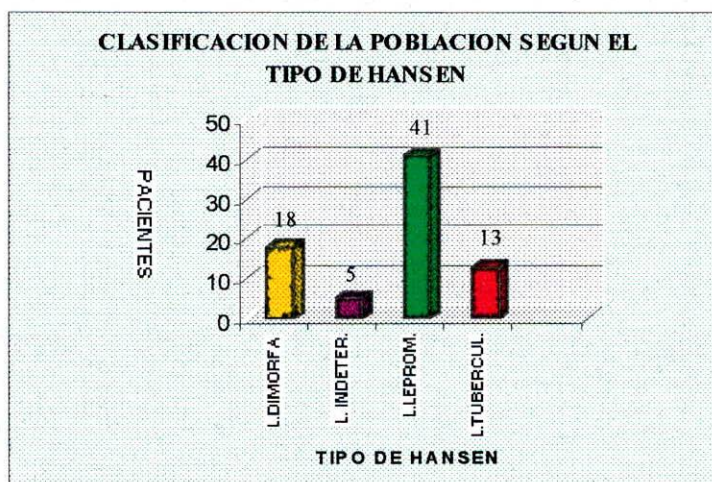
3.2 Valoración Extraoral:

3.2.1 Enfermedad de Hansen: Se encontró 41 pacientes que corresponden al 54% de la población con presencia de Lepra Lepromatosa seguido de 18 pacientes correspondientes al 23% con lepra dimorfa, 13 pacientes para un 17% con lepra tuberculoide y 5 pacientes para un 6% con lepra indeterminada.

TABLA 7 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN EL TIPO DE HANSEN

HANSEN	L.DIMORFA	L. INDETER.	L.LEPROM.	L.TUBERCUL.	TOTAL
No. PACIENTES	18	5	41	13	77
PORCENTAJE	23%	7%	53%	17%	100%

GRAFICA 7 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN EL TIPO DE HANSEN

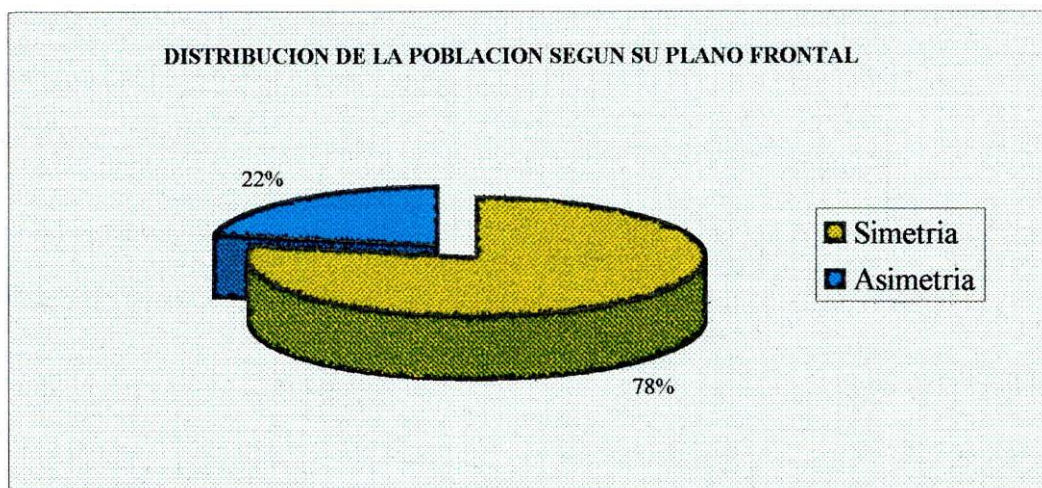
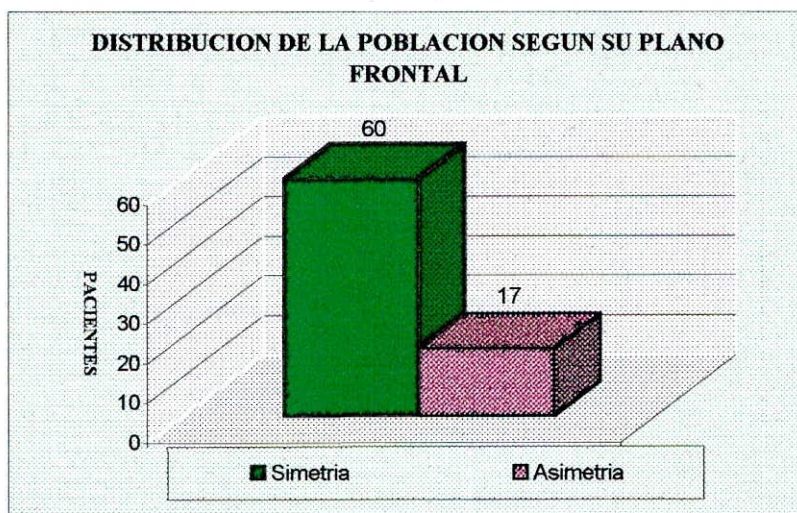


3.2.2 Plano frontal: se encontró que 17 pacientes con un porcentaje de 22% presentaron asimetría facial, y 60 pacientes equivalentes a 78% de la población.

TABLA 8 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN SU PLANO FRONTAL

			TOTAL
Plano Frontal	Simetria	Asimetria	2
N° de pacientes	60	17	77
Porcentaje	78%	22%	100%

GRAFICA 8 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN SU PLANO FRONTAL

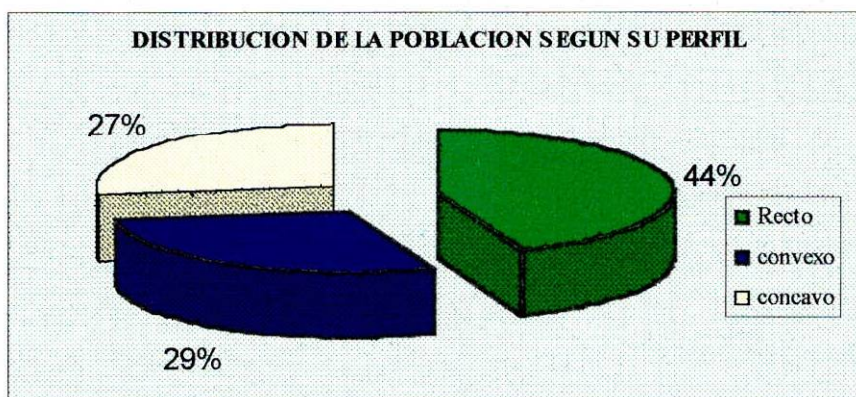
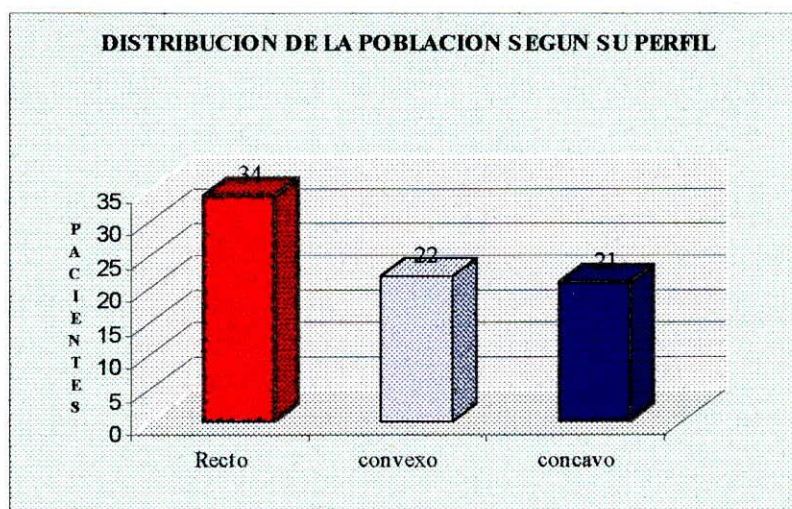


3.2.3 Perfil: se encontró un número de 34 pacientes que corresponden al 29% de la población con perfil recto.

TABLA 9 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN EL PERFIL

	TOTAL		
Perfil	Recto	convexo	concavo
N° de pacientes	34	22	21
Porcentaje	44%	29%	27%

GRAFICA 9 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN EL PERFIL



3.2.4 Ojos: se encontró que 34 pacientes correspondientes al 47% presentaron normalidad, y un número de 24 pacientes correspondientes al 30% presentan ptosis parpebral.

TABLA 10 CLASIFICACION DE LA POBLACION SEGÚN LA PATOLOGIA EN OJOS

OJOS	PTOSIS PALP	CONJUNTIV.	CATARATAS	PTERIGIOS	GLAUCOMA	TOTAL
No. PACIENTES	24	9	8	1	1	43
PORCENTAJE	30%	11%	10%	1%	1%	53%

GRAFICA 10 CLASIFICACION DE LA POBLACION SEGÚN LA PATOLOGIA EN OJOS

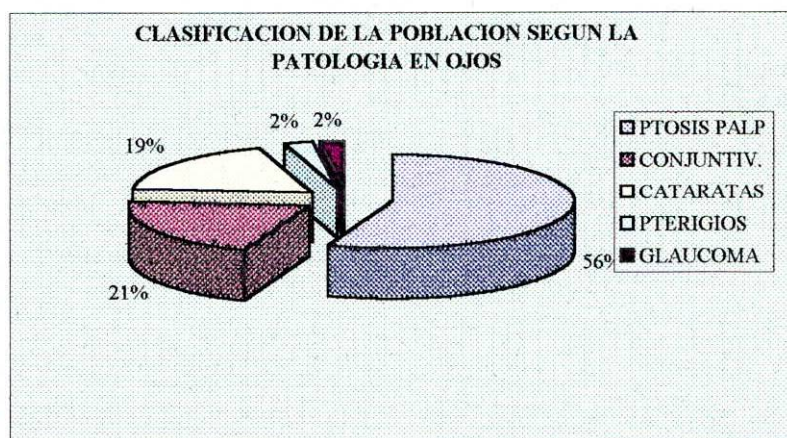
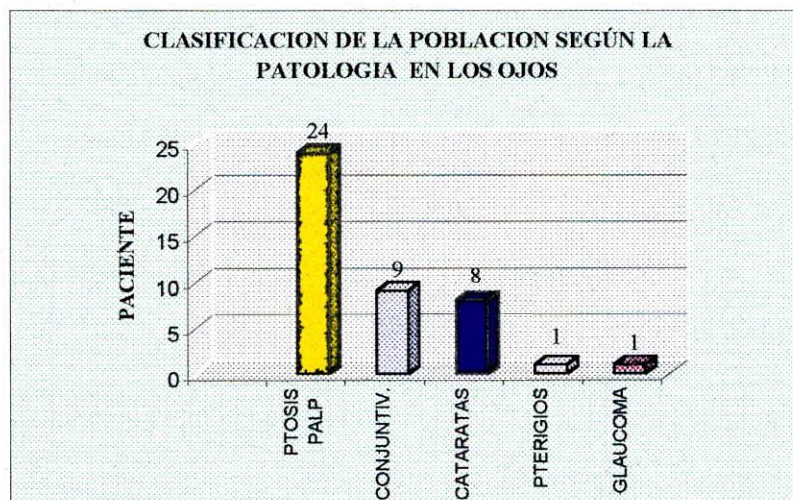


FOTO PACIENTE CON PTOSIS PALPEBRAL

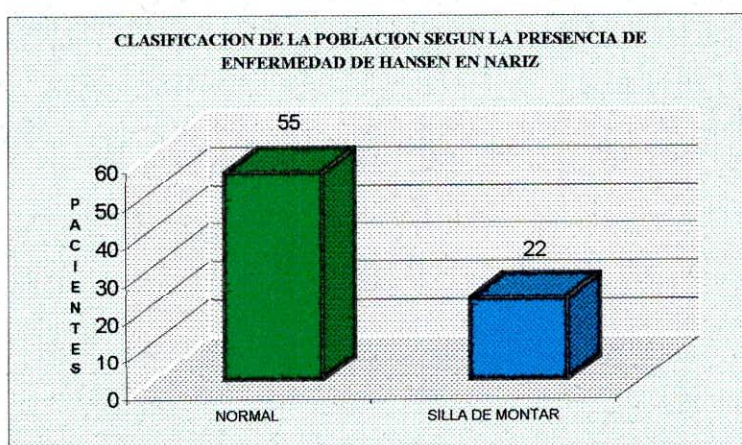


3.2.5 Nariz: Se observó que 55 pacientes correspondientes al 71% presentaron normalidad mientras que 22 pacientes correspondientes al 29% presentaron silla de montar.

TABLA 11 CLASIFICACION DE LA POBLACION SEGÚN LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD DE HANSEN EN NARIZ

			TOTAL
NARIZ	NORMAL	SILLA DE MONTAR	
No. PACIENTES	55	22	77
PORCENTAJE	71%	29%	100%

GRAFICA 11 CLASIFICACION DE LA POBLACION SEGÚN LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD DE HANSEN EN NARIZ



**CLASIFICACION DE LA POBLACION SEGUN LA
PRESENCIA DE ENFERMEDAD DE HANSEN EN NARIZ**

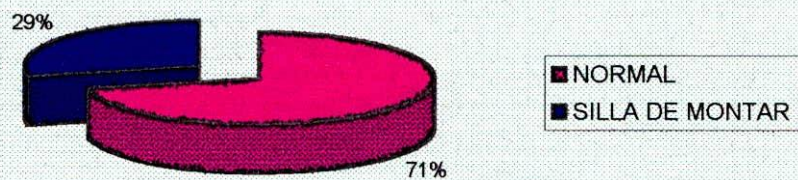
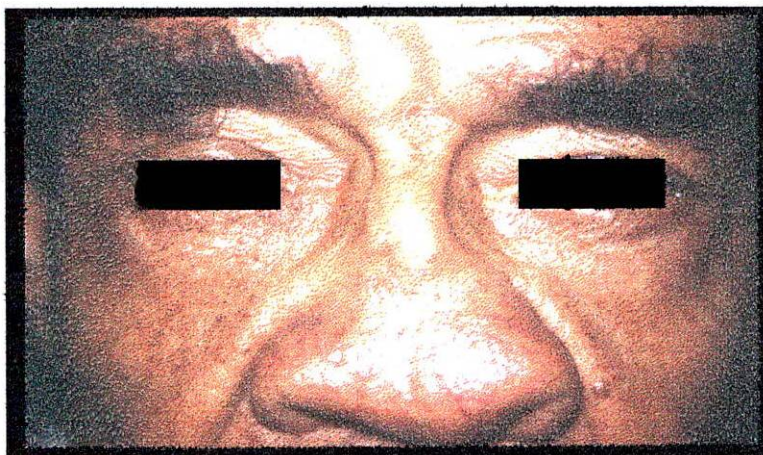


FOTO 1 PACIENTE CON SILLA DE MONTAR

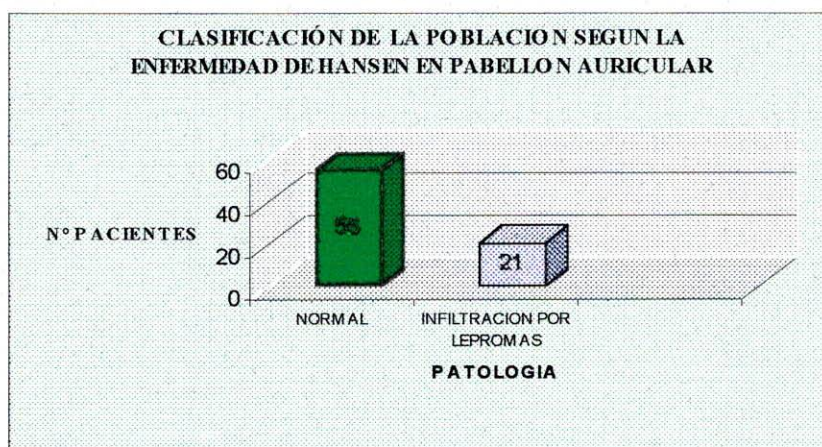


3.2.6 Pabellón auricular: se observó que 56 pacientes correspondientes al 72% presentaron normalidad, seguido por 21 pacientes que corresponden al 28% con infiltración de lepromas.

**TABLA 12 CLASIFICACION DE LA POBLACION SEGÚN LA ENFERMEDAD
DE HANSEN EN PABELLON AURICULAR**

PATOLOGIA	# PACIENTES	%
NORMAL	56	72%
INFILTRACION POR LEPROMAS	21	28%

**GRAFICA 12 CLASIFICACION DE LA POBLACION SEGÚN LA ENFERMEDAD
DE HANSEN EN PABELLON AURICULAR**



**CLASIFICACION DE LA POBLACION SEGUN LA
ENFERMEDAD DE HANSEN EN PABELLON AURICULAR**

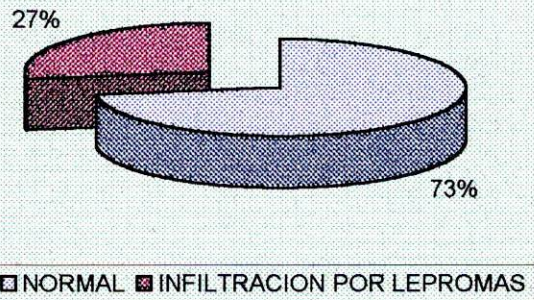


FOTO 2 PACIENTE CON INFILTRACION POR LEPTOMAS

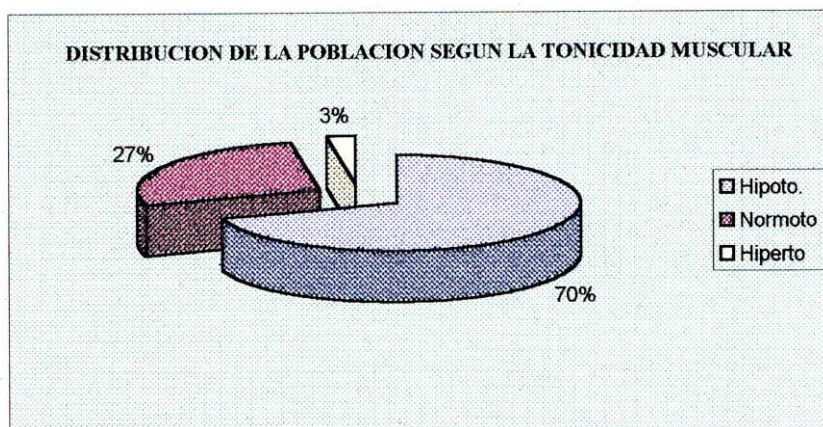
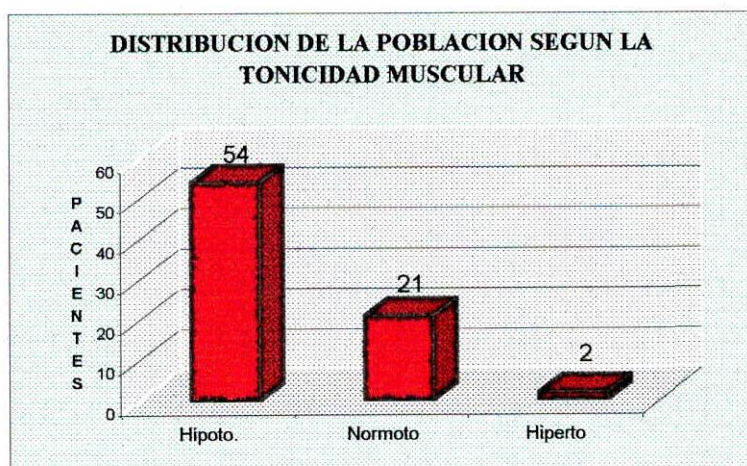


3.2.7 Tonicidad muscular: 54 pacientes correspondientes al 74% presentaron hipotonicidad.

TABLA 13 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN LA TONICIDAD MUSCULAR

Músculos	Hipoto.	Normoto	Hiperto	TOTAL
N° de pacientes	54	21	2	77
Porcentaje	70%	27%	3%	100%

GRAFICA 13 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN LA TONICIDAD MUSCULAR

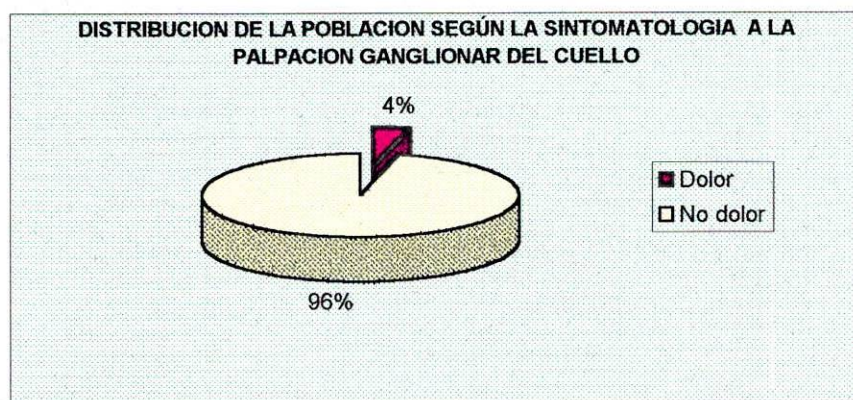
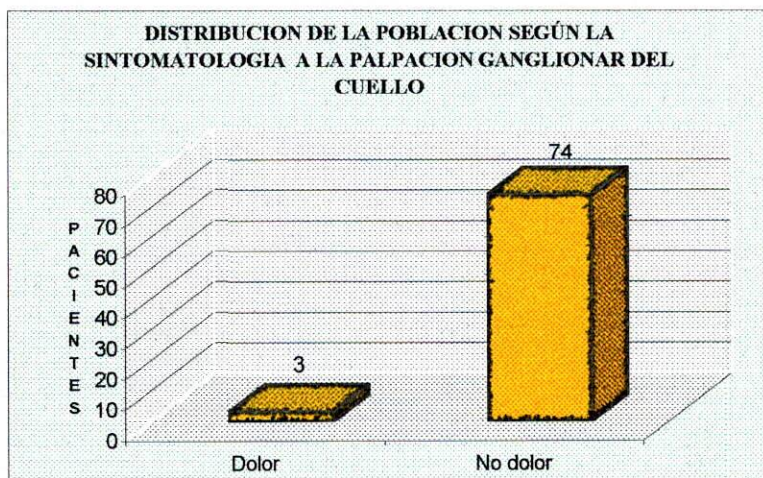


3.2.8 Palpación Ganglionar del cuello: se observó que 74 pacientes correspondiente a un 96% no reportaron dolor y 3 pacientes corresponden a un 4 % reportaron dolor.

TABLA 14 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN LA SINTOMATOLOGIA A LA PALPACION GANGLIONAR DEL CUELLO

			TOTAL
Ganglios	Dolor	No dolor	2
N° de pacientes	3	74	77
Porcentaje	4%	96%	100%

GRAFICA14 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN LA SINTOMATOLOGIA A LA PALPACION GANGLIONAR DEL CUELLO

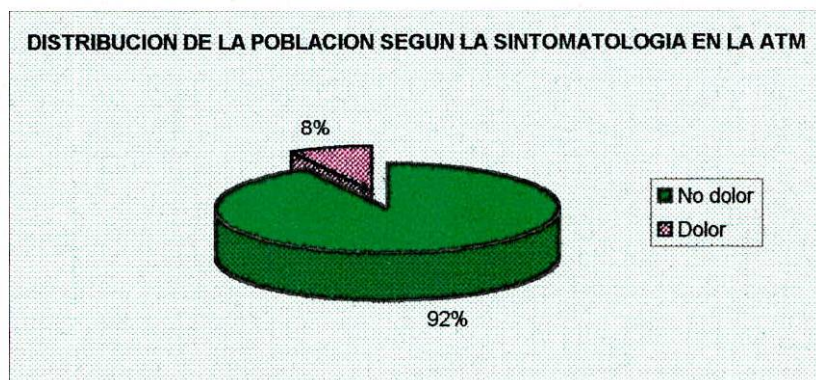


3.2.9 Articulacion Temporomandibular (ATM): Se encontró que 71 pacientes correspondientes al 92% no presentaron dolor mientras que 6 pacientes equivalentes al 8% reportaron dolor.

TABLA 15 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN LA SINTOMATOLOGIA EN LA ATM

	No dolor	Dolor	TOTAL
ATM			2
N° de pacientes	71	6	77
Porcentaje	92%	8%	100%

GRAFICA15 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN LA SINTOMATOLOGIA EN LA ATM



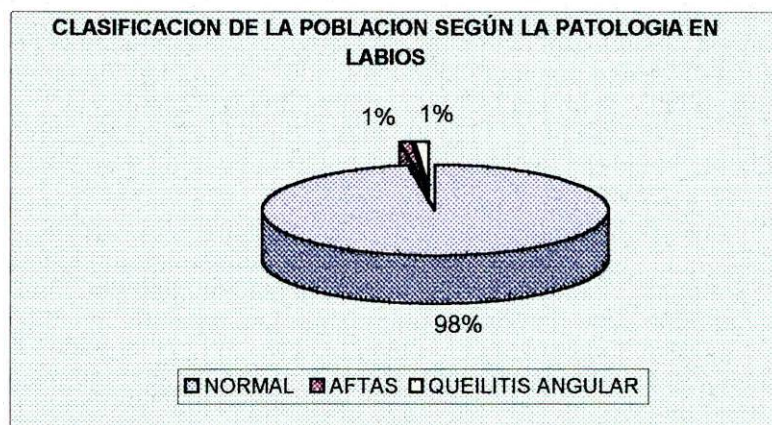
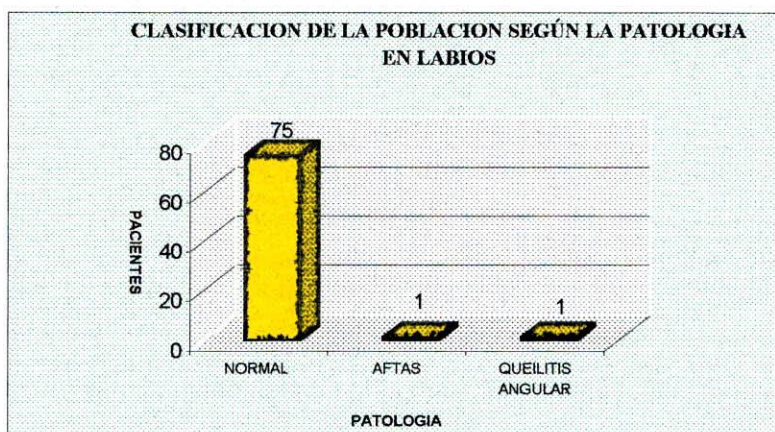
3.3 Examen físico oral

3.3.1 Labios: se encontró que 75 pacientes correspondientes al 98% presentaron normalidad, 1 paciente correspondiente al 1% presentó queilitis angular y 1 paciente con el 1% presentó aftas.

TABLA 16 CLASIFICACION DE LA POBLACION SEGÚN LA PATOLOGIA EN LABIOS

LABIOS	NORMAL	AFTAS	QUEILITIS ANGULAR	TOTAL
				3
No. PACIENTES	75	1	1	77
PORCENTAJE	98%	1%	1%	100%

GRAFICA16 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN LA PATOLOGIA EN LABIOS

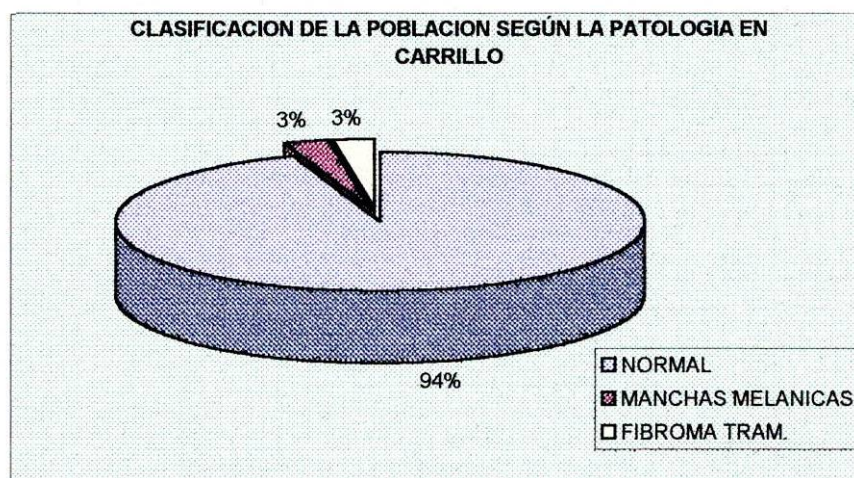
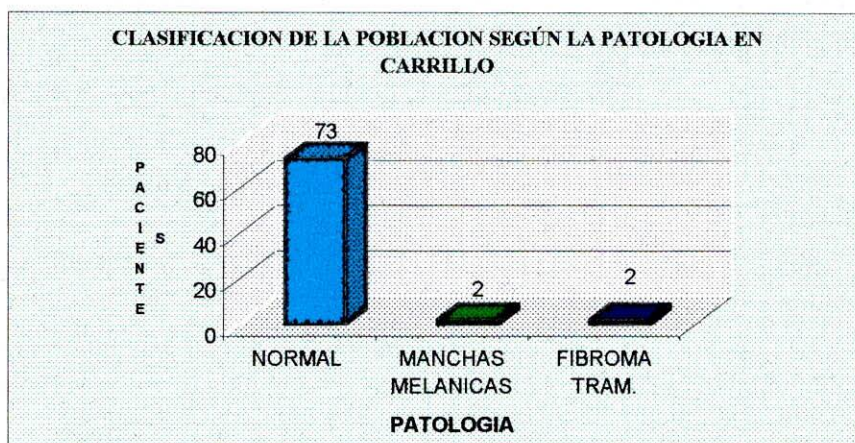


3.3.2 Carrillos: 73 pacientes correspondientes a un 94% presentaron normalidad, y un numero de 2 pacientes correspondiente a un 3% presentaron manchas melánicas

TABLA 17 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN LA PATOLOGIA EN CARRILLOS

				TOTAL
CARRILLO	NORMAL	MANCHAS MELANICAS	FIBROMA TRAM.	
No.PACIENTES	73	2	2	77
PORCENTAJE	94%	3%	3%	100%

GRAFICA17 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN LA PATOLOGIA EN CARRILLOS

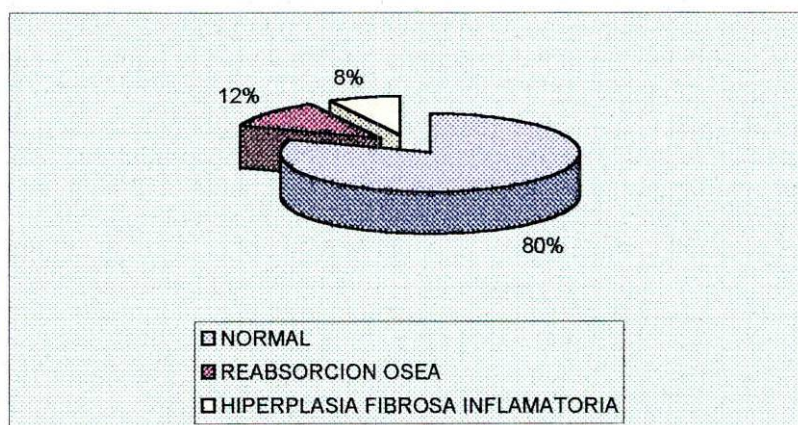
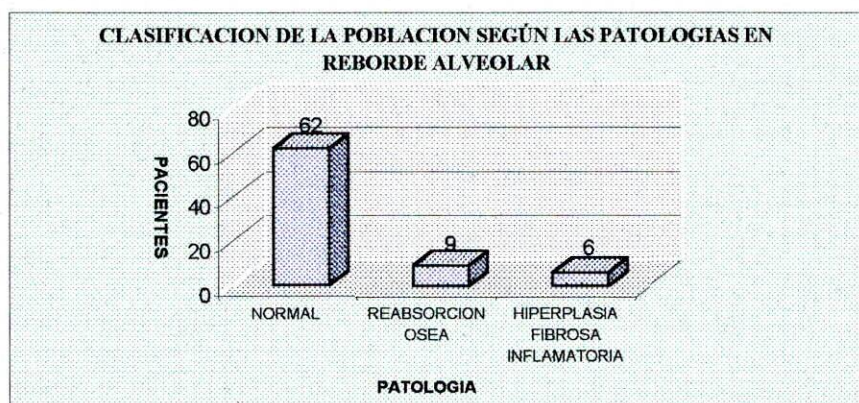


3.3.3 Reborde alveolar: se encontró que 62 pacientes correspondientes al 80% de la población presentaron normalidad seguido por 9 pacientes correspondientes al 12% presentaron reabsorción ósea.

TABLA 18 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN LA PATOLOGIA EN REBORDE ALVEOLAR

REBORDE ALVEOLAR	NORMAL	REABSORCION OSEA	HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATORIA	TOTAL
No. PACIENTES	62	9	6	77
PORCENTAJE	81%	12%	7%	100%

GRAFICA18 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN LA PATOLOGIA EN REBORDE ALVEOLAR



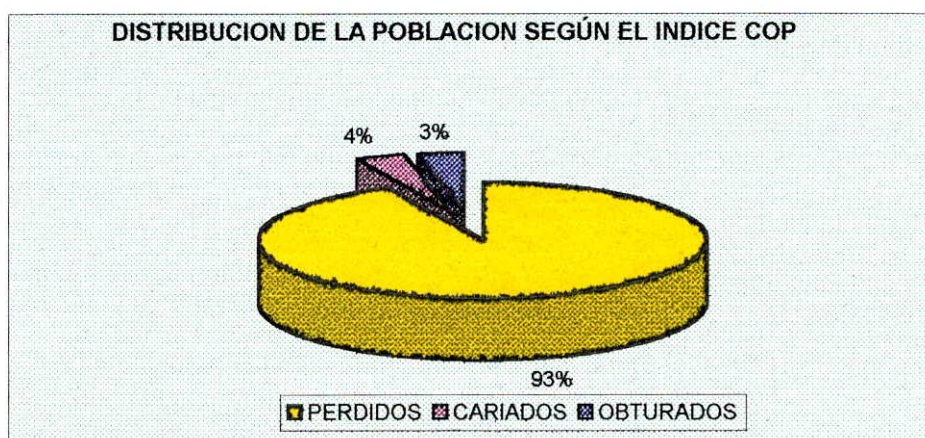
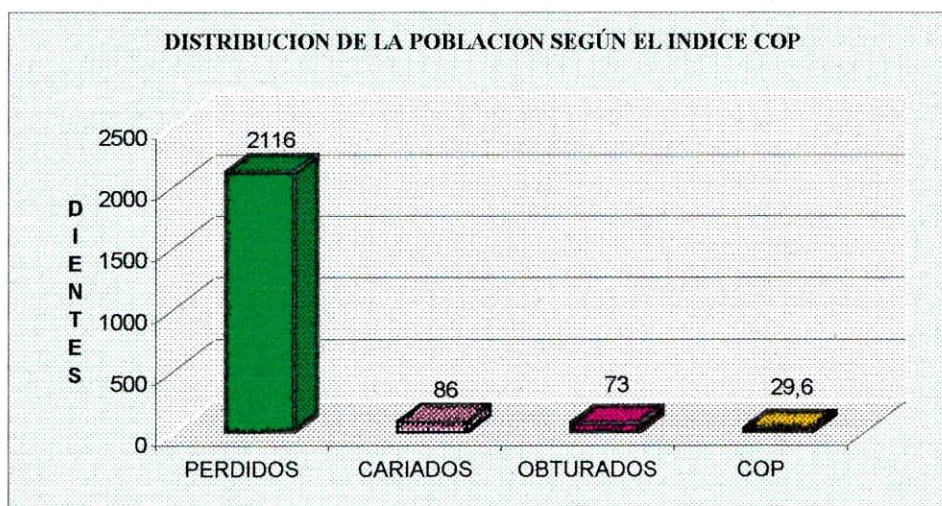
3.4 Examen clínico tejidos dentales

3.4.1 COP. Se pudo observar un total de 2116 dientes perdidos, seguido de cariados 86 y Obturados 73 dientes para un total de dientes afectados de 2275 correspondiente a un índice COP (29.5) ubicada en la clasificación de la O.M.S. (muy alta).

TABLA 19 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN EL INDICE COP

				TOTAL
COP	PERDIDOS	CARIADOS	OBTURADOS	COP
No. DIENTES	2116	86	73	29,6
PORCENTAJE	93	4	3	100%

GRAFICA19 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN EL INDICE COP

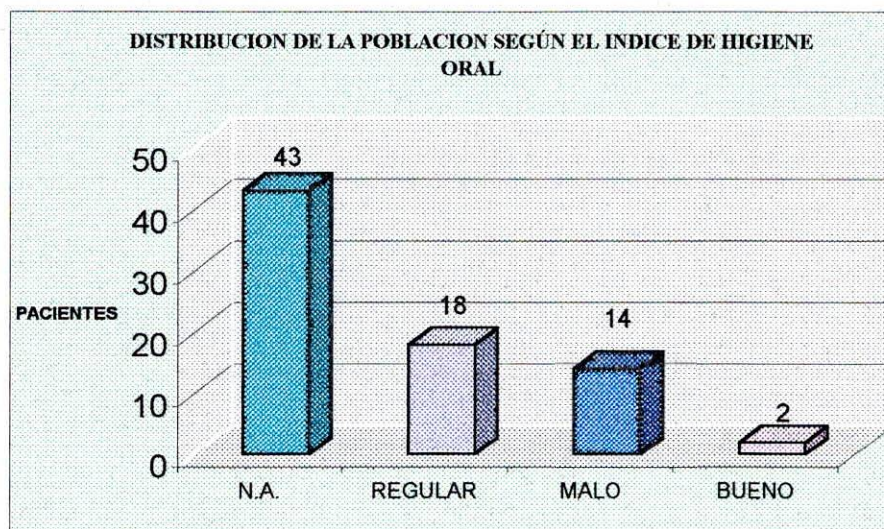


3.4.2 IHO: En la evaluación del índice de higiene oral (IHO) se encontró que para 43 pacientes correspondientes al 56 % de la población el índice no fue aplicable, mientras que para el resto de la población la distribución según el índice fue así: para 18 pacientes con un porcentaje del 23% el índice fue Regular, para 14 pacientes en un 18% fue malo y para 2 pacientes en un 3% fue bueno.

TABLA 20 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN EL INDICE IHO

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN EL INDICE I.H.O.		
IHO	# PACIENTES	%
N.A	43	56%
REGULAR	18	23%
MALO	14	18%
BUENO	2	3%
TOTAL	77	100%

GRAFICA 20 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN EL INDICE IHO



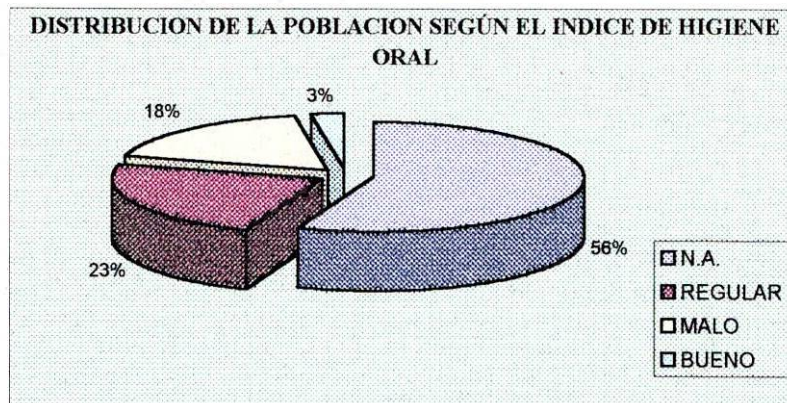


TABLA 21 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN EL PROMEDIO DEL IHO

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN EL PROMEDIO DEL IHO	
IHO	PROMEDIO
N.A	-----
REGULAR	1.7
MALO	4.9
BUENO	0.5
TOTAL I.H.O.	2.4 (REGULAR)

GRAFICA 21 DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN EL PROMEDIO DEL IHO



4. DISCUSION

La lepra es una enfermedad infectocontagiosa que en los últimos años, ha disminuido su incidencia gracias al uso de nuevos y mejores fármacos y al aumento en el nivel de la calidad de vida. En el estudio se observó que la mayoría de los pacientes valorados eran hombres en edades avanzadas, lo cual concuerda con los estudios epidemiológicos manejados por el ministerio de salud que ubica la enfermedad en la tercera edad; pero se caracteriza por presentarse en zonas endémicas con climas húmedos, y en este estudio la mayor procedencia de pacientes se presentó en Boyacá, Cundinamarca y Santander.

La lepra por ser una enfermedad infectocontagiosa afecta principalmente a pacientes cuyos estados nutricionales y de defensa están severamente alterados. La mayoría de los pacientes corresponde al estrato socioeconómico de nivel 1 con marcadas carencias nutricionales y deficiente protección inmunológica.

La literatura reporta que el tipo de lepra más común es la Lepromatosa, deformante y no contagiosa; lo cual se corrobora en este estudio puesto que un alto porcentaje de los pacientes valorados estaban en esta etapa Lepromatosa.

Respecto a las alteraciones a nivel facial es común en la lepra, el daño de terminaciones nerviosas periféricas y a nivel del cartílago; también se observó que un porcentaje considerable de los pacientes presentaban ptosis palpebral y deformidad del tabique nasal o silla de montar, lo cual concuerda con las características semiológicas de la lepra lepromatosa. Otro aspecto clínico de los pacientes es el daño a nivel del lóbulo del pabellón

auricular o infiltración por lepromas, lo cual está relacionado con la alteración que produce la lepra a nivel del cartílago, hecho que pudo apreciarse en algunos de los pacientes valorados.

En cuanto a las patologías orales no se encontró ninguna ya que todas las observadas están relacionadas con la edad, tal es el caso de la hiperplasia fibrosa inflamatoria que se presentó en algunos pacientes.

En lo referente al índice COP se pudo observar que en la mayoría de los pacientes los dientes estaban perdidos, esto tiene relación directa con el estrato socioeconómico y la edad de los pacientes; y la clasificación de muy alta está dada por los dientes perdidos, hecho que no se relaciona con la presencia de la enfermedad. Finalmente al evaluar el I.H.O. se estableció que este no era aplicable en un alto porcentaje de los pacientes debido precisamente a la ausencia de la gran mayoría de los dientes.

5. CONCLUSIONES

- * El género que predominó fue el masculino con un 65% de la población.
- * El grupo etareo más observado en la población fue entre 70-99 años
- * El estado civil que se observó en mayor número fue el de solteros
- * Boyacá, seguido de Cundinamarca y Santander presentaron el mayor número de pacientes registrados.
- * El estrato 1 fue el que se observó en mayor número.
- * El mayor número de pacientes presentaban un nivel de escolaridad de primaria incompleta.
- * La clasificación de la población según el tipo de Hansen con mayor número fue lepra lepromatosa.
- * En el plano frontal se encontró que el mayor número de pacientes tenía simetría facial.
- * En la valoración clínica extraoral se observó que la patología más relevante en relación con la enfermedad de Hansen fue ptosis parpebral, ubicada en los ojos, y silla de montar ubicada en la nariz, e infiltración por lepromas en el pabellón auricular.
- * El índice COP de la población fue 29.6 considerado como muy alto en la clasificación de la OMS.
- * En el IHO se encontró que en el 57% de la población no es aplicable y para el resto la distribución fue: 18 pacientes con un porcentaje del 23% regular, 14 pacientes en un 18% malo y 2 pacientes en un 3% fue bueno.

6. RECOMENDACIONES

Los investigadores recomiendan realizar un estudio sobre la historia del manejo de la enfermedad de Hansen en el municipio de Agua de Dios.

Realizar una investigación sobre la relación existente entre el estrato socioeconómico y la enfermedad de Hansen.

BIBLIOGRAFIA

Arce, Patricia Espinosa Gladys, Heredia Patricia, protocolo de vigilancia en salud pública, secretaria de salud en Bogotá pág. 1 – 14, Bogotá abril 1998.

Cortes, Alonso manual práctico de dermatología, EDT, santillana, páginas 163 – 168.

Gurí, Juan Carlos y Gabriela Roxana All rights reserved. WWW. Healthing.com/lepra/html. Pagina 1 -2; 1997 – 1998.

OMS, guía para la lucha antileprosa, pagina 9-95, Ginebra 1980.

Ministerio de salud, investigación epidemiológica y de laboratorio para el control precoz de la lepra. Pagina 1-8 Bogotá, diciembre 1987.

Ministerio de salud, dirección de atención médica, control de lepra, pagina 1.23, Bogotá 1987.

Pumarola, A. microbiología y parasitología médica EDT salvat 2 edición pagina 520-525
Barcelona (España) 1987

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
VALORACION DEL ESTADO DE SALUD DE CABEZA Y CUELLO DE PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD DE HANSEN ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
HERRERA RESTREPO DEL MUNICIPIO DE AGUA DE DIOS.2001
FICHA CLINICA

N° _____

I. CARACTERISTICAS GENERALES

Genero _____ Edad _____ Estado civil _____ Lugar de procedencia _____

Estrato Socioeconómico:	1	2	3	4	5	6
Nivel De Escolaridad:	Analfabeta	C			Técnico	C I
	Primaria	C I			Universitario	C I
	Secundaria	C I				
Completo (C), Incompleto (I)						

II. VALORACION CLINICA EXTRAORAL**ENFERMEDAD DE HANSEN**

CLASIFICACION (OMS)	L.I.	L.T.	L.L.	L.D		
LOCALIZACION ANATOMICA						

Lepra Indeterminada (LI), Lepra Tuberculoide (LT), Lepra Lepromatosa (LL), Lepra Dimorfa-.

Examen facial:

FRONTAL	PERFIL
Simetría _____	Recto _____
Asimetría _____	Cóncavo _____
	Convexo _____

	N A	N A	N A	N A
OJOS	Alineación	Posición	pupilas	Conjuntivas
NARIZ	Simetría	Sensibilidad	Olfato	
PABELLON AURICULAR				
Normal (N) Anormal (A)				

ANEXO 1

Palpación Muscular: Normotonicidad hipotonicidad hipertonicidad Masetero Temporal pterigoideo interno pterigoideo externo esternocleidomastoideo	Palpación Ganglionar del cuello Blando ☐ indurado ☐ Móvil ☐ Fijo ☐ No doloroso ☐ Doloroso ☐
ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	
Dolor articular: ☐ presente ☐ ausente Tipo de dolor ☐ Debil ☐ fuerte	
Localización en ATM: Derecha ☐ Izquierda ☐	

III. EXAMEN FISICO ORAL

EVALUACION DE TEJIDO BLANDO Y OSEO											
		N	A			N	A			N	A
Labios	☐	☐	Gingiva	☐	☐	Piso de boca	☐	☐	Paladar blando	☐	☐
Carrillos	☐	☐	Reborde Alveolar	☐	☐	Frenillos	☐	☐	Amígdalas/orofaringe	☐	☐
Surco Vestibular	☐	☐	Lengua	☐	☐	Paladar duro	☐	☐	Glándulas salivares	☐	☐

III. EXAMEN CLINICO DE TEJIDOS DENTALES

Odontograma

18	17	16	15	14	13	12	11
48	47	46	45	44	43	42	41
31	32	33	34	35	36	37	38

Indice COP

COP	18	COP	28	COP	38	COP	48
COP	17	COP	27	COP	37	COP	47
COP	16	COP	26	COP	36	COP	46
COP	15	COP	25	COP	35	COP	45
COP	14	COP	24	COP	34	COP	44
COP	13	COP	23	COP	33	COP	43
COP	12	COP	22	COP	32	COP	42
COP	11	COP	21	COP	31	COP	41

TOTAL

(C) Cariados:

(O) Obturados:

(P) Perdidos:

Índice COP :

índice de higiene oral

Placa blanda								placa blanda	—
Diente	16	11	26	36	31	46		placa calcificada total	—
Placa calcificada								I.H.O.	—
								Clasificación	—

V. DIAGNOSTICOS**ORALES**

DENTALES
