

**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**

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO**

Carvajal A\*; Cifuentes M\*; Fernández N\*; Flórez I\*; Forero C\*; Luengas S\*; Nemocón J\*; Riascos K\*;  
Segura M\*; Velandia A\*; Villamizar C\*\*; Revelo I\*\*\*.

**RESUMEN**

*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. Los resultados encontrados en cuanto a los datos generales fueron que en la población de estudio predomina el género masculino con el 65%, la distribución de la edad oscila entre los 20 y 99 años siendo el mayor rango entre 70-79 años, la procedencia de la mayoría de pacientes fue Boyacá seguido de Santander y Cundinamarca. En cuanto a la clasificación de la enfermedad de Hansen se encontró que el 53% de la población presenta lepra lepromatosa, un 23% lepra dimorfa y un 17% lepra tuberculoide y 7% lepra indeterminada. En la valoración clínica extraoral el examen facial determinó una simetría facial del un 78%, y una asimetría facial del 22%; la patología más relevante observada en los ojos fue ptosis parpebral con el 24%, en nariz fue la presencia de silla de montar con el 27% y en el pabellón auricular la presencia de madarosis con el 28%.*

**Palabras claves:** Enfermedad de Hansen, cabeza y cuello, Hospital Herrera Restrepo, municipio Agua de Dios.

**INTRODUCCIÓN**

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, aparte del aspecto de los recursos económicos y de mano de obra, en muchos países donde la lepra es endémica. Las tasas de la lepra suelen ser más 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 preparado para reconocer las manifestaciones que presenta un

paciente que padece la enfermedad de Hansen y sus posibles complicaciones en el manejo odontológico.

Este trabajo de investigación tiene como importancia conocer los 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.

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.

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 sucedía 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.)

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.

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 más graves otras estructuras del cuerpo humano. (Organización mundial de la salud, 1998)

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. (Ferrandis 1996).

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  $\mu$ m 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.

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 los siguientes:

- No crece en medio de laboratorios ordinarios.
- Infecta la almohadilla plantar del ratón de manera característica.
- El 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.)

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; ptosis palpebral, lagofthalmus, ectropión y facies inexpresivas por alteración del nervio facial; úlceras en dedos, plantas de pies y palmas de manos por pérdida de la sensibilidad; madarosis, 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, blefamoespasmo, 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)**, **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 serán distintas.

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 a 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.

Es por lo anterior que el objetivo general planteado fue 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.

## **MATERIALES Y METODO**

El tipo de estudio fue descriptivo; con una población de estudio de 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 de la enfermedad de Hansen en cabeza y cuello.

Las variables analizadas fueron las siguientes:

- **Características generales:** género, edad, estado civil, procedencia, estrato socioeconómico, y nivel de escolaridad.
- **Valoración clínica extraoral:** clasificación de enfermedad de Hansen, examinación del plano frontal, perfil, ojos, nariz, pabellón auricular, palpación muscular, palpación ganglionar del cuello y articulación temporomandibular.
- **Valoración física oral:** estado clínico de tejidos blandos: labios carrillos, surco vestibular, gingiva, frenillos. Tejidos

óseos: reborde alveolar, paladar duro, y paladar blando. Tejidos dentales: C.O.P. e I.H.O.

Para la recolección de datos se diseñó una ficha clínica donde se consignaron los datos correspondientes a las variables establecidas.

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.

## RESULTADOS

Los resultados encontrados fueron los siguientes:

### \* Datos generales:

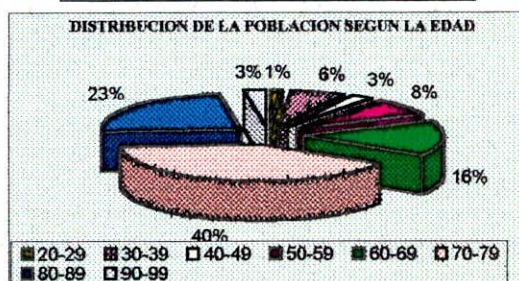
**Género:** de los 77 pacientes evaluados 50 fueron hombres para un porcentaje de 65% y 27 mujeres para un porcentaje de 35%.

| CLASIFICACION DE LA POBLACION SEGÚN GÉNERO |           |      |
|--------------------------------------------|-----------|------|
| GÉNERO                                     | PACIENTES | %    |
| MASCULINO                                  | 50        | 65%  |
| FEMENINO                                   | 27        | 35%  |
| TOTAL                                      | 77        | 100% |



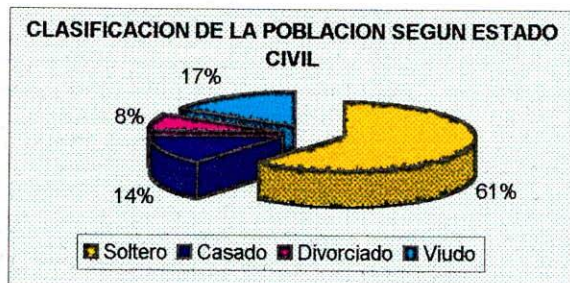
**Edad:** Respecto a la distribución de la edad la población osciló entre 20 y 99 años ubicando el mayor número de pacientes en el rango comprendido entre 70-79 años con 31 pacientes correspondientes al 40%.

| DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN LA EDAD |             |      |
|--------------------------------------------|-------------|------|
| RANGO EDAD                                 | # PACIENTES | %    |
| 20-29                                      | 1           | 1%   |
| 30-39                                      | 5           | 6%   |
| 40-49                                      | 2           | 3%   |
| 50-59                                      | 6           | 8%   |
| 60-69                                      | 12          | 16%  |
| 70-79                                      | 31          | 40%  |
| 80-89                                      | 18          | 23%  |
| 90-99                                      | 2           | 3%   |
| TOTAL                                      | 77          | 100% |



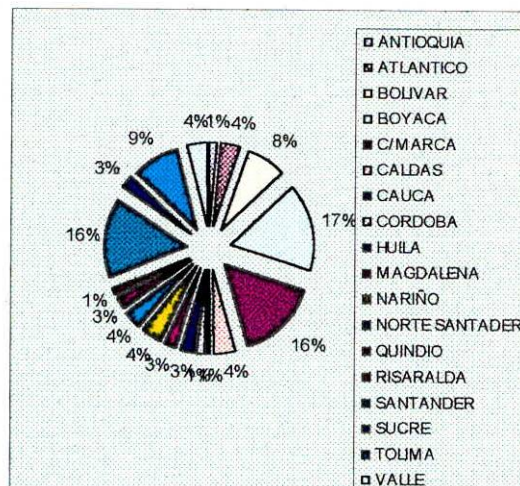
**Estado civil:** se observó que la mayor opción eran solteros en un número de 47 pacientes correspondientes al 61% de la población.

| DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN EL ESTADO CIVIL |           |      |
|----------------------------------------------------|-----------|------|
| ESTADO CIVIL                                       | PACIENTES | %    |
| SOLTERO                                            | 47        | 61%  |
| VIUDO                                              | 13        | 17%  |
| CASADO                                             | 11        | 14%  |
| DIVORCIADO                                         | 6         | 8%   |
| TOTAL                                              | 77        | 100% |



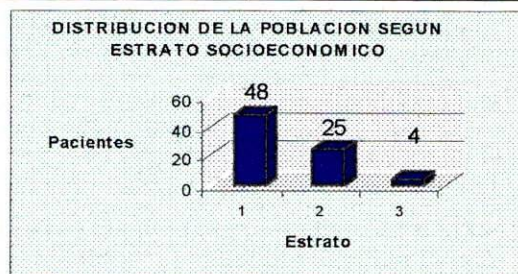
**Procedencia:** Se encontró que el mayor número de los pacientes fue de Boyacá con un número de 13 para un porcentaje del 17%, seguido por Cundinamarca con 12 pacientes correspondientes al 16%, y Santander con 12 pacientes para un 16%.

| DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN SU PROCEDENCIA |             |      |
|---------------------------------------------------|-------------|------|
| PROCEDENCIA                                       | # PACIENTES | %    |
| BOYACA                                            | 13          | 17%  |
| C/MARCA                                           | 12          | 16%  |
| SANTANDER                                         | 12          | 16%  |
| TOLIMA                                            | 7           | 9%   |
| BOLIVAR                                           | 6           | 8%   |
| CALDAS                                            | 3           | 4%   |
| CAUCA                                             | 3           | 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           | 1%   |
| RISARALDA                                         | 1           | 1%   |
| TOTAL                                             | 77          | 100% |



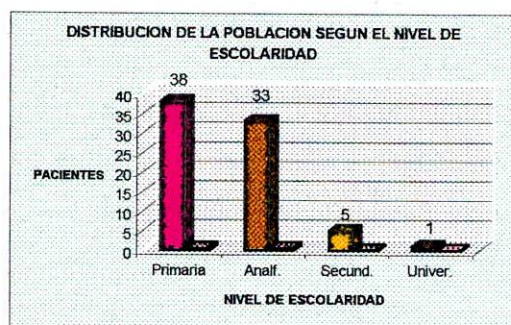
**Estrato socioeconómico:** se observó que en el estrato 1 se encuentra la mayoría de la población con un total de 48 pacientes que equivalen al 63%.

| DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN ESTRATO SOCIOECONOMICO |             |      |
|-----------------------------------------------------------|-------------|------|
| ESTRATO SOCIOECONOMICO                                    | # PACIENTES | %    |
| 1                                                         | 48          | 63%  |
| 2                                                         | 25          | 32%  |
| 3                                                         | 4           | 5%   |
| TOTAL                                                     | 77          | 100% |



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

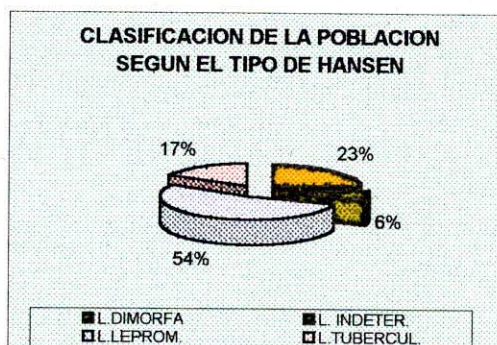
| DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION SEGÚN EL NIVEL DE ESCOLARIDAD |             |      |
|------------------------------------------------------------|-------------|------|
| ESCOLARIDAD                                                | # PACIENTES | %    |
| PRIMARIA                                                   | 38          | 50%  |
| ANALFABETA                                                 | 33          | 43%  |
| SECUNDARIA                                                 | 5           | 6%   |
| UNIVERSITARIO                                              | 1           | 1%   |
| TOTAL                                                      | 77          | 100% |



#### \* Valoración extraoral:

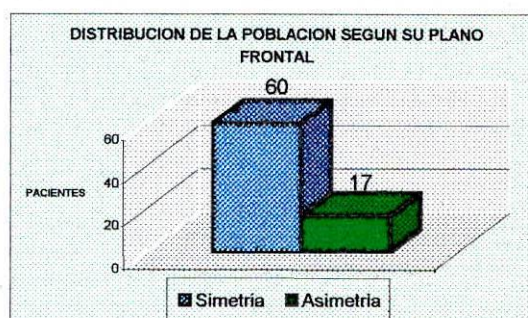
**Enfermedad de Hansen:** Se encontró 41 pacientes que corresponden al 54% de la población con diagnóstico de Lepra Lepromatosa seguido de 18 pacientes correspondientes al 23% con lepra dimorfa, 13 pacientes para un 17% con lepra tuberculoide y 5 pacientes para un 6% con lepra indeterminada.

| CLASIFICACION DE LA POBLACION SEGÚN EL TIPO DE HANSEN |            |      |
|-------------------------------------------------------|------------|------|
| TIPO HANSEN                                           | #PACIENTES | %    |
| LEPROMATOSA                                           | 41         | 54%  |
| DIMORFA                                               | 18         | 23%  |
| TUBERCULOIDE                                          | 13         | 17%  |
| INDETERMINA                                           | 5          | 6%   |
| TOTAL                                                 | 77         | 100% |



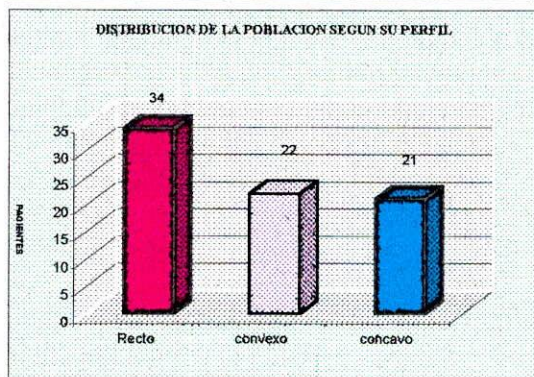
**Plano frontal:** se encontró que 17 pacientes con un porcentaje de 22% presentaron asimetría facial, y 60 pacientes equivalentes a 78% de la población presentaron simetría facial.

| DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN SU PLANO FRONTAL |            |      |
|-----------------------------------------------------|------------|------|
| PLANO FRONTAL                                       | #PACIENTES | %    |
| SIMETRIA                                            | 60         | 78%  |
| ASIMETRIA                                           | 17         | 22%  |
| TOTAL                                               | 77         | 100% |



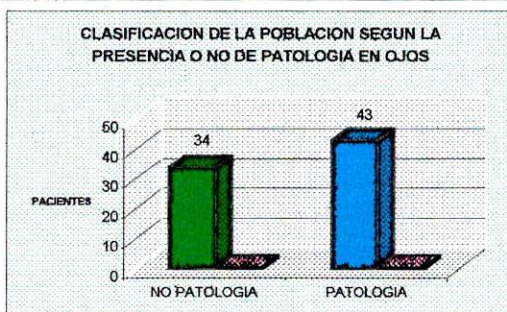
**Perfil:** 34 pacientes que corresponden al 29% de la población presentaron perfil recto.

| DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN EL PERFIL |            |      |
|----------------------------------------------|------------|------|
| PERFIL                                       | #PACIENTES | %    |
| RECTO                                        | 34         | 44%  |
| CONVEXO                                      | 22         | 29%  |
| CONCAVO                                      | 21         | 27%  |
| TOTAL                                        | 77         | 100% |



**Ojos:** 34 pacientes correspondientes al 47% presentaron normalidad y un número de 43 pacientes correspondientes al 53% presentaron ptosis palpebral, conjuntivitis, cataratas, glaucoma y pterigios. (Fig. 1).

| CLASIFICACION DE LA POBLACION SEGÚN LA PRESENCIA O NO DE PATOLOGIA EN OJOS |            |      |
|----------------------------------------------------------------------------|------------|------|
| PATOLOGIA                                                                  | #PACIENTES | %    |
| NO PATOLOGIA                                                               | 34         | 47%  |
| PATOLOGIA                                                                  | 43         | 53%  |
| TOTAL                                                                      | 77         | 100% |



| CLASIFICACION DE LA POBLACION CON PATOLOGIA EN OJOS |    |     |
|-----------------------------------------------------|----|-----|
| PTOSIS PALPEBRAL                                    | 24 | 30% |
| CONJUNTIVITIS                                       | 9  | 11% |
| CATARATAS                                           | 8  | 10% |
| PTERIGIOS                                           | 1  | 1%  |
| GLAUCOMA                                            | 1  | 1%  |
| TOTAL                                               | 43 | 53% |

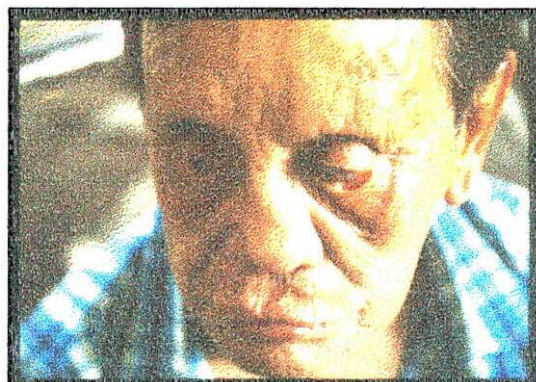
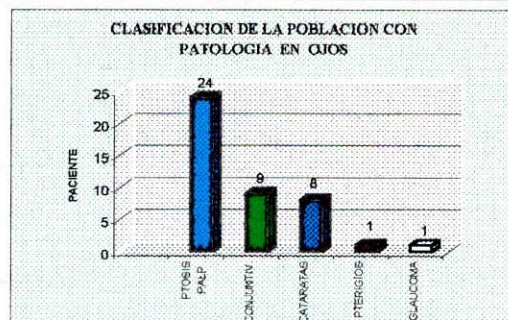
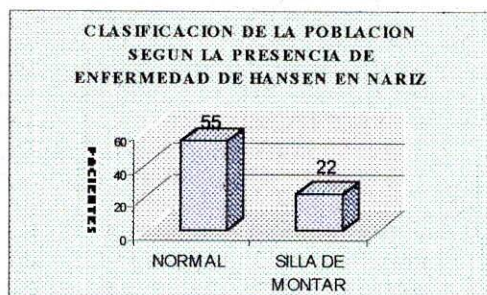


Figura 1. Paciente con Ptosis palpebral

**Nariz:** 55 pacientes correspondientes al 71% no presentaron patología mientras que 22 pacientes correspondientes al 29% presentaron silla de montar. (Fig. 2).

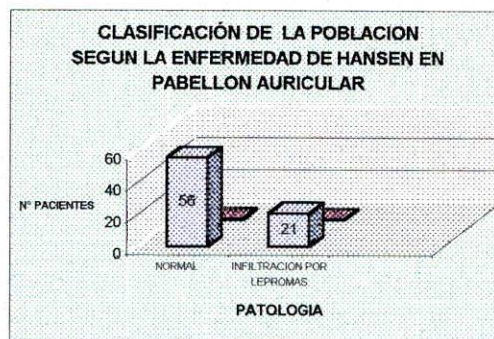
| CLASIFICACION DE LA POBLACION SEGÚN LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD DE HANSEN EN NARIZ |             |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|
| PATOLOGIA                                                                         | # PACIENTES | %    |
| SIN PATOLOGIA                                                                     | 55          | 71%  |
| SILLA DE MONTAR                                                                   | 22          | 29%  |
| TOTAL                                                                             | 77          | 100% |



**Figura 2.** Paciente con silla de montar

**Pabellón auricular:** 56 pacientes correspondientes al 72% no presentaron patología, seguido por 21 pacientes que corresponden al 28% con infiltración por lepromas. (Fig. 3)

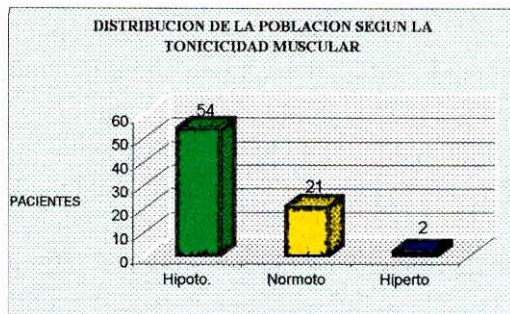
| CLASIFICACION DE LA POBLACION<br>SEGUN LA ENFERMEDAD DE HANSEN EN<br>PABELLON AURICULAR |             |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|
| PATOLOGIA                                                                               | # PACIENTES | %    |
| SIN PATOLOGIA                                                                           | 56          | 72%  |
| INFILTRACION<br>POR LEPROMAS                                                            | 21          | 28%  |
| TOTAL                                                                                   | 77          | 100% |



**Figura 3.** Paciente con infiltración por lepromas.

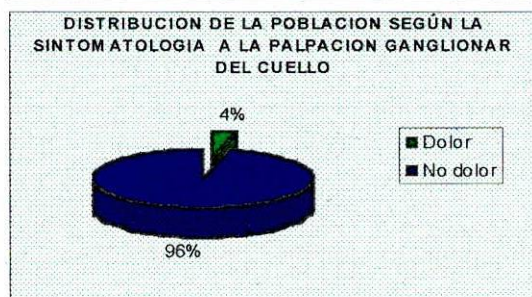
**Tonicidad muscular:** 54 pacientes correspondientes al 74% presentaron hipotonicidad.

| DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LA<br>TONICIDAD MUSCULAR |             |      |
|-------------------------------------------------------------|-------------|------|
| TONICIDAD                                                   | # PACIENTES | %    |
| HIPOTONICIDAD                                               | 54          | 70%  |
| NORMOTONICIDAD                                              | 21          | 27%  |
| HIPERTONICIDAD                                              | 2           | 3%   |
| TOTAL                                                       | 77          | 100% |



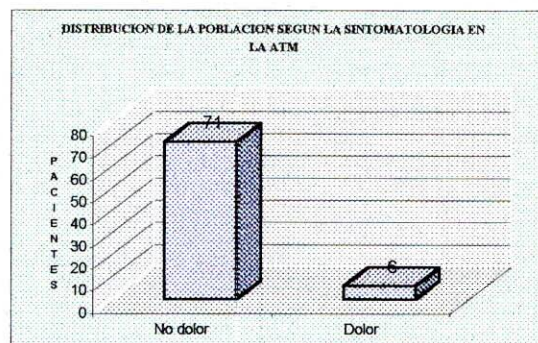
**Palpación Ganglionar del cuello:** 74 pacientes correspondiente a un 96% no reportaron dolor y 3 pacientes corresponden a un 4 % reportaron dolor.

| DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LA SINTOMATOLOGIA A LA PALPACION GANGLIONAR DEL CUELLO |             |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|
| GANGLIOS                                                                                  | # PACIENTES | %    |
| NO DOLOR                                                                                  | 74          | 96%  |
| DOLOR                                                                                     | 3           | 4%   |
| TOTAL                                                                                     | 77          | 100% |



**Articulación Temporomandibular (ATM):** 71 pacientes correspondientes al 92% no presentaron dolor mientras que 6 pacientes equivalentes al 8% reportaron dolor.

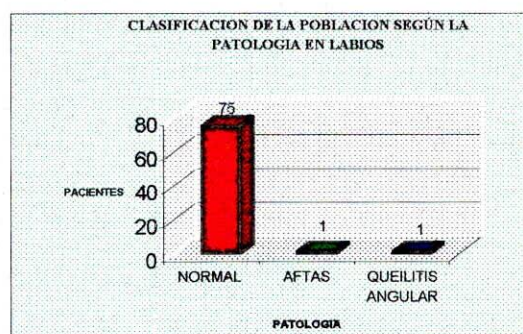
| DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LA SINTOMATOLOGIA EN LA ATM |             |      |
|----------------------------------------------------------------|-------------|------|
| ATM                                                            | # PACIENTES | %    |
| NO DOLOR                                                       | 71          | 98%  |
| DOLOR                                                          | 6           | 2%   |
| TOTAL                                                          | 77          | 100% |



### \* Examen físico oral

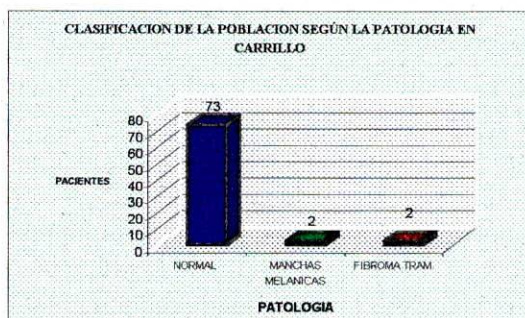
**Labios:** 75 pacientes correspondientes al 98% presentaron normalidad, 1 paciente correspondiente al 1% presentó queilitis angular y 1 paciente con el 1% presentó aftas.

| CLASIFICACION DE LA POBLACION SEGUN LA PATOLOGIA EN LABIOS |             |      |
|------------------------------------------------------------|-------------|------|
| LABIOS                                                     | # PACIENTES | %    |
| NORMAL                                                     | 75          | 98%  |
| QUEILITIS                                                  | 1           | 1%   |
| AFTAS                                                      | 1           | 1%   |
| TOTAL                                                      | 77          | 100% |



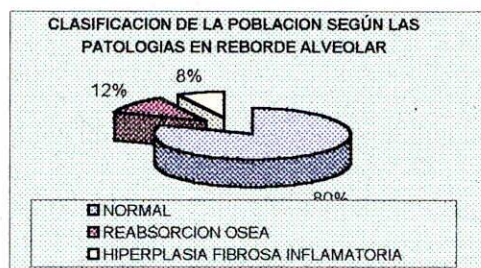
**Carrillos:** 73 pacientes correspondientes a un 94% presentaron normalidad, y un número de 2 pacientes correspondiente a un 3% presentaron manchas melánicas

| CLASIFICACION DE LA POBLACION SEGÚN LA PATOLOGIA EN CARRILLOS |             |      |
|---------------------------------------------------------------|-------------|------|
| CARRILLOS                                                     | # PACIENTES | %    |
| NORMAL                                                        | 73          | 94%  |
| MANCHAS MELANICAS                                             | 2           | 3%   |
| FIBROMA TRAUMATICO                                            | 2           | 3%   |
| TOTAL                                                         | 77          | 100% |



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

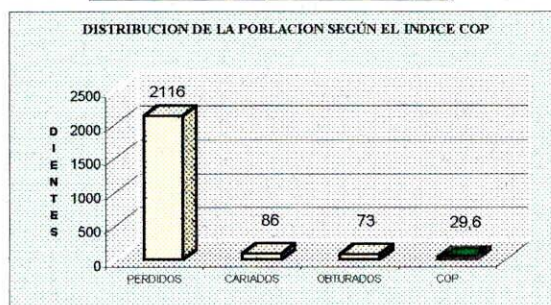
| CLASIFICACION DE LA POBLACION SEGÚN LA PATOLOGIA EN REBORDE ALVEOLAR |            |      |
|----------------------------------------------------------------------|------------|------|
| REBORDE ALVEOLAR                                                     | #PACIENTES | %    |
| NORMAL                                                               | 62         | 80%  |
| REABSORCION OSEA                                                     | 9          | 12%  |
| HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATORIA                                     | 5          | 8%   |
| TOTAL                                                                | 77         | 100% |



### \* Examen clínico tejidos dentales

**COP.** Se pudo observar un total de 2116 dientes perdidos, seguido de 86 dientes cariados y 73 dientes obturados para un total de dientes afectados de 2275 correspondiente a un índice COP de 29.5 ubicado según la clasificación de la O.M.S. como muy alta.

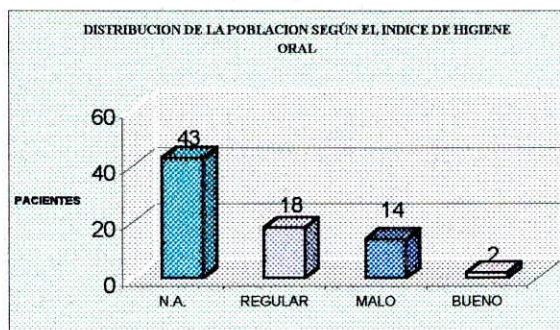
| DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN EL INDICE COP. |                 |
|---------------------------------------------------|-----------------|
| COP                                               | # DIENTES       |
| CARIADOS                                          | 86              |
| OBTURADOS                                         | 73              |
| PERDIDOS                                          | 2116            |
| TOTAL COP                                         | 29.6 (muy alta) |



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 con un promedio de 1.7; para 14 pacientes en un 18% fue malo con un promedio de 4.9 y para 2 pacientes en un 3% fue bueno con un promedio de 0.5. Siendo el índice promediado de la población de 2.4 calificado como regular.

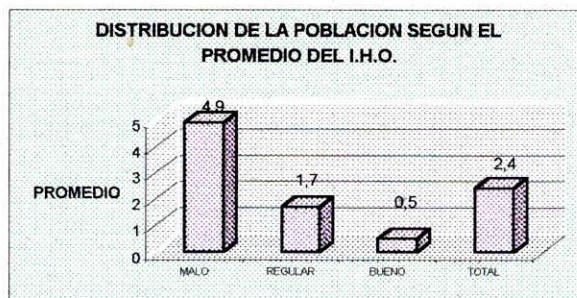
| DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN EL INDICE I.H.O. |             |      |
|-----------------------------------------------------|-------------|------|
| IHO                                                 | # PACIENTES | %    |
| N.A                                                 | 43          |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



| DISTRIBUCIÓN 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) |

|         |           |
|---------|-----------|
| BUENO   | 0.0 - 1.2 |
| REGULAR | 1.3 - 3.0 |
| MALO    | 3.1 - 6.0 |

SEGÚN GREEN Y VERMILLION



## 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.

## CONCLUSIONES

- \* El género que predominó fue el masculino.
- \* El grupo etario 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 más observado.

\* 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 la 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 palpebral, silla de montar y infiltración por lepromas

\* El índice COP de la población fue considerado como muy alto según la clasificación de la OMS.

\* La higiene oral de la población fue catalogada como regular según el I.H.O. de Green y Vermillion

## 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.

**Guri, Juan Carlos y Gabriela Roxana** All rights reserved. WWW. Healthing.com/lepra/htlm. 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

### **DIRECCIONES DE LOS INVESTIGADORES**

[Mafesemat@hotmail.com](mailto:Mafesemat@hotmail.com)

[jennypaolit@hotmail.com](mailto:jennypaolit@hotmail.com)

[kathyrilo@yahoo.com](mailto:kathyrilo@yahoo.com)