

# INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN EN EL HOSPITAL DERMATOLÓGICO DE JOROCHITO DE SANTA CRUZ

Univ. Lisbeth Arancibia Aguila  
Tercer año de Medicina de la  
Universidad Gabriel René  
Moreno (UAGRM - Santa Cruz)

## ASESORES :

Dr. Renato Amonzabel Asin  
Médico Cirujano Dermatólogo,  
especializado en Venezuela.  
Fundador y Director del Hospital  
Dermatológico de Jorochito

Dr. Juan Saavedra Quintanilla  
MÉDICO INFECTÓLOGO DE LA

CAJA  
PETROLERA DE LA CIUDAD  
DE SANTA CRUZ.

Docente de las materias  
de Infectología y  
Reumatología en la UAGRM.



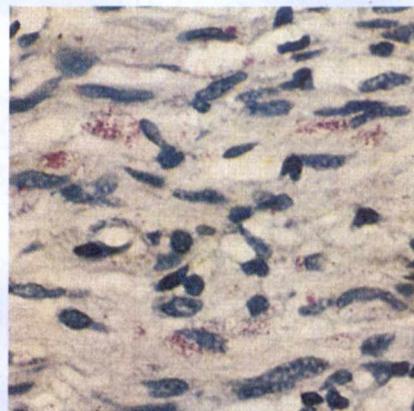
## SUMMARY

**Key words.-** Incidence, prevalence, Hansen's disease, Jorochito's Dermatologic Hospital, Santa Cruz.

In Bolivian, the Hansen disease, it is known low diverse denominations, as being: Lazaro - Guide, caught of the earth, Chaquipujio, Mananto, and many others. Being considered by our people's great part like, a curse of God, a fact damage, a witchcraft, ignoring that it is an infect contagious disease, but from this, the less contagious, and that has cure. In our country, only in three centres they are carried out treatment for the leprosy, as being: the Hospital Dermatologic of Jorochito's" (Santa Cruz department), Candia Hospital (Hernando Siles county) and Beni, being of all these that of more importance the Hospital of Jorochito. The Research is cross sectional and descriptive, it was reviewed clinical histories of Lepra cases in the hospital in the 2000 to 2004 (first semester). And it was classified in relation of gender, clinical presentation form, and incapacity's. We conclude that the major prevalence of Lepra was in the 2001, the reason is unknown. The most frequent form of presentation was multibacillar form. The most frequent dyscapacitis was in 0 and I level. The men has three times most risk factors than the women, this could its lead for a genetic predisposition, in this gender.

Palabras clave.- Incidencia, prevalencia, Enfermedad de Hansen, Hospital de Jorochito, Santa Cruz.

En Bolivia, la enfermedad de Hansen es conocida como: Lazaro - Lazarillo, Cogido de la tierra, Chaquipujio, Mananto, y otros. Considerada por la población como una maldición de Dios, brujería, ignorando que se trata de una enfermedad infecto-contagiosa, y curable. En nuestro país, solo en tres centros se realizan tratamiento para la lepra: el "Hospital Dermatológico de Jorochito" (Departamento de Santa Cruz), es el de mayor importancia. EL Tipo de estudio es descriptivo, transversal, se realizó una revisión de historias clínicas de casos de Lepra registrados en el hospital de Jorochito en los años 2000 al 2004 (primer semestre). Y se los clasificó según Sexo, forma de presentación clínica (según la clasificación de la OMS) y discapacidades presentes. Se concluye que la mayor prevalencia de Lepra en estos últimos cinco años, se dio en el año 2001, la razón se desconoce. La forma de presentación clínica más frecuentes fue la multibacilar. Respecto a las discapacidades, presentabas, las de grado 0 y I fueron las más frecuentes, esto puede deberse a la buena cobertura del hospital de Jorochito, cuyos pacientes no sólo reciben tratamiento específico sino también educación acerca de la enfermedad. Los hombres tienen tres veces mayor riesgo de enfermar que las mujeres. esto puede deberse a la mayor predisposición genética presente en este género.



## INTRODUCCION

La Lepra es conocida desde 5 mil años antes de Cristo, la tendencia de la enfermedad a producir graves lesiones y mutilaciones, y la idea de que la enfermedad se contagia, ha producido el rechazo de estos enfermos en todas las sociedades. Esta enfermedad se extendió desde India, luego a China, Japón, Egipto, y de Europa hasta América. En Bolivia, la enfermedad de Hansen, es conocida como Lazaro-Lazarillo, cogido de la tierra, Chaquipujio, Mananto. Solo tres centros realizan tratamiento para la lepra en Bolivia, en Santa Cruz ("Hospital Dermatológico Jorochito"), siendo de este el de mayor importancia. El Hospital de Jorochito ubicado a 43 km de la ciudad de Santa Cruz, es un Hospital de Referencia y de Docencia. (Fig. 1) Es sustentado por el ministerio de Salud, cuyo medicamentos son provistos por ayuda extranjera. Fue fundado en el año 1972, por el Doctor Renato Amonzabel Asin (actual Director del hospital) y la Dra Nora Siles de Justiniano, administrado pro las hermanas hijas de caridad. Un promedio de 80 pacientes diarios son atendidos en dicho centro.

### Aspectos Clínicos

Etiología: El *Mycobacterium leprae*, o bacilo de Hansen (pertenece a la familia *Mycobacteriaceae*), es un BAAP positivo e intracelular obligado, mide 0.3 – 1 um de ancho, por 1-8 um de largo; este germen no ha podido cultivarse en medios artificiales, siendo la única forma de la inoculación en Armadillo (tatú) principalmente y en Hanster dorado. El Bacilo de Hansen se desarrolla preferentemente en los tejidos corporales fríos (piel, nervios periféricos, cámara anterior del ojo, vías respiratorias superiores y testículos) y respeta las zonas mas calientes (axilas, ingles, cuero cabelludo y línea media de la espalda).

### Formas de Transmisión

Las vías de transmisión de la lepra sigue siendo dudosa, siendo las mas frecuentes: Contacto directo, inoculación cutánea directa (tatuajes), Infección por vías respiratorias (gotas nasales, estornudo).

### Formas Clínicas

El período de incubación oscila entre 6 meses a más (3 a 6 años frecuentemente), existen varios tipos de clasificaciones, Según la clasificación de Madrid, la lepra puede presentarse de cuatro formas clínicas, (Ver Fig. 2). La clasificación de la OMS, tenemos: Forma Paucibacilar (FP) y Forma Multibacilar (FM).

## LEPRA PRECOZ O INDETERMINADA

Las lesiones se limitan a la piel y se diagnostican

en la exploración física de contactos con pacientes con lepra. Se caracteriza por la presencia de lesiones maculosas o placas hipo o hiperpigmentadas, así como zonas cutáneas de anestesia o parestesia (Fig. 3). A pesar de que estas lesiones pueden desaparecer espontáneamente al cabo de 1 ó 2 años, siempre se recomienda iniciar tratando específico.

## LEPRA TUBERCULOIDE

Produce síntomas circunscritos a la piel y a nervios periféricos. La lesión inicial es una mácula hiperpigmentada, delimitada, que se agranda y de bordes elevados y circinados, mientras que la zona central de las lesiones se atrofia y deprime (Fig. 4). Las lesiones son de variados tamaño, anhidróticos, anestésicos, con pérdida de los órganos anexos de la piel normal. En la fase inicial los nervios periféricos superficiales aumentan de tamaño y los de mayor calibre pueden ser palpables y visibles. La degeneración nerviosa produce anestesia, atrofia muscular y cutánea, tendiendo a presentar úlceras cutáneas (mal perforante) indoloras y contracturas de párpados con queratitis y úlceras corneales.

## LEPRA LEPROMATOSA (Anérgica)

Las lesiones cutáneas son extensas y simétricas. Se trata de máculas, nódulos, placas o pápulas de bordes mal definidos y la parte central elevada e indurada, localizados en cara (mejillas, nariz, cejas), pabellones auriculares, muñecas, codos, nalgas y rodillas. En estadios avanzados la piel de la cara y frente presentan engrosamiento y arrugamiento (fascies leonina) y los pabellones auriculares aumentan de tamaño y muestran un aspecto de péndulo (Fig. 5). Síntomas mas frecuentes, son: congestión nasal, epistaxis, dificultad respiratoria, a veces faringitis y ronquera; nariz en silla de montar, queratitis e iridociclitis; adenopatías inguinales y axilares indoloras; ginecomastia; afección testicular con la consiguiente esterilidad.

## LEPRA INTERMEDIA O LIMÍTROFE

Se encuentra entre la LT y LL, recibe el nombre de "Dimórfica". Las lesiones aumentan en número y en heterogeneidad, es mas frecuente la afección de troncos nerviosos periféricos múltiples. Pueden coexistir pápulas, placas y lesiones de tipo macular. Los lóbulos de los pabellones pueden estar engrosadas pero las cejas y la region nasal estan conservadas. En la LL limítrofe, las lesiones son más numerosas, carecen de simetría típica de la LL Las formas limítrofes de la lepra son inestables y pueden evolucionar hacia la forma lepromatosa en los pacientes no tratados o hacia la forma tuberculoide en pacientes con tratamiento. A veces puede existir afección nerviosa en ausencia de

lesiones cutáneas, a esta forma se denomina lepra nerviosa pura.

## ESTADOS REACCIONALES

Reacciones lepromatosas de tipo 1 (de degradación y de inversión).- Se caracterizan por que en el seno de las máculas, pápulas y placas preexistentes aparecen los signos clásicos de la inflamación acompañada de nuevas lesiones cutáneas de neuritis. Se conocen como Reacciones de "degradación", cuando estas reacciones se dan antes de iniciar tratamiento, y cuando estas aparecen después se denominan Reacciones de "Inversión".

Reacciones Lepromatosas de tipo 2.- El 90 % de los casos aparece al iniciar la quimioterapia específica y se caracterizan por brotes de pápulas eritematosas y dolorosas (recidivantes) que con o sin tratamiento tarda menos o igual 1 semana en desaparecer.

## DISCAPACIDADES

Miembros: Ulcera plantar (mal perforante), Retracción de dedos de las manos y pies.

**Nariz:** Nariz en silla de montar.

**Ojo:** Lagofthalmos e insensibilidad corneal, Parálisis pares craneales, Uveítis, cataratas y glaucoma.

**Testículos:** Orquitis, Hipospermia.

Diagnóstico En base a cuatro parámetros:

- **EXAMEN CLINICO.-** Buscar presencia :  
Manchas no pruriginosas, indoloras, anhidróticas, con pérdida órganos anexos.  
Nódulos, maculas, úlceras.  
Engrosamiento de los nervios de la zona afectada o próximos a esta
- Cara:** facies leonina
- **BACTERIOLÓGICO.-** (permite valorar la carga bacilar de un paciente) o Frotis cutáneos o baciloscopías, principalmente del lóbulo de la oreja, cola de la ceja, lesiones de la piel y mucosa nasal.
- **HISTOPATOLOGICO.-** Biopsia cutánea:  
En la LT, tomar muestra del borde de la lesiones  
En la LL, de los nódulos, placas y áreas induradas
- **INMUNOLÓGICO.-** Pruebas serológicas (buscar presencia de Ig M contra PGL-1).  
La Prueba cutánea de Lepromina, Una prueba positiva, indica respuesta de la inmunidad celular (Lepra Tuberculoide); y una prueba negativa, me indica ausencia de la repuesta inmune celular (Lepra Lepromatosa). Diagnóstico diferencial: Sarcoidosis, Leishmaniasis, Lupus vulgaris, Linfomas, Sífilis.

## Tratamiento

- Quimioterapia combinada con tres drogas que son: Sulfonas (Dapsona), dosis:50 a 100 mg día (adultos), en niños 1-2 mg / kg de peso día hasta

100mg día. Rifampicina, dosis de 600 mg al día (adultos) y de 10 a 20 mg / kg de peso en niños, sin sobrepasar los 600 mg/ día. Clofazimina, dosis de 50 a 100 mg/día en adultos y a dosis de 1 mg/kg de peso día en niños.

**Nota:** recientemente se están empleado minociclina y claritromicina, antimicrobianos con efectos prometedores. El tratamiento de la enfermedad multibacilar debe consistir en la administración de 3 fármacos (dapsona, rifampicina y clofazimina), la duración del tratamiento, recomendado por la OMS, es por un mínimo de 2 años. En casos paucibacilares de lepra se emplean 2 fármacos (dapsona y rifampicina); la OMS recomienda en estos casos un ciclo de 6 meses.

- Fisioterapia, para que el paciente pueda movilizar lo mejor posible los miembros afectados y de esta manera realizar sus tareas cotidianas.
- Cirugías de reconstrucción

## METODOS

**Tipo de estudio:** Descriptivo, transversal, estudios clínicos.

Se realizó una revisión de historias clínicas de todos los casos de Lepra registrados en el hospital de Jorochito en los años 2000 al 2004 (primer semestre). El diagnóstico de los diferentes casos registrados se realizó en base a los siguientes parámetros, anteriormente mencionados.

La clasificación de las formas de presentación clínica se las realizó según la clasificación de la OMS en: Forma Paucibacilar (FP), Forma Multibacilar (FM).

### **La discapacidades presentes fueron clasificadas en:**

**Grado 0 :** no presentaba discapacidad alguna debido a la enfermedad, salvo leve lesiones cutáneas como ser manchas o máculas.

**Grado I:** discapacidades moderada magnitud, pero con importante importantes desde el punto de vista estético, como ser : facies leonina (engrosamiento y arrugamiento de la piel de la cara), deformidades de la nariz (nariz en silla de montar), pabellones auriculares de aspecto péndulo.

**Grado II:** Presencia de discapacidad funcional, como ser: retracción de los dedos de la manos y/o de los pies.

## RESULTADOS

Analizando los datos obtenidos, de los casos registrados desde el año 2000 al primer semestre del presente año, se llegaron a la siguientes conclusiones:

- La mayor prevalencia e incidencia de Lepra en estos últimos cinco años, se dio en el año 2001, la razón hasta el momento se desconoce.
- La forma de presentación clínica de Lepra más prevalente, en este período de tiempo, fue la multiba-

ciar, una de las explicaciones puede ser el estado de inmunidad deficiente del individuo al desarrollar la enfermedad y la predisposición genética.

- Los hombres tienen tres veces mayor riesgo de enfermar de Lepra que las mujeres, esto puede deberse a la mayor predisposición genética presente en este género.
- Con respecto a las discapacidades, que presentaban los casos registrados debido a la enfermedad, las de grado O y I fueron las más frecuentes, esto puede deberse a la buena cobertura del hospital de Jorochito, cuyos pacientes no sólo reciben tratamiento específico sino también educación acerca de la enfermedad.

### DISCUSION

“Es importante reconocer que la Lepra existe en Bolivia, y que no es como muchas veces se ve en películas: leprosos derramando partes de sus músculos y miembros por doquier”, sino que las lesiones que produce la lepra al ser anestésicas, el paciente “no se da cuenta” cuando fue que se quemó o cortó, siendo estas las situaciones responsables de las discapacidades que pueden presentar dichos pacientes, es por esto que es muy importante informar al paciente acerca de los cuidados que debe tener al realizar sus labores cotidianos.

Es alarmante la escasa información que tiene no sólo la gente de nuestro pueblo sino también muchos profesionales de salud que desconocen de la enfermedad, provocando con ello, la exclusión que la sociedad hace de estos pacientes, como si se tratara de una enfermedad altamente contagiosa”

“La Lepra no es, como dicen, una maldición de Dios, un hecho daño, una brujería, ni que la persona se haya portado mal, sino una enfermedad infectocontagiosa, pero de las infectocontagiosas la menos contagiante, producido por el Bacilo de Hansen, muy parecido al bacilo de la Tuberculosis, pero, a diferencia de éste, es de difícil cultivo. El hospital de Jorochito, dentro de su programa, hace educación a todo nivel, sus puertas están abiertas a toda persona que quiera empaparse de conocimientos sobre todas las enfermedades de la piel. Porque no hay mejor cosa que hacer el diagnóstico al inicio de la enfermedad, y evitar así discapacidades que se producen cuando la enfermedad ya está muy avanzada. La mejor manera de prevenir y el éxito del tratamiento es la Educación, educar a los pacientes, concientizarlo sobre su enfermedad, como puede prevenir las discapacidades, a la familia, para que no le rechacen, ni lo aislen al paciente con lepra; a la comunidad, a las autoridades, a los profesionales de salud, al personal médico y paramédico, estudiantes.”

Dr. Renato Amonzabel Asin ((FUNDADOR – DIRECTOR del Hosp. Jorochito)

“Con respecto a la lepra, lo más importante es hacer que el médico y el estudiante de medicina tenga noción más clara de la enfermedad y lograr de esta manera desmitificarla, evitando que el paciente quede proscrito, aislado o marginado de la comunidad por su enfermedad. Es importante saber que esta enfermedad está presente en nuestro país, especialmente en los dptos tropicales como lo es Santa Cruz; que tiene tratamiento y no es altamente contagiosa. Insisto en que debe haber sobretodo educación médica continua, para conocer mejor las enfermedades con el fin de tratar mejor a nuestros pacientes”

Dr. Juan Savedra Quintanilla (Médico Infectólogo)

### RECOMENDACIONES

A través de toda la información obtenida hasta el momento sobre la Enfermedad de Hansen, se abren varias interrogantes por indagar, como ser:

- Cuáles fueron los factores que determinaron una mayor prevalencia de la Lepra en el 2001 en el Hospital de Jorochito.
- Por qué la forma multibacilar fue la forma clínica más prevalente registrada.
- La prevalencia mayor de la Lepra en los hombres es sólo por la supuesta mayor predisposición genética o es que hay otro factor de riesgo predisponente propio de este género.

### REFERENCIAS

1. Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Jameson; Harrison-Principios de Medicina Interna. 15va. Edición. McGraw-Hill. Interamericana; 2002.
2. Cotran, Kumar, Collins. Robbins-Patología Estructural y Funcional. 6ta. Edición. México: McGraw-Hill- Interamericana; 2000.
3. Océano Mosby; Diccionario de Medicina; 14ta. Edición; España. Páginas de Internet:
4. Jorge Arturo Mayorga Rodríguez, Francisco Vargas Salas, Roberto Morales Ortiz Valoración baciloscóptica en pacientes con enfermedad de Hansen, tratados con el esquema de la OMS. BIBIOTECA VIRTUAL EN SALUD. Formato en Wide World Web. [bvs.insp.mx/componen/svirtual/calidad/ncaalidad.asp?ida=553&seccion=Micobacteriosis], 2004.
5. Medline Plus. Enciclopedia médica en español (un servicio de la biblioteca nacional de medicina de EEUU y los institutos nacionales de la salud. Format on Wide World Web. [www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001347.htm], 2004. ito)