

J
617.63
H59

**NO SALE A
DOMICILIO**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



TESIS:

**“LESIONES ORALES MAS FRECUENTES DE LA ENFERMEDAD DE
HANSEN EN PACIENTES DE LA COMUNIDAD DE SAN PABLO DEL
AMAZONAS – LORETO 2013”**

AUTORES:

Bach. KAREN ANDREA HITTSCHER ANGULO
Bach. UXUA ORTECHO ZUTA

ASESOR:

CD. JAIRO RAFAEL VIDAURRE URRELO. Dr

INFORME FINAL DE TESIS

Requisito para optar el Título Profesional de

CIRUJANO DENTISTA

IQUITOS – PERÚ

2013

DONADO POR:
Karen Andrea, Hittscher Angulo
Iquitos, 17 de 02 de 2014



00095



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Iquitos, a los 12 días del mes de DIEMBRE del 2013, siendo las 11 am, se constituyeron en la Facultad de Odontología el jurado nombrado por la Facultad de Odontología con RESOLUCION DE COORDINACIÓN N° N° 072-2013-FO-UNAP, integrado por los siguientes docentes: **Dra. Graciela Mercedes Pérez Marcovich** (Presidente), **C.D. Jorge Francisco Bardales Rios** (Miembro), **C.D. Luis Enrique López Alama** (Miembro), y se dio inicio el acto de sustentación pública de la tesis: "LESIONES ORALES MAS FRECUENTES DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN EN PACIENTES DE LA COMUNIDAD DE SAN PABLO DEL AMAZONAS - LORETO 213", presentado por los Bachilleres en Odontología **Karen Andrea Hittscher angulo** y **Uxua Ortecho Zuta.**, para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista, que otorga la Universidad de acuerdo a la Ley y al Estatuto vigente.

Después de haber escuchado con mucha atención y formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas en forma, SATISFACTORIA

El Jurado luego de las deliberaciones correspondientes en privado, llegó a la conclusión siguiente:

La tesis ha sido: APROBADA por: UNANIMIDAD

Siendo las 12 p.m. se dio por terminado el acto sustentatorio.

Agradeciendo a los sustentantes por su exposición.

Dra. GRACIELA MERCEDES PEREZ MARCOVICH
Presidente

C. D. JORGE F. BARDALES RIOS
Miembro

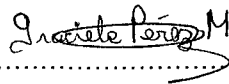
C. D. LUIS ENRIQUE LOPEZ ALAMA
Miembro

TESIS:

**“LESIONES ORALES MAS FRECUENTES DE LA ENFERMEDAD DE
HANSEN EN PACIENTES DE LA COMUNIDAD DE SAN PABLO DEL
AMAZONAS – LORETO 2013”**

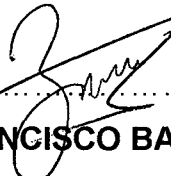
FECHA DE SUSTENTACIÓN:.....

MIEMBROS DEL JURADO



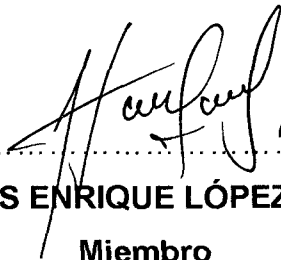
.....
C.D. GRACIELA MERCEDES PÉREZ MARCOVICH, Dra.

Presidente



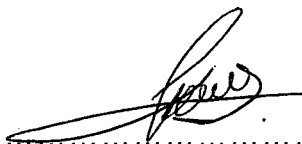
.....
C.D. JORGE FRANCISCO BARDALES RÍOS, Dr.

Miembro



.....
C.D. LUIS ENRIQUE LÓPEZ ALAMA

Miembro



.....
C.D. JAIRO RAFAEL VIDAURRE URRELO, Dr.

Asesor de Tesis

C.D. JAIRO RAFAEL VIDAURRE URRELO, Dr.

ASESOR DE TESIS

INFORMO:

Que, la bachiller Karen Andrea Hittscher Angulo y la Uxua Ortecho Zuta, han realizado bajo mi dirección, el trabajo contenido en el Informe Final de Tesis titulado: **“LESIONES ORALES MAS FRECUENTES DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN EN PACIENTES DE LA COMUNIDAD DE SAN PABLO DEL AMAZONAS – LORETO 2013”**, considerando que el mismo reúne los requisitos necesarios para ser presentado ante el Jurado Calificador.

AUTORIZO:

A los citados bachilleres a presentar el Informe Final de Tesis, para proceder a su sustentación cumpliendo así con la normativa vigente que regula los Grados y Títulos en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.

DEDICATORIA

KAREN:

A DIOS, por derramar sus bendiciones sobre mí y llenarme de su fuerza para vencer todos obstáculos desde el principio de mi vida.

A mi papá PAUL, mi ángel de la guardia aunque no está físicamente presente pero sé que desde el cielo siempre me cuida para que todo me salga bien.

A mi mamá EDELMIRA y mi hermana PAOLA, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final, va por ustedes, por lo que valen, porque admiro sus fortaleza y por lo que han hecho de mí.

Mil palabras no bastaran para agradecerles sus apoyo, su comprensión y sus consejos en momentos difíciles, espero no defraudarlos. Ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que me han otorgado.

A mi sobrino KLAUSS, por ser el ángel que día a día me da ejemplos de superación sin importar el obstáculo que tenga.

UXUA:

A DIOS, por acompañarme todo los días, darme salud, fuerzas e inteligencia para superar los obstáculos de día a día.

A mis padres CARLOS y ELENA. Gracias a esas personas importantes en mi vida, que hicieron todo para que yo pudiera lograr mis sueños, que siempre estuvieron listos para brindarme su ayuda, por todo su amor, apoyo incondicional, confianza y enseñanzas. Por motivarme para seguir adelante y cumplir mis metas.

A mi hermano BADYR porque siempre estuviste pendiente de mi dándome siempre tu apoyo.

A cada uno de ellos por enseñarme que todo sacrificio y lucha nos lleva a lograr nuestra meta trazada.

AGRADECIMIENTO

A DIOS, por ser nuestra principal guía cada día de nuestra vida, por darnos la fuerza necesaria para salir adelante y lograr alcanzar nuestras metas.

A la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, por darnos la oportunidad de aprender y forjarnos como profesionales.

Al C.D. Jairo Rafael Vidaurre Urrelo, Dr; por habernos brindado su tiempo, paciencia y asesoría en la realización de este trabajo de investigación.

A los Cirujanos Dentistas Miembros del jurado Evaluador del proyecto de Tesis por sus acertadas correcciones y oportunos consejos.

Al C.D. Freddy Wong de la DIRESA y C.D. María Tello odontóloga del Centro de Salud de la comunidad de San Pablo; por su apoyo.

A las hermanas de la Casa Hogar San José, en especial a la hermana Reyna por la autorización y colaboración en la ejecución de este estudio.

Gracias a nuestros familiares, amigos por su apoyo, colaboración y consejos y a todos los que de alguna manera nos brindaron su ayuda para alcanzar nuestras metas.

INDICE DE CONTENIDO

CAPITULO I	Pág.
1.1 Introducción	10
1.2 Objetivos de la Investigación	11
1.2.1 Objetivo General	11
1.2.2 Objetivos Específicos	11
CAPITULO II	
2.1 Antecedentes	12
2.1.1 Estudios Relacionados al Tema	12
2.1.2 Aspectos Relacionados al Temas	16
2.1.2.1 Hansen (Lepra)	16
2.1.2.2 Etiología	20
2.1.2.3 Clasificación	23
2.1.2.4 Diagnóstico	24
2.1.2.5 Síntomas Clínicos	27
2.1.2.6 Clases de Hansen	31
2.1.2.7 Proceso de Hansen	38
2.1.2.8 Tratamiento de la Hanseniasis	39
2.2 Marco Conceptual	43
2.3 Hipótesis	44
2.4 Operacionalización de las variables	45
2.5 Indicadores e índices	45
CAPITULO III	
3.1 Metodología	46
3.1.1 Tipo de Investigación	46
3.1.2 Diseño de Investigación	46
3.1.3 Población y Muestra	46
3.1.4 Procedimientos, técnica e instrumentos de recolección de datos	47
3.1.5 Procesamiento de la Información	48
CAPITULO IV	
RESULTADOS	49

CAPITULO V	
DISCUSIÓN	72
CAPITULO VI	
CONCLUSIONES	74
CAPITULO VII	
RECOMENDACIONES	75
CAPITULO VIII	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
CAPITULO IX	
ANEXOS	79

INDICE DE CUADROS

N°		Pág.
01	Pacientes con la enfermedad de Hansen según el sexo.	49
02	Distribución de pacientes según la edad en grupos.	51
03	Distribución de pacientes de acuerdo al tiempo de enfermedad.	53
04	Distribución de pacientes de acuerdo al tipo de enfermedad.	55
05	Distribución de pacientes de acuerdo al tipo de enfermedad según el sexo.	58
06	Distribución de pacientes según el tipo de edéntulos.	60
07	Distribución de pacientes de acuerdo el tipo de edéntulos según el sexo.	62
08	Distribución de pacientes según las lesiones orales.	64
09	Distribución de pacientes de acuerdo las lesiones orales según el sexo.	66
10	Lesiones orales de acuerdo a la cantidad de pacientes encontrados.	68
11	Zonas de detección de Hansen en la Región Loreto año 2013.	70

INDICE DE GRÁFICOS

N°		Pág.
01	Pacientes con la enfermedad de Hansen según el sexo.	50
02	Distribución de pacientes según la edad en grupos.	52
03	Distribución de pacientes de acuerdo al tiempo de enfermedad.	54
04	Distribución de pacientes de acuerdo al tipo de enfermedad.	56
05	Distribución de pacientes de acuerdo al tipo de enfermedad según el sexo.	59
06	Distribución de pacientes según el tipo de edéntulos.	61
07	Distribución de pacientes de acuerdo el tipo de edéntulos según el sexo.	63
08	Distribución de pacientes según las lesiones orales.	65
09	Distribución de pacientes de acuerdo las lesiones orales según el sexo.	67
10	Lesiones orales de acuerdo a la cantidad de pacientes encontrados.	69
11	Zonas de detección de Hansen en la Región Loreto año 2013.	71

**“LESIONES ORALES MÁS FRECUENTES DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN
EN PACIENTES DE LA COMUNIDAD DE SAN PABLO DEL AMAZONAS –
LORETO 2013.”**

POR:

**KAREN ANDREA HITTSCHER ANGULO
UXUA ORTECHO ZUTA**

RESUMEN

La enfermedad de Hansen es una enfermedad infecciosa, producido por el *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen), descubierta como agente causal del mal por el médico noruego Gerhard Arnaner Hansen en 1873, pero está considerada como la enfermedad más antigua del mundo porque existe desde antes de la existencia de Jesucristo. El presente estudio, tuvo como objetivo demostrar las lesiones orales más frecuentes de la enfermedad de Hansen en pacientes de la comunidad de San Pablo del Amazonas – Loreto 2013. El tipo de investigación fue cuantitativa; el diseño fue no experimental, descriptivo simple, transversal. La población estuvo conformada por 22 pacientes. El instrumento utilizado para identificar las lesiones más frecuentes fue ficha de recolección de datos sobre lesiones orales más frecuentes en la enfermedad de Hansen en pacientes de la comunidad de San Pablo del Amazonas – Loreto 2013. De 22 paciente diagnosticados con Hansen; 17 hombres haciendo un porcentaje 77.27% y 05 mujeres haciendo un porcentaje de 22.73%, con un promedio de edades entres 60 a 90 años. Estos pacientes presentan un tiempo de enfermedad de 20 a 80 años. El promedio de los tipos de Hansen que presentan: 18.18% del tipo tuberculoide, 22.73% del tipo bordeline y 59.09% del tipo lepromatoso; siendo esta última la más agresiva. De los 22 pacientes todos presentaron lesiones orales, pigmentaciones y reabsorción ósea teniendo un porcentaje de 100% cada uno; caries dental y enfermedad periodontal teniendo un porcentaje de 59.09% cada uno, 31.82% vesículas y 22.72% úlceras.

Palabras Claves: Enfermedad de Hansen, lesiones orales

**MORE FREQUENT ORAL LESIONS OF HANSEN'S DISEASE IN
PATIENTS FROM THE COMMUNITY OF SAN PABLO DEL
AMAZONAS - LORETO 2013**

BY:

**KAREN ANDREA HITTSCHER ANGULO
UXUA ORTECHO ZUTA**

ABSTRAT

Hansen's disease is an infectious disease caused by *Mycobacterium leprae* (Hansen bacillus), discovered as a causal agent of evil by the Norwegian doctor Gerhard Arnaner Hansen in 1873, but is regarded as the oldest disease of the world because it exists before the existence of Jesus Christ. The present study, aimed at showing the most common oral lesions of Hansen's disease in patients from the community of San Pablo del Amazonas - Loreto 2013. The type of research was quantitative; the design was not experimental, descriptive simple and cross-sectional. The population consisted of 22 patients. The instrument used to identify the most frequent lesions was tab for collecting data on more frequent oral lesions in Hansen's disease in patients from the community of San Pablo of the Amazon - Loreto 2013. Of 22 patients diagnosed with Hansen; 17 men doing a percentage 77.27% and 05 women doing a percentage of 22.73%, with an average age between 60 to 90 years. These patients have a history of 20 to 80 years. The average of the types of Hansen that present: 18.18 % of the type tuberculoid, 22.73% of the type bordeline and 59.09 % of the lepromatous type; the latter being the more aggressive. Of the 22 patients all presented oral lesions, pigmentations and bone reabsorption taking a percentage of 100% each one; dental caries and periodontal disease taking a percentage of 59.09% each one, 31.82% and 22.72% of vesicles and ulcers respectively.

Key words: Hansen's disease, oral lesions.

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La lepra es considerada como una de las enfermedades más antiguas de la humanidad, la que más daño ha causado y sigue causando física y psicológicamente al individuo afectado por su historia llena de misterio, terror y tabú y por esa mentalidad se ha tenido repercusiones graves en el enfermo.

La enfermedad debe estar preparada científicamente como agente de cambio en la colectividad, mediante la prevención, diagnóstico y control del padecimiento y de los innumerables problemas biopsicosociales que el individuo enfermo presenta.

Mediante este trabajo de investigación se quiere dar a conocer las lesiones orales más frecuentes en la enfermedad de Hansen de la comunidad de San Pablo del Amazonas Loreto – 2013 mediante una ficha recolectora de datos a los pacientes

El profesional de la odontología debe saber reconocer dichas lesiones, diagnosticarlo y así poder brindar un mejor tratamiento a los pacientes de una enfermedad existente hace muchos siglos.

La importancia de este trabajo se basa entonces en su aporte al campo de las patologías bucales, ya que permitirá establecer una relación odontólogo-paciente para lograr el tratamiento adecuado y aplicarlos en el beneficio de los Pacientes.

Los beneficiarios de este trabajo serán los pacientes por que los resultados orientaran, a prestar mayor atención a esta enfermedad que lamentablemente por miedo e ignorancia hemos puesto a estos enfermos aislados y no nos ha permitido conocer de una patología que está con nosotros siempre.

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las lesiones orales más frecuentes en la enfermedad de Hansen en pacientes de la comunidad de San Pablo del Amazonas, Loreto.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Identificar las lesiones en los tejidos blandos más frecuentes en la enfermedad de Hansen en pacientes de la comunidad de San Pablo del Amazonas – Loreto.

- 2) Identificar las lesiones en los tejidos duros más frecuentes en la enfermedad de Hansen en pacientes de la comunidad de San Pablo del Amazonas – Loreto.

CAPITULO II

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 Estudios relacionados al tema

Motta AC, Furini RB, Simão JC, Vieira MB, Ferreira MA, Komesu MC, Foss NT. (2011 Oct).- INTRODUCCIÓN: Este estudio evaluó si las reacciones leprosas pueden ser asociadas con infecciones orales. MÉTODOS: Pacientes leprosos (n=38) con (Grupo I) y sin (Grupo II) infecciones orales fueron seleccionados. Fueron identificadas reacciones de características clínicas e histopatológicas asociadas con el suero proteína C-reactiva (CRP) y la proteína 10kDA interferón-gamma-inducida (IP-10) niveles (con niveles de suero proteína C-reactiva (CRP) y la proteína 10kDA interferón-gamma-inducida (IP-10), determinado antes y después de la eliminación del foco infeccioso. RESULTADOS: El Grupo I presentó mayor reacción que el Grupo II, y mejora las reacciones después del tratamiento dental. El suero CRP e IP-10 no se diferenciaron antes y después del tratamiento dental, pero se diferenciaron entre los grupos. CONCLUSIONES: Las infecciones orales pueden ser factor exacerbante en las reacciones de lepra.

Jamileh B. Taheri, Hamed Mortazavi, Mahkameh Moshfeghi, Mahin Bakhshi, Sedigheh Bakhtiari, Saranaz Azari-Marhabi, Somayeh Alirezaei (2012 Febrero 9).- Objetivos: Verificar la frecuencia de lesiones oral y lesiones faciales en los pacientes diagnosticados con lepra. Plan del estudio: Este estudio se realizó en 100 pacientes con lepra (62 varones, 38 mujeres, edad promedio $61 - 86 \pm 6.1$). Después de explicar el plan del estudio, nosotros estudiamos la información descripta: sexo de paciente, edad, trabajo, lugar de nacimiento, historia familiar de lepra, tipos de enfermedad (lepromatoso, borderlaine y tuberculoide), ocular y lesiones orales, lesiones facial y neuropatías. La significación estadística era moderada (chi-square test). Resultados: Un total de 46 pacientes (23 lepromatosos, 15 borderlaine, y 8 tuberculoide) Los 100 pacientes con lepra presentaban

lesiones orales. El análisis estadístico no mostró ninguna diferencia significativa en la frecuencia de lesiones orales entre los tipos diferentes de enfermedad. Se presentaron las lesiones faciales en 57 pacientes (39 lepromatosos, 10 borderlaine, y 8 tuberculoide). Había una diferencia significativa estadística en la frecuencia de manifestaciones faciales entre los tipos diferentes de lepra. Tiene que ser mencionado que, atrofia de espina nasal 15%, se vieron involucramiento del nervio facial 17%, lesiones oculares 22% y deformidad facial 44%. Conclusión: El examen de los pacientes con lepra debe extenderse solo a la mucosa oral; porque la mucosa oral puede ser una fuente secundaria de transmisión de *Mycobacterium leprae* e infección.

Morgado de Abreu MA, Roselino AM, Enokihara M, Nonogaki S, Prestes-Carneiro LE, Weckx LL, Alchorne MM. (2013 Feb 26).- En pacientes con Hanseniasis la mucosa nasal es considerada como la ruta principal de transmisión para el bacilo *leprae*. El objetivo de este estudio fue, el de identificar *Mycobacterium leprae* en la mucosa oral de 50 pacientes con Hanseniasis sin tratamiento, los cuales: 21 pacientes paucibacilares (PB) y 29 pacientes multibacilares (MB), usando inmunohistoquímica (IHC), con anticuerpos contra el bacilo Calmette-Guérin (BCG) y antígeno-1 fenólico glicolipido (PGL-1), y reacción en cadena de polimerasa (PCR), con iniciadores MntH-específicos para *Mycobacterium leprae*, para comparar los resultados. El material fue representado por 163 bloques de parafina conteniendo muestras de biopsias obtenidas zonas clínicas comunes (incluyendo la lengua, mucosa bucal y paladar blando) y de lesiones visibles en cualquier parte de la mucosa oral. Todos los pacientes y 158 muestras disponibles fueron incluidos para el estudio de IHC. Entre las 161 muestras disponibles para PCR, 110 tuvieron ADN apto. Hubo ADN apto en por lo menos un área de la mucosa oral de 47 pacientes. *Mycobacterium leprae* fue detectada en 70% y 78% de los pacientes usando IHC y PCR, respectivamente., y en 94% de los pacientes por lo menos en uno de los dos métodos de diagnóstico. No hubo diferencias

en la detección de *Mycobacterium leprae* entre pacientes MB y PB. Resultados similares se obtuvieron usando anticuerpos anti-BCG y anti-PGL-1, y la inmunorreactividad ocurrió predominantemente en bacterias de crecimiento libre en la superficie epitelial, con una preferencia por la lengua. Contrariamente, no hubo área de preferencia en concordancia a los resultados del PCR. *Mycobacterium leprae* está presente en la mucosa oral con mayor frecuencia, implicando este lugar como fuente principal de transmisión leprosa.

Dave B, Bedi R. (2013 Abril).- OBJETIVOS: La lepra es una enfermedad crónica no mortal causado por *Mycobacterium leprae*. Puede causar lesiones cutáneas, lesiones en nervios periféricos y manifestaciones orofaciales, incluyendo la destrucción del alveolo maxilar, proceso asociado con pérdida de incisivos maxilares. Los alcances de este estudio fueron para evaluar manifestaciones orofaciales de la enfermedad en pacientes correspondientes a las clínicas del Proyecto de Leprosos de Bombay (Bombay Leprosy Project) y entregar indicaciones clínicas para dentistas. MATERIALES Y MÉTODOS: Basado en un estudio de cuestionario para marcar que se administró a 43 pacientes diagnosticados con lepra. Este incluyó preguntas en la percepción del estado de la salud oral y hábitos de higiene. También se realizó una examinación extra-oral e intra-oral. RESULTADOS: 84% de los pacientes fueron hombres y 16% de los pacientes fueron mujeres con un promedio de edades de 35.9 años. 49% tuvieron lesiones cutáneas extra-orales. 28% tuvieron lesiones intra-orales incluyendo manchas hiperpigmentadas. 21% tuvieron afección de nervio craneal y el nervio trigeminal fue el más comúnmente afectado. CONCLUSIONES: A partir de ésta información una senda en el protocolo clínico dental para el manejo de pacientes con lepra fue desarrollado. Este enfatiza problemas dentales cuando se maneja pacientes leprosos. El compromiso de nervios puede significar que los pacientes no sean aptos para un conteo preciso de sus síntomas. Pruebas especiales deberían incluir la examinación de

nervios craneales y muestras de úlceras intra-orales. Las bajas tasas de infecciones significan que las medidas de control para infecciones normales pueden tomarse útiles cuando se tratan estos pacientes.

Rawlani SM, Rawlani S, Degwekar S, Bhowte RR, Motwani M.(2011).- Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal, en un grupo de 160 pacientes leprosos tratados con terapia multi-drogas. Se tomaron en cuenta los pacientes con grupo etario de 25 a 60 años. 50 pacientes de los 160 fueron seleccionados por técnica de muestreo aleatorio simple por pruebas radiológicas. Se tomaron radiografías periapicales intra-orales (6 por cada pacientes). La técnica de cono largo paralelo fue usada y se adjuntaron radiografías con cuadrículas así como para habilitar la medida de los huesos. La cuadrícula se espació marcando 1 mm y poniéndola directamente sobre la placa. La examinación clínica reveló que la prevalencia de caries dental fue de 76.25% y la enfermedad periodontal fue de 78.75%. Mientras el DMFT marcó 2.26. Mientras OHI-S marcó 3.50. La marca del índice gingival fue de 1.60 y el promedio de pérdida de pieza gingival fue de 1.2 mm. Hallazgos radiográficos mostraron significativa pérdida de hueso alveolar en la región maxilar anterior al ser 5.05 mm y en la región maxilar posterior fue de 4.92 mm. La pérdida de hueso alveolar en la región mandibular anterior fue de 4.35 mm y en la región mandibular posterior fue de 5.15 mm. En total el estado de salud oral de los pacientes leprosos fue pobre y necesitando más atención en el cuidado dental. También hubo un incremento en la pérdida de hueso alveolar, la cual fue generalizada. Esta pérdida ósea puede ser debida al estado avanzado de la enfermedad o su tardío acercamiento al centro de rehabilitación, estos pacientes también tuvieron neuropatía periférica encabezada a deformación de pies y manos en la forma de mano-garra o úlceras en mano, haciendo el mantenimiento de la higiene oral dificultoso (difícil).

2.1.2 ASPECTOS TEÓRICOS RELACIONADOS AL TEMA.

2.1.2.1 HANSEN (LEPRA):

ABALOS.- En la Hanseniasis se presenta laringitis en una forma muy crónica, llamada laringitis leprosa. Presenta lesiones que se extienden desde la laringe hacia la cavidad oral, se presentan ulceraciones y manifestaciones de Hansen, se modifica la voz y posteriormente se pierde la voz por la destrucción de las cuerdas bucales.

ANTONIO EDUARDO ARIAS.- Es una enfermedad infecciosa causada por el *Mycobacterium Leprae* (bacilo de Hansen). El género *Mycobacterium* incluye más de 100 especies y dentro de este grupo también se encuentra el *Mycobacterium Tuberculosis*.

CHIMENOS KÜSTNER, E.- La lepra es una enfermedad granulomatosa sistémica crónica y contagiosa, producida por *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen). Se transmite de persona a persona y tiene un largo período de incubación (entre 2 y 6 años). Existen dos formas clínicas olares: lepra lepromatosa (multibacilar) y lepra tuberculoide (paucibacilar), con otras formas intermedias de características híbridas. Las manifestaciones orales suelen aparecer en la lepra lepromatosa y se producen en el 20% al 60% de los casos. Pueden tratarse de nódulos múltiples (lepromas), que progresan a necrosis y ulceración. Las úlceras curan con lentitud; forman cicatrices atróficas o pueden causar la destrucción del tejido. Las lesiones suelen localizarse en el paladar duro y blando, en la úvula, en el dorso de la lengua, en los labios y en las encías. También puede producirse destrucción de la parte frontal del maxilar y pérdida de dientes. El diagnóstico, basado en la presunción clínica, se completa con el examen bacteriológico e histopatológico, así como mediante la prueba de la lepromina (intradermorreacción que suele ser negativa en la forma lepromatosa y positiva en la tuberculoide). El diagnóstico

diferencial incluye lupus eritematoso sistémico, sarcoidosis, leishmaniasis cutánea y otras enfermedades de la piel, sífilis terciaria, linfomas, micosis sistémicas, lesiones traumáticas y neoplasias malignas, entre otras.

EL CENTRO DE ESTUDIOS DE BRASIL.- La mucosa puede presentarse hinchada, dura y puede desarrollar áreas de fibrosis, granulación de tejidos y formación de cicatrices, neurosis coagulativa al paladar blando, úvula y de las áreas glosopalatino puede ocurrir el daño nasofaríngeo; que cierra el espacio nasofaríngeo; puede atrofiarse y deformarse al mismo tiempo que el paladar blando y la úvula dando por resultado una entonación nasal y regurgitación de los alimentos. La lengua se compromete con menor frecuencia, puede presentar nódulos leproso que pueden estar en la parte de la Mucosa Bucal muy extensas, puede presentarse la lengua geográfica y fisurada. Las ulceraciones son raras y pueden cicatrizar sin formación de escaras, el compromiso del piso de boca, encía bucal, carrillo no es usual pero se presenta lesiones de la laringe. El compromiso leproso de la laringe era una complicación en la era de pre-sulfon, lo cual conducía a una estrechez laríngea y muerte a menos que se inicie una pronta traqueotomía.

GARRIDO.- Mantiene que se tiene estudios de ésta patología, en la Mucosa Bucal que hace suponer a los investigadores la continuación de esta patología de tener algo específico. En Brasil; manifiesta en la mucosa de revestimiento interno de los órganos, se presenta en la mucosa de la nariz por catarro crónico conversivo (voz nasal); la nariz supura, sangra y va destruyendo el septun nasal anterior, espina nasal posterior y piso nasal.

NEYRA RAMÍREZ, J.- La lepra es una enfermedad infectocontagiosa que aún se encuentra en el Perú específicamente en algunas regiones de la amazonia peruana.

NÚÑEZ MARTÍ, J.M.- La lepra es una infección crónica granulomatosa causada por el *Mycobacterium Leprae* (ML), bacilo ácido-alcohol-resistente, descubierto por Hansen en 1873. Es una enfermedad poco contagiosa y muy polimorfa, con gran sintomatología. Puede existir afectación a nivel: cutáneo, neural periférico, ocular, testicular, esplénico, hepático y renal. El ML pertenece a la clase de las Actinomycetales. Es una micobacteria endomacrofágica con clara afinidad por la piel y el sistema nervioso periférico, sobre todo de las zonas más frías y áreas del organismo. La lepra conlleva una serie de efectos secundarios indeseables, que condicionan la tolerancia y la calidad de vida del paciente. Así, dentro de la esfera orofacial, la boca puede ser asiento de lesiones, que pese a su accesibilidad, pueden ser desapercibidas.

POLLEAR HANIS (1991).- El paladar muestra erosiones membranosas inicialmente, múltiples nódulos lepromatosos dando la apariencia "nódulos del fumador"; puede ser vistos en una etapa posterior, también aparecen lepromas en la parte interna de los labios; área que presentan eritemas en el paladar con formación de vesículas, puede ocurrir durante las fases reactivas. Se ha visto en pacientes con Hanseniasis del tipo Lepromatoso (LL), perforaciones del paladar con necrosis lo cual dificulta beber, comer, hablar, etc.

TEJADA PRADELL, H.- La lepra es una enfermedad infecciosa, de nula transmisibilidad cuando está debidamente tratada, producida por la bacteria *Mycobacterium leprae* y *Mycobacterium lepromatosis*, descubierta como agente causal del mal por el

médico noruego Gerhard Arnaner Hansen, debido a lo cual se los denomina, respectivamente, enfermedad de Hansen a una, y bacilo de Hansen a la otra. La lepra fue históricamente incurable, mutilante y vergonzosa, al punto de que, entre otras medidas, se decretó en 1909, por demanda de la "Sociedad de Patologías Exóticas, «la exclusión sistemática de los leprosos» y su reagrupamiento en Leproserías como medida esencial de profilaxis.

ZALBA ELIZARI, J.I.- La lepra como enfermedad infecciosa producida por el Mycobacterium, asienta sobre la reacción enfermo-sano, y aunque se considera el hombre enfermo como reservorio exclusivo, en los últimos años se ha encontrado de forma natural en algunos primates y en el armadillo. Existe una clara preferencia en la lepra por la afectación de los nervios periféricos, sobre todo los correspondientes a la zona distal de las extremidades. Estas alteraciones nerviosas son frecuentes en la lepra tuberculoide a nivel del V Y VII pares craneales provocando anestesia, neuralgia y parálisis de distintos sectores bucales. En la lepra lepromatosa, las alteraciones nerviosas son menores, pero en cambio, son más frecuentes las lesiones en la mucosa oral. Presentamos un paciente con lepra lepromatosa en actividad, con clínica e histopatología oral típica de la enfermedad y con presencia de bacilos en lengua. Se le realizó una serie radiográfica completa para rehabilitar su capacidad masticatoria. Observamos recesión gingival en sector anterior maxilar y mandibular, con pérdida de vitalidad dentaria en varios dientes. Ante la necesidad de realizar tratamientos endodóncicos por las patologías pulpares, nos planteamos previamente, el intentar aislar bacilos en mucosa gingival y pulpa dentaria, lo cual a diferencia de la mucosa lingual fue negativo.

ZÚÑIGA, M.- Es una enfermedad infecciosa endémica de curso crónico, debido al bacilo de Hansen que afecta principalmente la piel y los nervios periféricos. Es una enfermedad granulomatosa sistémica crónica y contagiosa, producida por *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen), Se transmite de persona a persona y tiene un largo período de incubación (entre 2 y 6 años), que se caracteriza por síntomas cutáneos locales y síntomas generales, con producción de diversas deformidades y mutilaciones, de larga evolución y la producción de lepromas y neoplasias que se desarrollan sobre todo al nivel de la piel y de los nervios periféricos. La palabra lepra proviene del vocablo griego *Lepis*, que significa escama. Sinonimia: Enfermedad de Hansen, Elefantiasis de los griegos, Leontiasis, Lepra de los Árabes, mal de San Lázaro.

WILLIAN G. SHAFER (1977).- Las lesiones bucales consisten por lo general, en pequeñas masas de aspecto tumoral, denominadas lepromas, que aparecen en lengua, labios o paladar duro. Estos nódulos tienen tendencias a romperse y ulcerarse; así mismo se ha descrito el aflojamiento de los dientes e hiperplasia gingival.

2.1.2.2 ETIOLOGÍA

Fue descubierto por Gerhard Arnaner Hansen en 1873, bacteriólogo noruego, pero está considerada como la enfermedad más antigua del mundo, porque existe desde antes de la existencia de Jesucristo. Se considera que el ser humano es el único ser que manifiesta el mal de Hansen, en otros países se ha encontrado el bacilo en animales como: chimpancés, armadillos, peces, tortugas; pero éstas no la manifiestan.

Sus manifestaciones clínicas son predominantes en piel y nervios periféricos, poliforma en su expresión cutáneas con alteraciones de la sensibilidad. La micobacteria tiene una mayor apetencia por

tejidos periféricos, ya que, al parecer, sobrevive mejor en un ambiente próximo a los 30°C que a 37°C. De ahí que afecte sobre todo la piel, nervios periféricos, la mucosa de las vías respiratorias superiores y otros tejidos, como huesos y algunas vísceras. Estudios actuales consideran que el mal de Hansen tiene un componente inmunológico en su proceso evolutivo, no es hereditario, el hijo de dos leprosos nace completamente sano y no se entiende la causa, siendo una enfermedad tan crónica y contagiosa. Para adquirirla es necesario tener una predisposición hacia ella y una convivencia íntima y prolongada con el enfermo.

Mycobacterium Leprae se presenta como un bacilo recto o ligeramente incurvado. No es esporulado, inmóvil y no capsulado. Aunque es gran-positivo es difícil, al igual que *M. tuberculosis*, ponerlo de manifiesto por este método.

El bacilo se encuentra ubicado intercelularmente, con bastones inmóviles, cuya agrupación se denomina "globias", debido a que secreta una sustancia pegajosa llamada Glea lo que les da la forma de *paquetes de cigarro*. Presenta el ácido micólico que es característico del género *Mycobacterium* y es responsable de la propiedad de ser ácido-alcohol resistente y presenta el ácido lepromínico que es característico de la especie.

Sus células contienen peptidoglicanos y son gram-positivas, pero la mayor parte de la pared bacteriana está formada por lípidos, uno de los cuales es el ácido micólico. Estos lípidos confieren una alta resistencia a la pared bacteriana frente a los agentes externos y son la causa de su patogenicidad.

El tratamiento es difícil, ya que ha de prolongarse durante mucho tiempo, requiere varios fármacos con efectos adversos y resulta muy caro. Evolución de la enfermedad: Los pacientes que sufren

lepra lepromatosa son muy infectivos, si bien es cierto la mayoría de los individuos expuestos inmunocompetentes no contraen la enfermedad. Aproximadamente la tercera parte de los individuos con lepra presentan sus primeras manifestaciones clínicas durante la infancia. La incubación de la enfermedad puede durar hasta 6 años. Una vez puesta de manifiesto, si no es tratada, en general avanza lentamente. Su predilección por regiones anatómicas más frescas suele preservar órganos vitales. Por esta misma razón, la lepra es una enfermedad que va destruyendo lentamente las zonas distales de los dedos de manos y pies y provocando deformidades nasales y faciales, que conllevan la marginación social. Infecciones piógenas locales, secundarias a las úlceras cutáneas, complican y exageran estas alteraciones. A pesar de todos estos problemas, la tendencia de la enfermedad a preservar vísceras principales hace que la esperanza de vida decrezca muy poco. Algunas complicaciones, como la infección piógena con formación de abscesos y sepsias, pueden producir un cambio abrupto y fatal en el curso de la enfermedad.

Historia

La Lepra es conocida desde el mundo antiguo, ya se hacía referencia a ella en los textos bíblicos como por ejemplo en el Antiguo Testamento en el libro Levítico (13,1) "El Señor dijo a Moisés y a Aarón: cuando aparezca en la piel de una persona una hinchazón, una erupción o una mancha lustrosa, que hacen previsible un caso de lepra, la persona será llevada al sacerdote Aarón o a uno de sus hijos, los sacerdotes, el cual examinará la afección. Si en la zona afectada el vello se ha puesto blanco, y aquella aparece más hundida que el resto de la piel, es un caso de lepra...".

Este relato bíblico quizá no haga referencia directa a la lepra como es conocida actualmente, pero si hace referencia a ciertas enfermedades de la piel que en algunas ocasiones pueda haber

sido la enfermedad de Hansen. A lo largo de la historia la lepra recibió numerosas denominaciones tales como: elefantiasis, leoniasis, lepra leonina, lepra mal rojo de Cayena, Enfermedad de Crimea, Mal de San Lázaro.

En la Europa Medieval era claro el mandato religioso de aislar y separar a todo enfermo de lepra, el diagnóstico de dicha enfermedad era causa de divorcio y de pérdida de todos los bienes poseídos por el enfermo y la total exclusión de la vida social. A finales de este período aparecieron las leproserías que alimentaban aún más el aislamiento y el miedo a los leprosos, en toda Europa se abrieron más de 15 000 de estos establecimientos. En 1873 el médico noruego Gerhard Armaner Hansen (1841- 1912) descubrió el bacilo productor de la lepra. La investigación aún continúa en la actualidad, recientemente Stewart Cole, de la Unidad de Genética Molecular Bacteriana del Instituto Pasteur, en colaboración con el Centro Sanger, en Reino Unido, ha obtenido el genoma completo del bacilo de la lepra. La secuenciación del bacilo de la lepra se había convertido en una prioridad dentro de la búsqueda del remedio contra esta enfermedad.

2.1.2.3 Clasificación:

Lepra Pausibacilar:	Lepra Indeterminada
	Lepra Tuberculoide
	Lepra Borderline Tuberculoide con Baciloscopía Negativa
	Lepra con Baciloscopía Negativa
Lepra Multibacilar:	Lepra Borderline Borderline
	Lepra Borderline Lepromatosa
	Lepra Lepromatosa
	Lepra con Baciloscopía Positiva

2.1.2.4 Diagnóstico.

Gatti, Cardama (1984), refiere que ante una lesión clínica sospechosa de lepra, las investigaciones fundamentalmente que debemos realizar son tres:

A) Estudio de las alteraciones de sensibilidad.

Debemos tener en cuenta cualquier mancha, tubérculo, nódulos u otras lesiones cutáneas con alteraciones termo-analgésicas deben considerarse como sospechosa de lepra.

Sin embargo existen algunos procesos que se acompañan de hipoestesia o más raramente, de anestesia a su nivel producida por condensación de los elementos de la piel o por proliferación del tejido conjuntivo que engloban y comprimen los filetes nerviosos de la zona, explicándose de esta manera la alteración sensitiva (tales serían las placas de esclerodermia, queloides, ciertas formas esclerosas de lupus). En todos ellos la distinción es posible en primer lugar por el aspecto clínico de la lesión; además pueden recurrirse al examen histopatológico.

Cuando la lepra se localiza exclusivamente en un nervio, originando una neuropatía hanseniana, deben destacarse cuidadosamente todas las otras posibles etiologías de neuritis (alcohólicas, avitaminósica profesional, postdifteria, virus, diabética, gotosa, traumática, etc.)

B) Investigación del Bacilo de Hansen (basiloscopía)

Baciloscopía. Habitualmente la investigación del bacilo de Hansen se realiza en la piel y mucosa, punción ganglionar.

La técnica para extraer material de la piel es la siguiente: escarificación profunda y raspado de los bordes antes de que emane sangre (no son útiles las muestras de dermis con sangre).

El producto escogido se extiende en un porta objetos, se fija al color, se colorea con Ziehl – Neelsen y se observa. En la mucosa nasal es necesario un suave raspado sobre el tabique a nivel de las lesiones (ulceraciones, costras) o donde se aprecia simple congestión (conviene en usar el espejo nasal para no trabajar a ciegas). Tendremos en cuenta que la baciloscopia es positiva en la forma lepromatosa; habitualmente negativa en la tuberculoide, y variable en la indeterminada. Por lo tanto, si bien su positividad afirma el diagnóstico de lepra, su negatividad no lo excluye.

C) Examen histopatológico.

Al referirnos a las formas clínicas, la única específica y que nos permite certificar, con ella solamente, el diagnóstico de enfermedad, es el infiltrado de la forma lepromatosa (presencia de células virchow, bacilos de Hansen con la colaboración del corte histológico por el Ziehl – Neelsen).

El tipo tuberculoide tiene una estructura histológica que presenta grandes semejanzas con la tuberculosis o la sarcoidosis. En el grupo indeterminado la histología no tiene nada de característica, (simple infiltrado inflamatorio) y es ambigua o mixta en el dimorfo.

Sintetizando diremos: tres son los fundamentos del diagnóstico mal de Hansen, pero no es necesario que se hallen los tres presentes en un mismo caso para certificarlo; uno solo de ellos, bien valorados y estudiados es suficiente. Así tenemos:

En la forma lepromatosa la baciloscopia es positiva, la biopsia revela el típico sensibilidad faltan en un 10% de los casos.

En la tuberculoide finalmente, si bien la baciloscopia es negativa, la histopatología junto con los trastornos de la sensibilidad certifican el diagnóstico.

- **Diagnóstico Diferencial.**

La lepra con su piel pleomorfica y sus manifestaciones neurológicas pueden ser confundidas con otras enfermedades de la piel o neurológicas con lepra sin embargo el DX de la lepra es posible, si se observa uno o algunos de los siguientes signos cardinales de la enfermedad.

Estos signos son:

Pérdida de sensibilidad.

Engrosamiento de los nervios.

Presencia de los bacilos acidorresistentes.

Sin embargo se debe tener siempre presente la posibilidad de concurrencia de varias enfermedades de la piel; comunes o raras que pueden ser confundidas con la lepra y son las siguientes:

- Pitiriasis alva o simple.
- Dermatitis por contacto.
- TBC cutánea verrugosa.
- Leucemia cutánea.
- Avitaminosis B.
- Granuloma multiforme.
- Neurofibromatosis.
- Tinea vesicular.
- Lupus vulgaris.
- Granulan anular.
- Hipocromía postinflamatoria.
- Psoriasis.
- Pitiriasis rosada.
- Tinea circinata.

2.1.2.5 Síntomas Clínicos

Clínicamente podemos observar en el enfermo lo siguiente:

MANIFESTACIONES DE LA PIEL:

- **Máculas:**
 - Hipocrómicas : poco color (blanquecinas)
 - Eritematosas : manchas rojas.
 - Hiperocrómicas: manchas oscuras.

- **Infiltraciones:**

Son áreas de la piel y de la cavidad oral que se engrosan y se les considera aumentados. Pertenece al tipo lepromatoso y su contorno es deforme y tuberculoide.

- **Desinflaciones:**

Cuando las áreas infiltradas se recuperan, la piel y partes del cuerpo quedan arrugados sin brillo, se observa en el tipo lepromatoso.

- **Lepromas:**

Abultamientos sólidos, circunscritos, tamaño variable su color varia tipo lepromatoso y al cicatrizar queda atrófica.

- **Alopecia:**

Caídas de pelos en zonas afectadas.

- **Madarosis:**

Caída de pestañas y cejas, comenzando por la comisura de las cejas.

- **Anhidrosis:**

Falta de sudoración sobre todo nivel de las maculas por compromiso nutricional.

- **Nódulos lepróticos:**
Parecen lepromas, ubicado debajo de la piel son palpables y visibles son del tipo lepromatoso.

MANIFESTACIONES EN LA FACIE:

- **Achatamiento nasal.**
Es ocasionado por perforación, desnutrición del tabique nasal y de los huesos propios de la nariz, afectando al maxilar superior en la ENA y ENP destrucción de zonas de paladar duro y piso nasal.
- **Facies leonina.**
La fisionomía adquiere expresión de fiera, con resultado de las infiltraciones masivas asociadas a los nódulos: la piel se tumefacta, los surcos de la piel se acentúa; se deforman en el ala de la nariz, se abolla la frente, la nariz y el mentón, los lóbulos de la oreja se hacen péndulos y se agrandan; también se producen caídas de cejas y pestañas.
- **Facies antonina.**
Dificultad en el movimiento de todos los músculos de la cara.

MANIFESTACIONES NERVIOSAS:

Se produce por la invasión del bacilo de Hansen en los nervios especialmente en la cara, cuello y extremidades.

- **Neuritis.**
Ataque del bacilo al nervio superficial, produciendo neuralgia inicialmente a la enfermedad.
- **Hipertrofia de los nervios.**
Engrosamiento de los nervios, generalmente con dolor (M. cervical, cubital, ciático poplíteo externo, facial, etc.)

❖ **Perturbaciones sensitivas.**

➤ **Parestesias.**

Son sensaciones anormales como adormecimiento, hormigueo y quemazón.

➤ **Disestesias.**

Existe hiperestesias, hipoestesias y anestesia:

- **Hiperestesias:** máxima sensibilidad en los nervios superficiales y la zona de la piel.
- **Hipoestesias:** disminución de sensibilidad de los nervios superiores.
- **Anestesia:** desaparición total de la sensibilidad superficial, térmica, dolorosa y táctil.

➤ **Perturbaciones motoras.**

Son tardías, menos frecuentes porque se enferman por las fibras sensitivas.

➤ **Parálisis.**

Impotencia funcional de los músculos.

➤ **Amiotrofias.**

Disminución de volumen y capacidad funcional de los músculos.

- Retracción fibrotendinosa.
- Garra cubital.

Los dedos se paralizan, no flexionan.

- Mano simiesica o de mono.
- Marcha escarbante o pie tombant.

➤ **Lagoftalmo**

Es la parálisis de los músculos orbiculares de los párpados estos se mantienen abiertos y el párpado inferior permanece caído.

❖ **Perturbaciones tróficas.**

Son alteraciones que se producen en las áreas de los nervios comprometidos especialmente en las extremidades, por la pérdida de la función neural a nivel vascular, linfático, óseo, muscular, producido por la falta de nutrición o mal trofismo.

➤ **Hiperqueratosis.**

Engrosamiento en algunas partes del cuerpo se producen también dentro de la cavidad oral en lenguas, carrillos, paladar blando, encías, etc. Se produce por maltrofismo local.

➤ **Mal perforante plantar.**

Se realiza inicialmente y evoluciona en los pies, son úlceras ovoides, redondas y profundas de bordes gruesos en sacabocado y callosos.

➤ **Reabsorción ósea.**

Es el enrarecimiento y desaparición por reabsorción de los huesos de la mano, pies, maxilares y que condicionan la invalidez y nutrición.

➤ **Mutilación ósea.**

Es la fragmentación de los huesos de la mano o del pie por osteoporosis y reabsorción de causa neutrófica.

MANIFESTACIONES EN MUCOSAS

Mucosa es el revestimiento interno de los órganos.

➤ **Rinitis leprosa.**

Inflamación de la mucosa de la nariz; se manifiesta por un catarro crónico congestivo, es síntoma precoz de la enfermedad, presentado secreciones supurantes, sangrantes y existiendo destrucción del piso nasal, septum, ENA, ENP, etc.

➤ **Conjuntivitis:**

Inflamación de ojo por la presencia de lepromas, presenta enrojecimiento el ojo.

➤ **Laringitis leprosa:**

Inflamación de la laringe por lesiones propias que se extienden a la cavidad oral presentando una serie de alteraciones y manifestaciones de Bacilo de Hansen la voz se modifica y se llega a veces a la pérdida de ella.

2.1.2.6 Clases de Hansen (Lepra)

LEPRA INDETERMINADA (LI):

Es la fase de comienzo de la enfermedad, sin tratamiento puede evolucionar hacia la lepra tuberculoide, dimorfa o lepromatosa. La reacción a la lepromina es variable y la baciloscopía de la lesión es negativa, aunque en algunas ocasiones tras la búsqueda prolongada puede encontrarse algún bacilo suelto en cortes histológicos. Reacción de Mitsuda positiva. En definitiva, es una forma muy poco estable y el pronóstico es bueno con un tratamiento adecuado. Se manifiesta por máculas hipocrómicas, eritemato-hipocrómicas o eritematosas, son de tamaño y forma variables, la superficie puede ser regular y puede ser lisa. Se localizan con mayor frecuencia en nalgas, espalda, muslos,

brazos, excepcionalmente en palmas de las manos, plantas de los pies y cuero cabelludo. Pueden ser únicas o múltiples. Las máculas se manifiestan por hipoestesia más o menos definida. Además de las alteraciones sensitivas también pueden presentar trastornos vasomotores, alopecia ligera o total. Nunca se produce la afección de los troncos nerviosos.

Diagnóstico Diferencial: Pitiriasis Vericolor, Pitiriasis Alba, Neurofibromatosis, Dermatitis Seborreica, - Dermatitis solar hipocromizante, Vitiligo, Hipocromías residuales, Nevus acromico o despigmentado, Esclerodermia en placas o Morfea, Pinta.

LEPRA TUBERCULOIDE (LT):

Es una forma "benigna" de la enfermedad. Afecta solo la piel y los nervios. Reacción de Mitsuda positiva, tiene una estructura histológica característica, formada por granulomas epitelioides. El número de troncos nerviosos dañados es escaso y asimétrico, pero sin tratamiento puede dejar graves secuelas. En las lesiones se encuentran escasos y nulos bacilos debido a la gran capacidad de defensa del paciente en estos casos. En conclusión: Baciloscopia negativa, Mitsuda positiva, en ocasiones tiende a la regresión. En piel un número escaso de lesiones, rojizas, parduzcas o hipopigmentadas, asimétricas, perfecta delimitación de las lesiones, tendencia a la curación en su parte central; la superficie es seca. Se localizan con preferencia en nalgas, muslos, piernas, brazos, antebrazos, tronco, regiones lumbares. Las lesiones en piel corresponden a: máculas, pápulas y nódulos. Existe alteración neurológica en todas las lesiones, en primer lugar se evidencia la anestesia térmica y posteriormente la dolorosa, pudiendo existir también hipoestesia o anestesia al tacto. Las lesiones pueden presentar alopecia total, disminución de la sudoración, lo que puede acabar en una anhidrosis completa.

Diagnóstico Diferencial: Dermatofitosis, Lupus eritematoso discoide y subagudo, Psoriasis, Dermatitis seborreica, Sarcoidosis, Sarcoma de Kaposi, Granuloma anular, Liquen plano anular, Esclerodermia en placa, Sífilis, Alopecia areata, Tuberculosis cutánea, Leishmaniosis, Cromomicosis, Esporotricosis, Blastomicosis sudamericana, Enfermedad de Jorge Lobo o lobomicosis, Toxicodermias.

-Tuberculoide Mascular (TM):

Presentan máculas de límites netos, bien definidos de superficie lisa y seca con disminución de sensibilidad cutánea. Examen bacteriológicos negativos, algunas aparecen uno que otros bacilo.

-Tuberculoide Menor (micropapuloide)

Las lesiones cutáneas son ligeras o moderadamente elevadas a menudo sólo en el margen y a una sola parte de este generalmente con irregularidad de la superficie. Las lesiones tienden a ser relativamente superficiales y es raro encontrar ramas nerviosas aumentadas a las lesiones cutáneas.

-Tuberculoide Mayor (Placas lesiones anulares)

Las lesiones cutáneas son a menudos lisas, pero más marcadamente elevadas e infiltradas y el área afectada es generalmente más extensa y profunda.

LEPRA BORDERLINE O LEPRA DIMORFA:

Este grupo es muy inestable. Las lesiones cutáneas son succulentas o firmes. Pleomórficas, uniformemente engrosadas o con un claro central; pueden ser pocas o numerosas, color rojizo o parduzco, con la superficie generalmente lisa y brillante, aunque a veces puede aparecer seca y áspera con escamas; los bordes periféricos pueden estar bastantes definidos o fundirse imperceptiblemente en la piel normal circundante. Incluye casos

malignos muy inestables casi siempre con numerosos bacilos al examen bacterioscópico y lepromino; la reacción procede de un caso Tuberculoide y si no se controla puede llegar al caso Lepromatoso.

Estos pacientes pueden presentar al mismo tiempo características próximas a la LT en algunas áreas y en otros aspectos clínicos semejantes a la LL. De acuerdo con Ridley y Jopling, la lepra *borderline* (LB) se subdivide en 3 grupos:

-Lepra Borderline Tuberculoide (BT):

Presenta lesiones cutáneas pocas o numerosas, rojizas, parduzcas o hipocrómicas, algunas lesiones pueden permanecer elevadas en todas las superficies o presentar un claro central, bordes bien demarcados, superficie lisa; pero generalmente es áspera y puede ser escamosa; semejante a LT, en la mayoría de los casos baciloscopia negativa, puede presentar afección de los troncos nerviosos con graves secuelas si no recibe tratamiento adecuado.

-Lepra Borderline Borderline (BB):

Pueden ser pocas o numerosas, rojizas o parduzcas, algunas con bordes mal definidos y región central limpia aparente (imagen de queso suizo). Afección nerviosa importante. Es muy inestable, puede pasar a BT o BL en poco tiempo. Baciloscopia positiva; la reacción de Mitsuda generalmente es negativo pero puede ser ligeramente positivo.

-Lepra Borderline Lepromatosa (BL):

Las lesiones cutáneas son multiformes de tamaños variables engrosadas o infiltradas de color rojizo o pardusco. Las lesiones no son tan simétricas, las superficies de las lesiones suelen ser lisa y brillante con bordes mal definidos, la pérdida de sensibilidad

puede ser desde mínima hasta una anestesia total; como en la LL. Gran afectación nerviosa. Baciloscopia positiva y la reacción de Mitsuda generalmente es negativo.

LEPRA LEPROMATOSA:

Este tipo, es el más severo de todos. Es de evolución crónica y progresiva. Se caracteriza por una reacción a la lepromina negativa. Esta falta de reacción a la enfermedad es la que determina en esta forma clínica la diseminación de los bacilos a parte de la piel, tejido óseo, mucosa, sistema nervioso periférico, mucosa bucal, nariz, vías respiratorias altas y bajas, cuerdas bucales, úvula parte anterior del ojo y los nervios a los órganos internos. El número de micobacterias en estos pacientes es importante, por lo tanto la baciloscopia es positiva. En la piel las lesiones son numerosas, simétricas, mal delimitadas, pueden estar aislados o agrupados de localización y extensión variables. Las lesiones presentan cuatro formas: Nódulos o lepromas, máculas, infiltraciones y úlceras. Los lepromas constituyen las lesiones típicas de la enfermedad, aunque no son tan frecuentes. Si varios nódulos se agrupan en la cara, la deforman, constituyendo la conocida *facies leonina*.

Hay alopecia, la barba puede faltar parcial o totalmente, el vello puede faltar por completo en el tórax y también a nivel del pubis. En los brazos, muslos, antebrazos, piernas y el dorso de las manos hay escasez o ausencia total del vello. En las uñas, además de grandes alteraciones tróficas de reabsorción, podemos encontrar una pérdida de brillo y una disminución del crecimiento. La sudación está suprimida por completo o casi por completo en las áreas de infiltración, las máculas y los lepromas; además, se constata su ausencia en grandes zonas del cuerpo coincidiendo con anestias de origen troncular.

Diagnóstico Diferencial: Sífilis, Toxicodermias, Eritema nudoso, Leishmaniosis anérgica, Enfermedad de Jorge Lobo o lobomiosis, Lupus eritematoso sistémico, Xantomas, Neurofibromatosis, Lipomatosis, Linfomas cutáneos, Leucémides, Ictiosis, Alteraciones hereditarias o adquiridas de las cejas.

❖ **Clasificación de Hansen (Lepra)**

La clasificación de de Ridley y Jomplig es la más utilizadas para los pacientes hospitalizados y en particular; para los estudios de investigación. Su uso es obligatorio en los programas que incluyen estudios inmunológicos. Las definiciones de los cinco grupos son tanto clínicos como histológicos pero pueden emplearse únicamente en la clínica con el apoyo de la baciloscopías de la piel. La tuberculoide polar se llama TT, la lepromatosa polar LL y la bordeline intermedio BB; es decir, entre la zona BT y BL, en comparación con la clasificación de tres grupos, la categoría BB está más definida en la bordeline; BT incluye algunas que serían tuberculoide y BL algunas serían lepromatosos en el sistema de tres grupos:

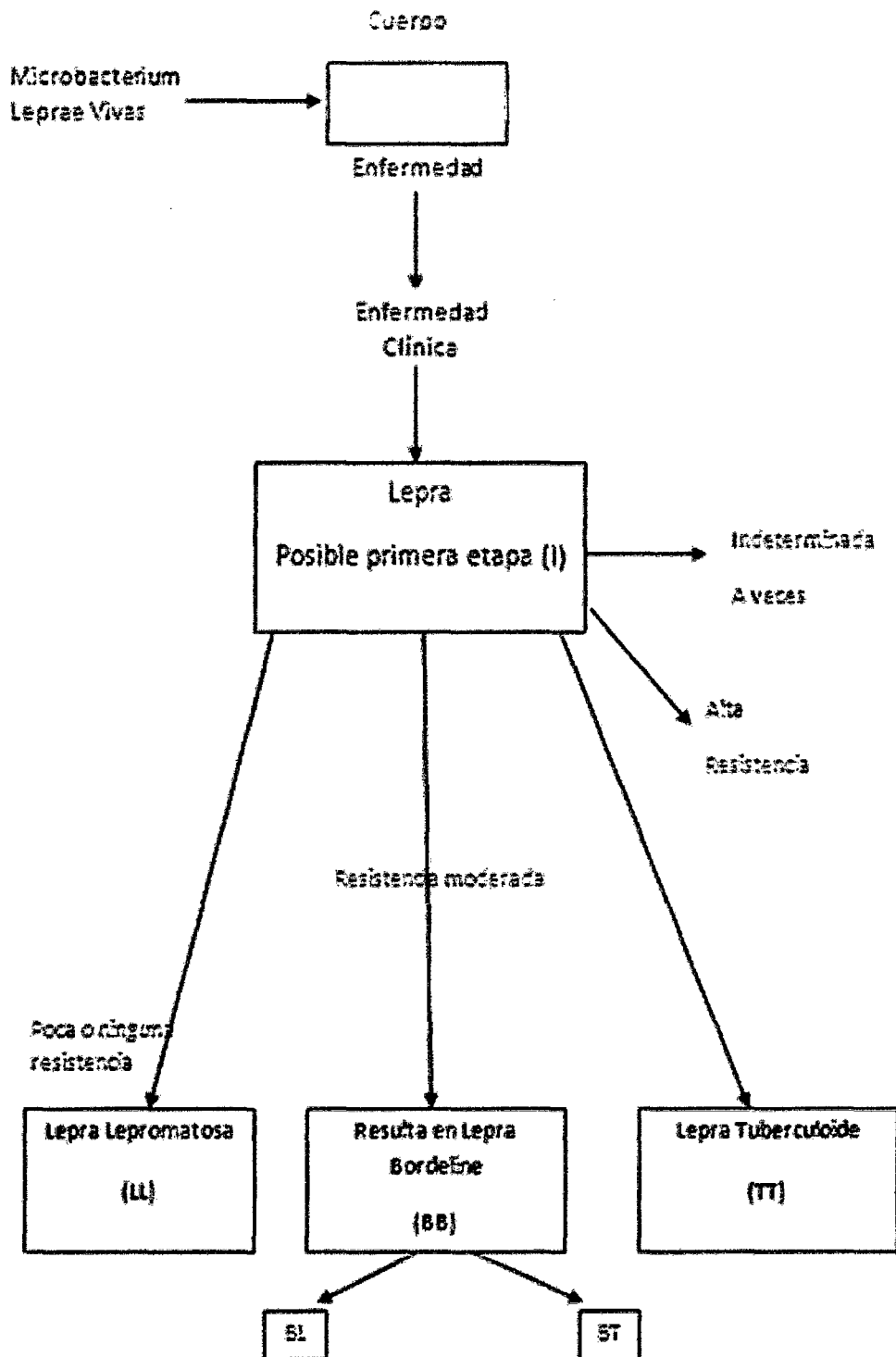
- TT – Lepra Tuberculoide.
- LL – Lepra Lepromatosa.
- BB – Lepra Bordeline.
- BT – Bordeline Tuberculoide.
- BL – Bordeline Lepromatoso

❖ **Epidemiología de la Hansen**

Pearson, afirma que la lepra es posible en todas las edades, es decir en la oportunidad de contacto; rara vez se ve la lepra en niños menores de edades, recién nacidos, ya que este mal no es transmisible de generación en generación; la causa es desconocida, pero el hijo de los dos enfermos con mal de Hansen, nace completamente sano, sin portar el bacilo en su sangre; por lo tanto el contacto es entre personas mayores de edad por el

tiempo de convivencia, sangre o por el tiempo de frecuencia juntos; y todas las formas de lepra son relativamente más frecuentes en los hombres y menos en las mujeres; esta diferencia es más marcada en la que es la más agresiva y en la cual se manifiesta cambios y manifestaciones en la mucosa bucal.

2.1.2.7 Proceso de Hansen (lepra)



❖ **Clasificación de los daños:**

- Daño nervioso : Causado por el *Micobacterium Leprae*.
- Primaria : Prevenible solo con tratamiento precoz.
- Incapacidad : Prevenibles hasta cierto extremo.
- Secundaria : Educación sanitaria y rehabilitación.

2.1.2.8 Tratamiento de la Hanseniasis

Las cifras oficiales muestran que hay más de 182 000 enfermos principalmente en Asia y África. En el 2012 se notificaron aproximadamente 219 000 nuevos casos. El *Mycobacterium leprae* se multiplica muy despacio y el periodo de la incubación de la enfermedad es de unos cinco años, los síntomas pueden tardar más de 20 años en aparecer.

El Hansen no es muy contagiosa; se transmite por gotículas nasales y orales cuando hay un contacto estrecho y frecuente con enfermos no tratados. Si no se trata el Hansen puede causar lesiones progresivas y permanentes en la piel, los nervios, las extremidades y los ojos.

El diagnóstico temprano y tratamiento multimedicamentoso siguen siendo los elementos fundamentales para lograr que la eliminación de la enfermedad como problema de salud pública.

El Hansen es una enfermedad curable. Si se trata en las primeras fases, se evita la discapacidad.

Desde 1995 la OMS proporciona gratuitamente a todos los enfermos leproso del mundo el tratamiento multimedicamentoso, que es una opción curativa simple, aunque muy eficaz para todos los tipos de Hansen. En la actualidad el control ha mejorado mucho gracias a las campañas nacionales y locales llevados a cabo en la mayor parte de los países donde la enfermedad es endémica.

Desde la puesta en práctica en la estrategia mundial mejorada para reducir la carga de morbilidad debida al Hansen 2011-2015, los programas nacionales específicos prestan más atención a los grupos desatendidos y las zonas de acceso difícil a fin de mejorar el acceso y la cobertura. En vista de que las estrategias de control son limitadas, los programas nacionales promueven activamente la retención de los casos el rastreo de contactos, el seguimiento, la remisión de pacientes y la gestión de los registros.

Según los informes oficiales procedentes de 105 países y territorios, la prevalencia mundial de la lepra a principios del 2012 fue de 181 941 casos mientras que el número de casos nuevos detectados en 2011 había sido de 219 075 por comparación con 228 474 en el 2010.

Todavía quedan focos de gran endemividad en algunas zonas del Brasil, Filipinas, la India, Indonesia, Madagascar, Mozambique, Nepal, La República Democrática del Congo, y la República Unida de Tanzania y Perú estos países siguen siendo muy implicados en la eliminación de la lepra y siguen intensificando sus actividades de control.

Durante muchos años se intentó una cura contra este mal, sin encontrar respuestas por no saber la exactitud el origen del mal de Hansen. Inicialmente se optó por aislar a los pacientes de personas sanas y de desterrarlos de sus lugares de origen separándolos de sus familiares, causándoles un problema psicológico de rechazo; se intentó encontrar una cura definitiva. Se optó por lavar las heridas con bicarbonato de potasio, el cual tiene una propiedad de secar las heridas y evitar el avance. Después se comenzó a administrar sulfas o sulfonas por vía oral para evitar el avance a nivel de sangre de mal de Hansen; pero

todos estos métodos son efectivos de una manera parcial sin obtener el éxito total de cura.

A muchos intentos en la comunidad de San Pablo del Amazonas y experimentar con elementos caseros que curen bien las heridas. Este mal por el intento de las hermanas de San José se encontró que la cura más barata y sencilla que se puede lograr para curar las heridas de la piel es la mezcla de vinagre con azúcar impalpable y lavar las heridas tratándose así de dar solución a tantas muertes penosas, mutilaciones, etc. En la actualidad les curan con agua y jabón, yodo en espuma, merthiolate y quemisetina.

En el pasado el tratamiento de la lepra era distinto el primer avance importante se realizó en los años cuarenta con la obtención de la dapsona, medicamento que detuvo la enfermedad no obstante la larga duración del tratamiento de años o incluso durante toda la vida dificultaba su cumplimiento en los años sesenta el *M. leprae* empezó a manifestar resistencia a la dapsona el único medicamento antileproso conocido por entonces. A principios de los años sesenta se descubrieron la rifampicina y la clofazimina los otros dos componentes del medicamento multimedicamentoso.

En 1981 un grupo de estudio de la OMS recomendó el tratamiento multimedicamentoso a base de dapsona, rifampicina y clofazimina asociación que elimina el bacilo y logra la curación. Desde 1995, la OMS proporciona el tratamiento multimedicamentoso gratuitamente a todos los enfermos leproso del mundo, inicialmente lo hizo por conducto del fondo para medicamentos de la fundación Nippon y desde el 2000 mediante las donaciones de los medicamentos Novartis y la Fundación Novartis para el Desarrollo Sostenible.

El desarrollo del nuevo esquema terapéutico para el tratamiento de la lepra por vía oral:

Primer día:

- Rifampicina 600mg.
- Clofazimina 300mg.
- Dapsona 100mg.

Mensual:

- Rifampicina 600mg.
- Clofazimina 300mg.

Diario:

- Dapsona 50mg.
- Clofazimina 50mg.

Se les da un tratamiento quirúrgico, en casos de cortes o sacar partes que se encuentren en mal estado, el procedimiento principal e importante es tener buena higiene y darle un tratamiento séptico óptimo.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

Lesiones Orales

REAL ACADÉMIA NACIONAL DE MEDICINA.- Una lesión (del latín *laesio* (*em*), "herida") es un cambio anormal en la morfología o estructura de de la cavidad oral producida por un daño externo o interno. Las heridas en la piel pueden considerarse lesiones producidas por un daño externo como los traumatismos. Las lesiones producen una alteración de la función o fisiología de órganos, sistemas y aparatos, trastornando la salud y produciendo enfermedad.

Lesiones Orales sensibles o dolorosas (puede no presentarse molestia en los casos leves) localizadas a los lados de la lengua o en el interior de las mejillas ocasionalmente localizadas en las encías.

2.3 HIPÓTESIS

Existen lesiones orales más frecuentes en la enfermedad de Hansen en pacientes de la comunidad de San Pablo del Amazonas – Loreto 2013.

2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

La investigación presenta una variable central que es:

Variable: Lesiones Orales

2.5 INDICADORES E ÍNDICES

Las variables tienen los siguientes indicadores e índices.

VARIABLES		INDICADORES
Lesiones Orales	Lesiones de tejidos blandos	<ul style="list-style-type: none">• Vesículas.• Ulceras.• Pigmentación.• Enfermedad Periodontal.
	Lesiones de tejidos duros	<ul style="list-style-type: none">• Caries dental.• Reabsorción ósea (reborde alveolar).

CAPITULO III

3.1 METODOLOGÍA

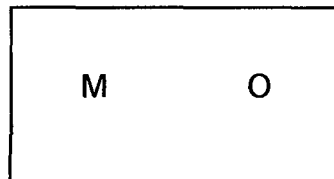
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Investigación Cuantitativa.

3.1.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

No experimental, descriptivo simple, transversal.

El esquema será el siguiente:



M = Muestra.

O = Observación de la Variable

POBLACIÓN Y MUESTRA

3.1.2.1 Población

La población estuvo conformada por 22 pacientes con la enfermedad de Hansen de la comunidad de San Pablo del Amazonas – Loreto 2013.

3.1.2.2 Muestra

La muestra como la población es pequeña se trabajó con toda la población con la enfermedad de Hansen (lepra) de la comunidad de San Pablo del Amazonas – Loreto 2013.

3.1.3 PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1.3.1 Procedimientos de recolección de datos

- Se solicitó permiso a la Dirección Regional de Salud (DIRESA) para que nos brinden las facilidades y nos den acceso a las historias clínicas del Centro de Salud de todos los pacientes con la enfermedad de Hansen.
- Se solicitó permiso a las hermanas de la Congregación Siervas de San José para que nos brindan las facilidades y el acceso a las instalaciones de la Casa Hogar donde viven los pacientes con el mal de Hansen.
- Se registró en el instrumento N° 01 (Ver anexo pág. 49).
- Se analizó la información.

A) CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

a) Inclusión:

- Pacientes de ambos sexos.

b) Exclusión:

- Pacientes con la Enfermedad de Hansen.

3.1.3.2 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

a) Instrumento

El instrumento para la recolección de datos fue una ficha para el Observación de las Lesiones orales más frecuentes.

Ficha de recolección de datos sobre lesiones orales más frecuentes en la enfermedad de Hansen en pacientes de la comunidad de San Pablo del Amazonas – Loreto 2013
(Instrumento N° 1 – Anexo1)

b) Técnica

Para efectos de estudio, se realizó de la siguiente manera:

- Se procedió a identificar la muestra en estudio.
- Se realizaron los exámenes orales a los pacientes de la comunidad de San Pablo del Amazonas, para llenar la Ficha de recolección de datos sobre lesiones orales más frecuentes en la enfermedad de Hansen en pacientes de la comunidad de San Pablo del Amazonas – Loreto 2013 (**Instrumento N° 1 – Anexo1**)
- Se realizaron tomas fotográficas intraorales y extraorales a los pacientes examinados (**Anexo N° 02**)
- Los datos se registraron en el instrumento N° 01 (**Anexo N° 01**) y (**Anexo N° 02**)
- Se procesó los datos en el programa estadístico informático (**SPSS 18.0**).
- Se procedió a analizar la información y se elaboró el informe.

3.1.4. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

- Los datos fueron digitados en las hojas electrónicas de Microsoft Office Excel 2010, donde se revisó y depuró los errores de digitación.
- Se generó los resultados de salida, utilizando la opción informe de gráfico y tabla dinámica de Microsoft Office Excel 2010.
- Se exportó los datos a la hoja del SPSS 18.0 para el procesamiento estadístico de los datos.



00095

CAPITULO IV

RESULTADOS

Después de realizar la recolección de la información mediante el instrumento ya descrito, se procedió a analizar los datos obtenidos, que se presenta a continuación:

4.1 PORCENTAJE MUESTRAL DE PACIENTES CON HANSENIASIS.

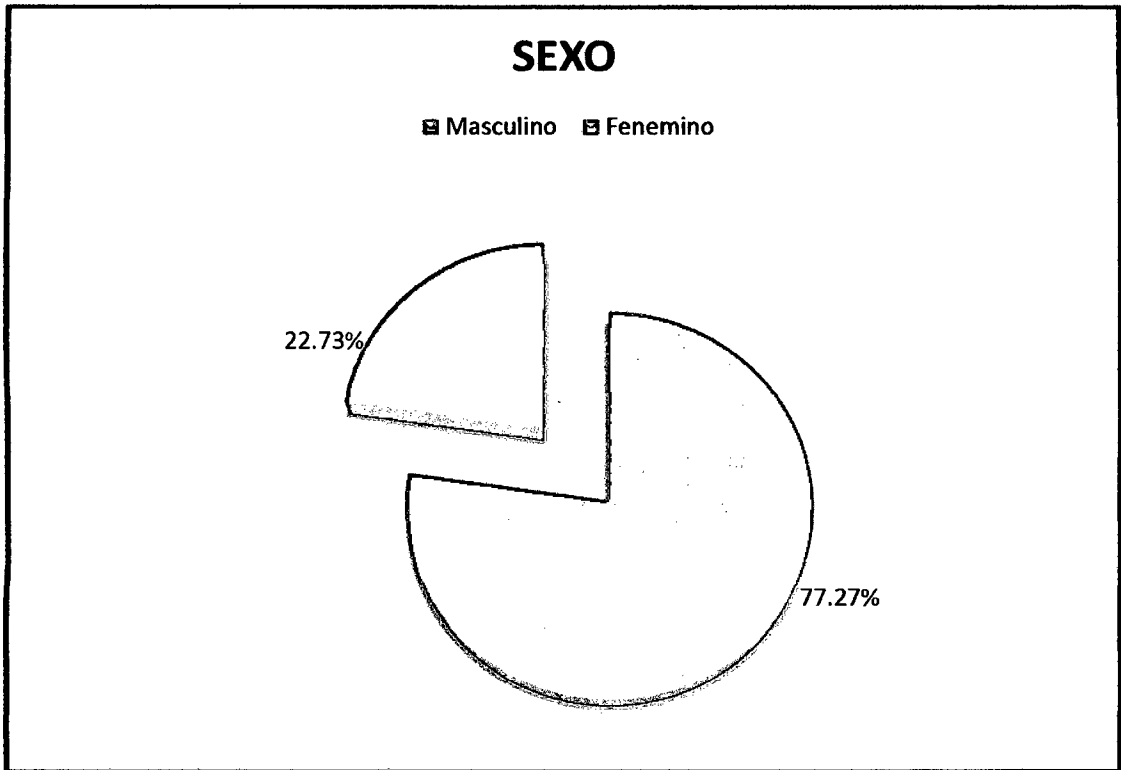
SEGÚN EL SEXO

Pacientes de ambos sexos que manifiestan el mal de Hansen, a través del cuadro podemos ver e identificar el porcentaje. De 22 pacientes, 17 son del sexo masculino, que corresponde a un 77.27% y 05 pertenecen al sexo femenino que corresponde al 22.73%. Como se puede apreciar en la Tabla 01 y el Gráfico 01, existe mayor porcentaje del sexo masculino con relación al sexo femenino.

Tabla 01.- Pacientes con la enfermedad de Hansen según el sexo.

	SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VÁLIDO	Masculino	17	77.27%
	Femenino	5	22.73%
	TOTAL	22	100%

Gráfico 01.- Pacientes con la enfermedad de Hansen según el sexo.



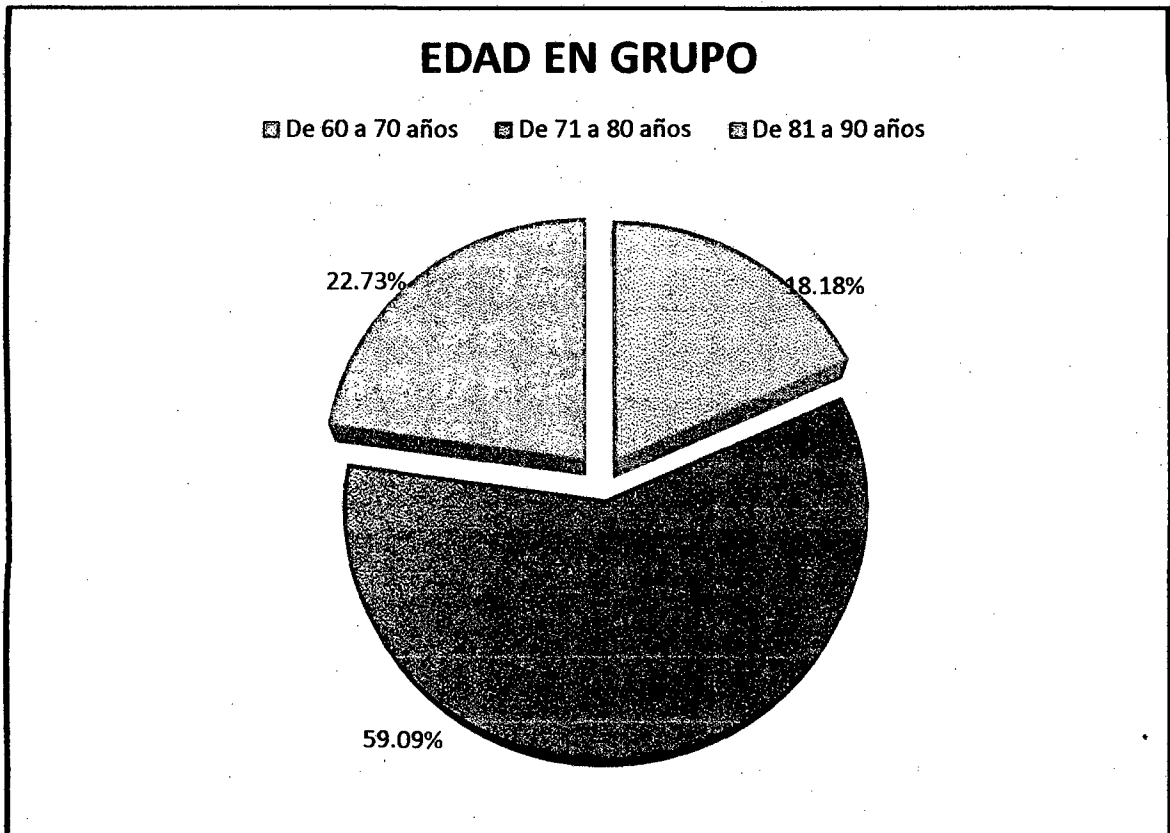
SEGÚN LA EDAD

Se puede observar las edades del grupo de estudio distribuidos de la siguiente manera: un primer grupo de 60 a 70 años con una frecuencia de 04 pacientes que corresponde a un porcentaje de 18.18%; un segundo grupo de 71 a 80 años con una frecuencia de 13 pacientes que corresponde a un porcentaje de 59.09%; y un tercer grupo de 81 a 90 años con una frecuencia de 05 pacientes que corresponde a un porcentaje de 22.73%. Como se puede apreciar en la Tabla 02 y en el Gráfico 02.

Tabla 02.- Distribución de pacientes según la edad en grupos.

EDAD EN GRUPOS		FRECUENCIA	PORCENTAJE
VÁLIDO	De 60 a 70 años	4	18.18%
	De 71 a 80 años	13	59.09%
	De 81 a 90 años	5	22.73%
	TOTAL	22	100%

Gráfico 02.- Distribución de pacientes según la edad en grupos.



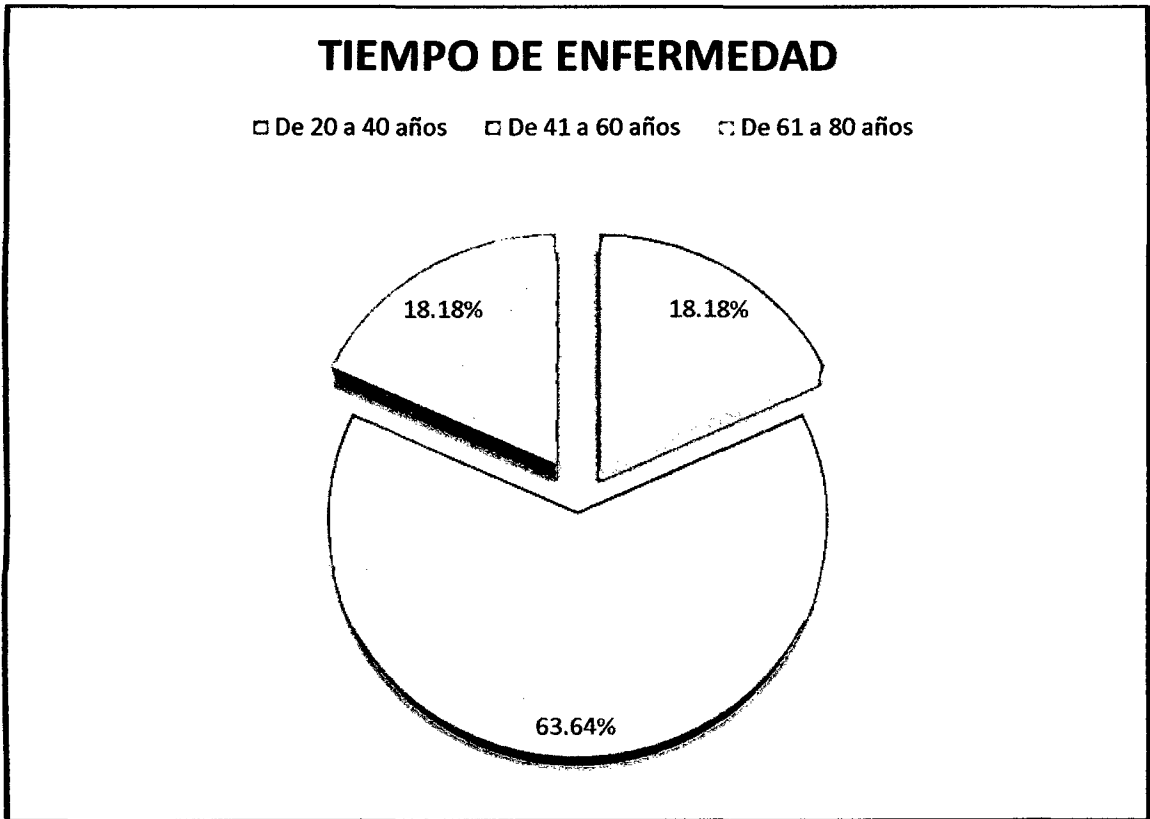
SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD

Se puede observar el tiempo de enfermedad en años del grupo de estudio distribuidos de la siguiente manera: un primer grupo de 20 a 40 años con una frecuencia de 04 pacientes que corresponde a un porcentaje de 18.18%; un segundo grupo de 41 a 60 años con una frecuencia de 14 pacientes y un porcentaje de 63.64%; un tercer grupo de 04 pacientes y un porcentaje de 18.18%. Como se puede apreciar en la Tabla 03 y en el Gráfico 03.

Tabla 03.- Distribución de pacientes de acuerdo al tiempo de enfermedad.

TIEMPO DE ENFERMEDAD		FRECUENCIA	PORCENTAJE
VÁLIDO	De 20 a 40 años	4	18.18%
	De 41 a 60 años	14	63.64%
	De 61 a 80 años	4	18.18%
	TOTAL	22	100%

Grafico 03.- Distribución de pacientes de acuerdo al tiempo de enfermedad.



SEGÚN EL TIPO DE HANSEN

De un total de 22 pacientes de ambos sexos, se observo que:

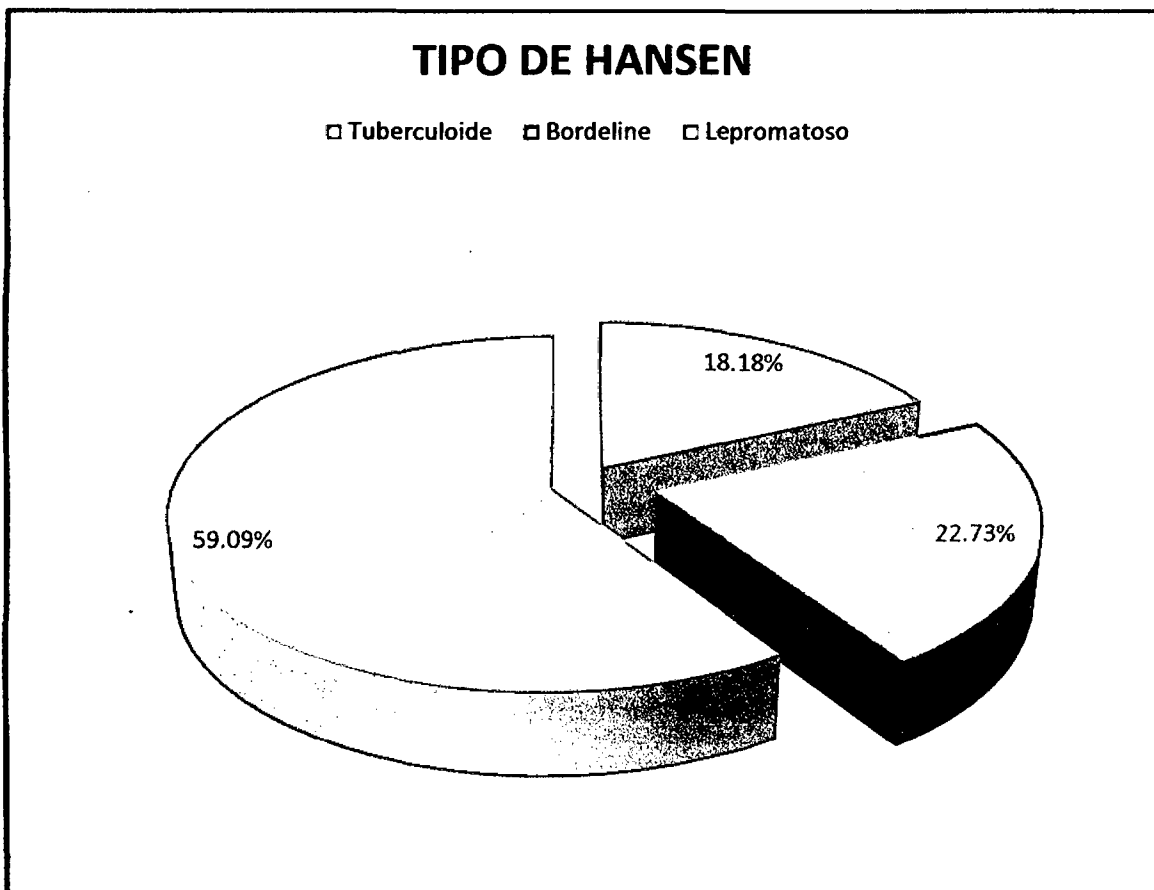
- ✓ 04 pacientes presentaron del tipo Tuberculoide, haciendo un porcentaje de 18.18%.
- ✓ 05 pacientes del tipo Bordeline, haciendo un porcentaje de 22.73%.
- ✓ 13 pacientes del tipo Lepromatoso, haciendo un porcentaje de 59.09%.

Como se puede apreciar en la Tabla 04 y en el Gráfico 04.

Tabla 04.- Distribución de pacientes de acuerdo al tipo de enfermedad.

TIPO DE HANSEN		FRECUENCIA	PORCENTAJE
VÁLIDO	Tuberculoide	4	18.18%
	Bordeline	5	22.73%
	Lepromatoso	13	59.09%
	TOTAL	22	100%

Gráfico 04.- Distribución de pacientes de acuerdo al tipo de enfermedad.



DE ACUERDO AL TIPO DE HANSEN SEGÚN EL SEXO

Pacientes de ambos sexos que manifiestan el mal de Hansen, a través del cuadro podemos ver e identificar el porcentaje.

De 22 pacientes:

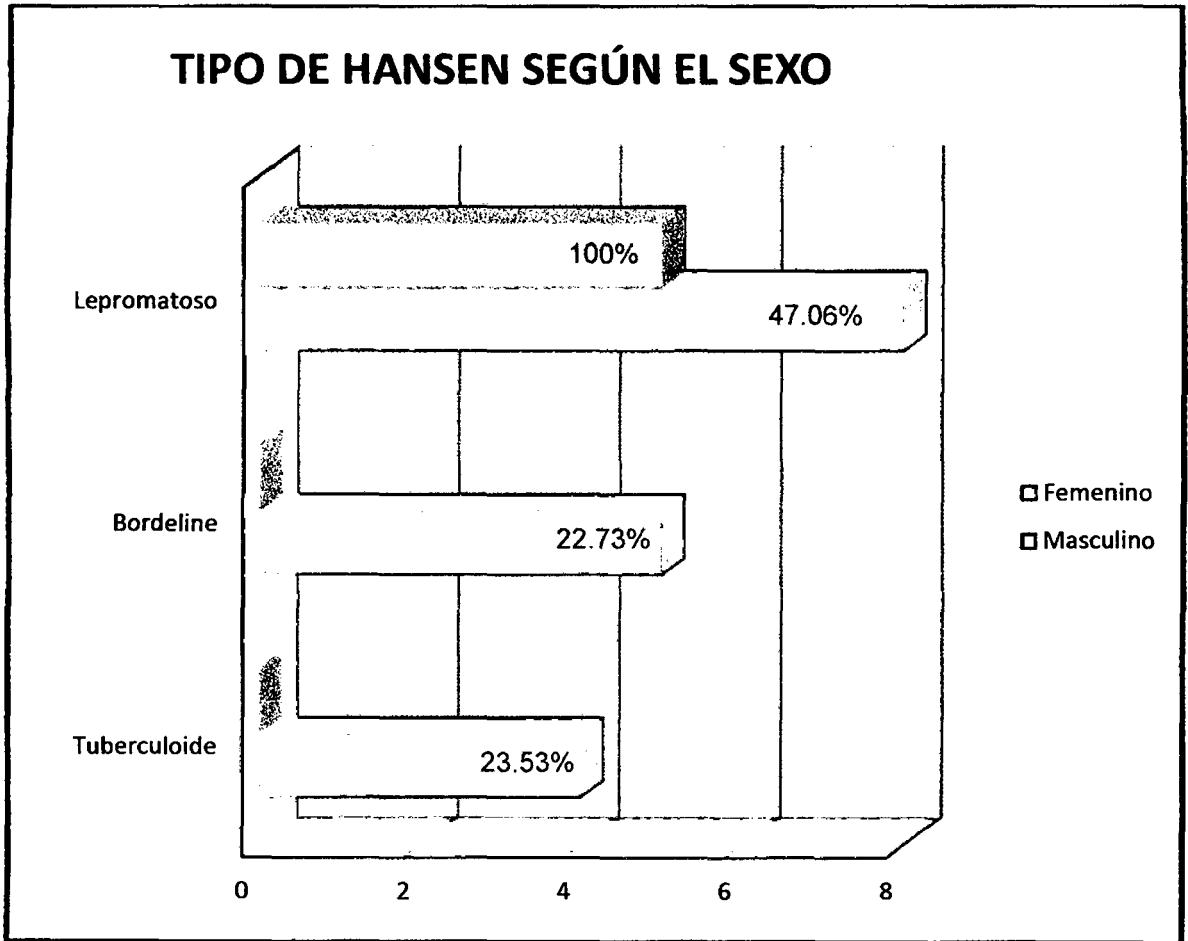
- ✓ 04 del sexo masculino son del tipo Tuberculoide, que corresponde a un 23.53%.
- ✓ 05 del sexo masculino es del tipo Bordeline que corresponde al 22.73%.
- ✓ 08 del sexo masculino son del tipo Lepromatoso que corresponde al 47.06
- ✓ 05 del sexo femenino son del tipo Lepromatoso que corresponde al 100%

Como se puede apreciar en la Tabla 05 y el Gráfico 05, existe mayor porcentaje del sexo masculino con relación al sexo femenino.

Tabla 05.- Distribución de pacientes de acuerdo al tipo de enfermedad según el sexo.

TIPO DE HANSEN SEGÚN EL SEXO		FRECUENCIA		PORCENTAJE	
		Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
VÁLIDO	Tuberculoide	4	0	23.53%	0.00%
	Bordeline	5	0	22.73%	0.00%
	Lepromatoso	8	5	47.06%	100.00%
	TOTAL	17	5	100.00%	100.00%

Gráfico 05.- Distribución de pacientes de acuerdo al tipo de enfermedad según el sexo.



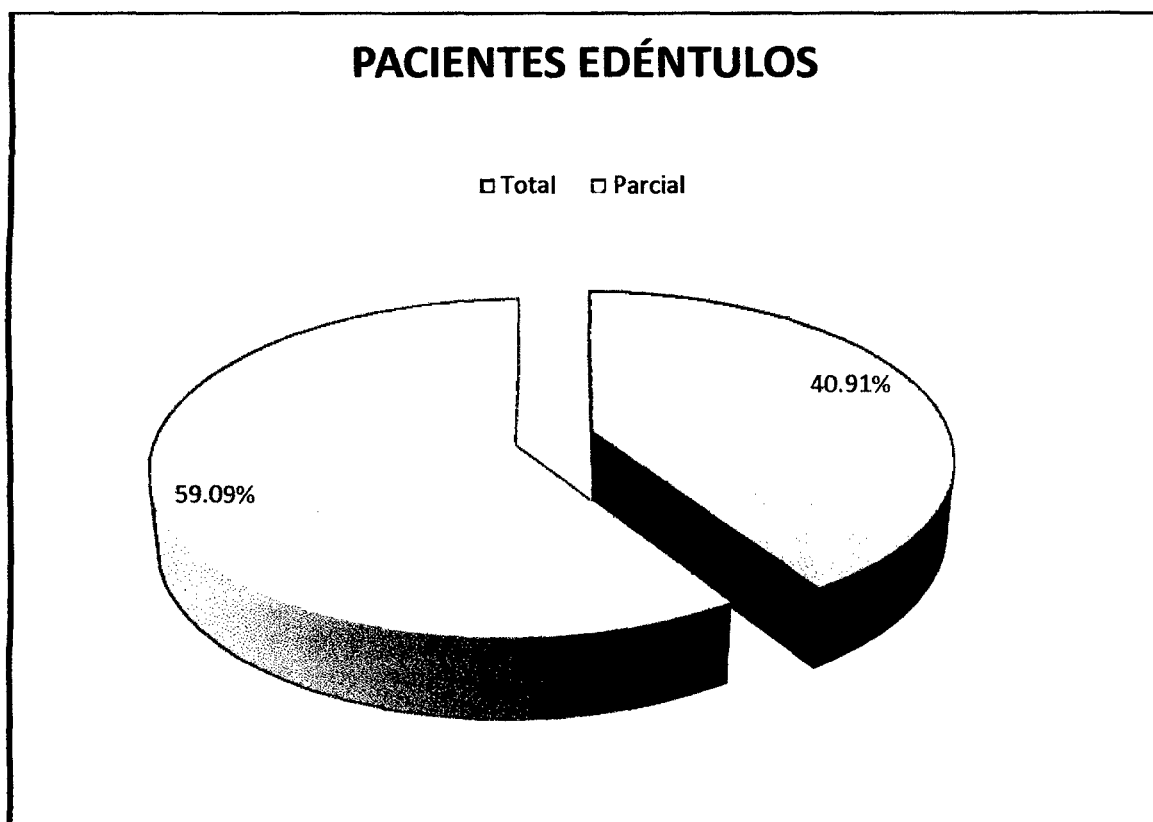
SEGÚN LOS TIPOS DE EDÉNTULOS

Se puede observar los tipos de edéntulos del grupo de estudio distribuidos de la siguiente manera; un primer grupo de 09 pacientes son edéntulos totales que hacen un porcentaje de 40.91%; y un segundo grupo 13 pacientes son edéntulos parciales que hacen un porcentaje de 59.09%. Como se puede apreciar en la Tabla 06 y el Gráfico 06.

Tabla 06.- Distribución de pacientes según el tipo de edéntulos.

PACIENTES EDÉNTULOS		FRECUENCIA	PORCENTAJE
VALIDO	Total	9	40.91%
	Parcial	13	59.09%
	TOTAL	22	100%

Gráfico 06.- Distribución de pacientes según el tipo de edéntulos.



DE ACUERDO A LOS TIPOS DE EDÉNTULOS SEGÚN EL SEXO

Pacientes de ambos sexos que manifiestan el mal de Hansen, a través del cuadro podemos ver e identificar el porcentaje.

De 22 pacientes:

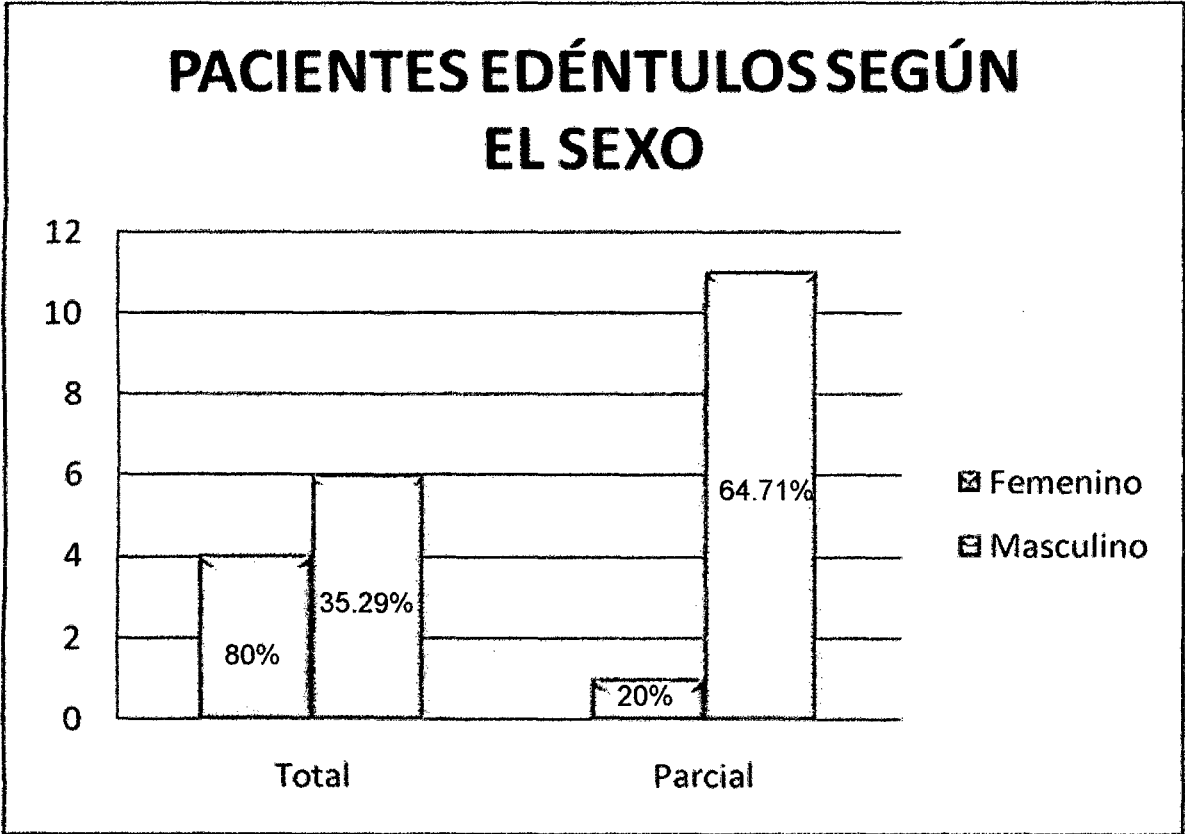
- ✓ 04 del sexo femeninos son edéntulos totales que corresponden un porcentaje del 80%.
- ✓ 01 del sexo femenino es edéntulo parcial que corresponde al 20%.
- ✓ 06 del sexo masculino es edéntulos totales que corresponde al 35.29%
- ✓ 11 del sexo masculino son edéntulos parciales que corresponde al 64.71%.

Como se puede apreciar en la Tabla 07 y el Gráfico 07.

Tabla 07.- Distribución de pacientes de acuerdo el tipo de edéntulos según el sexo.

PACIENTES EDÉNTULOS SEGÚN EL SEXO		FRECUENCIA		PORCENTAJE	
		Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
VALIDO	Total	4	6	80.00%	35.29%
	Parcial	1	11	20.00%	64,71%
	TOTAL	5	17	100,00%	100,00%

Gráfico 07.- Distribución de pacientes de acuerdo el tipo de edéntulos según el sexo.



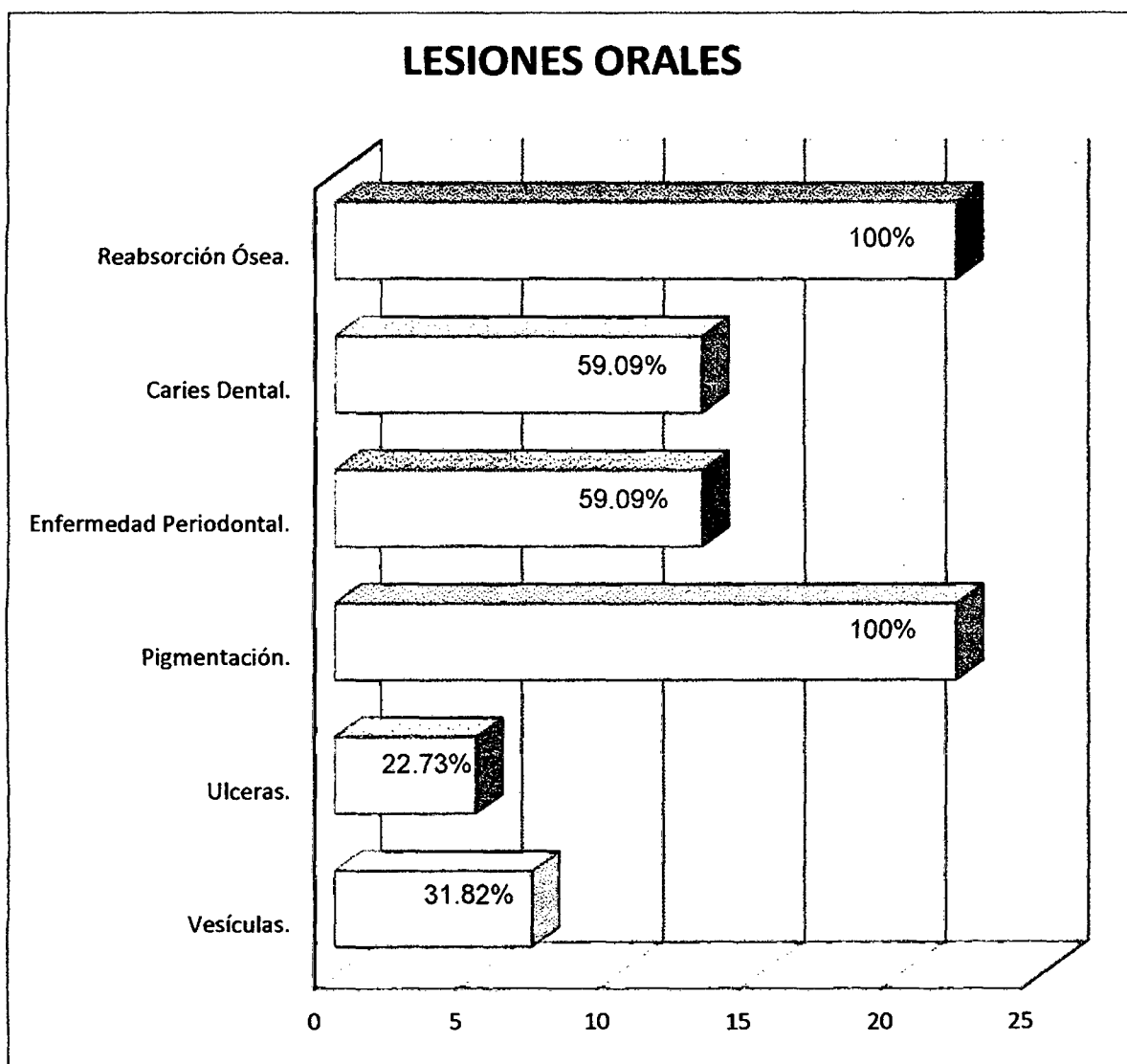
SEGÚN LAS LESIONES ORALES

De un total de 22 pacientes de ambos sexos se observó que 07 pacientes presentan vesículas, que corresponde a un porcentaje de 31.82%; 05 pacientes presentan úlceras, que corresponde a un porcentaje de 22.73%; 22 pacientes presentan pigmentaciones, que corresponden a un porcentaje de 100%; 13 pacientes presentan enfermedad periodontal, que corresponden a un porcentaje de 59.09%; 13 pacientes presentan caries dental, que corresponden a un porcentaje de 59.09%; 22 pacientes presentan reabsorción ósea, que corresponden a un porcentaje de 100%. Como se puede apreciar en la Tabla 08 y el Gráfico 08.

Tabla 08.- Distribución de pacientes según las lesiones orales.

LESIONES ORALES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
VALIDO	Vesículas.	7	31.82%
	Úlceras.	5	22.73%
	Pigmentación.	22	100,00%
	Enfermedad Periodontal.	13	59.09%
	Caries Dental.	13	59.09%
	Reabsorción Ósea.	22	100,00%

Gráfico 08.- Distribución de pacientes según las lesiones orales.



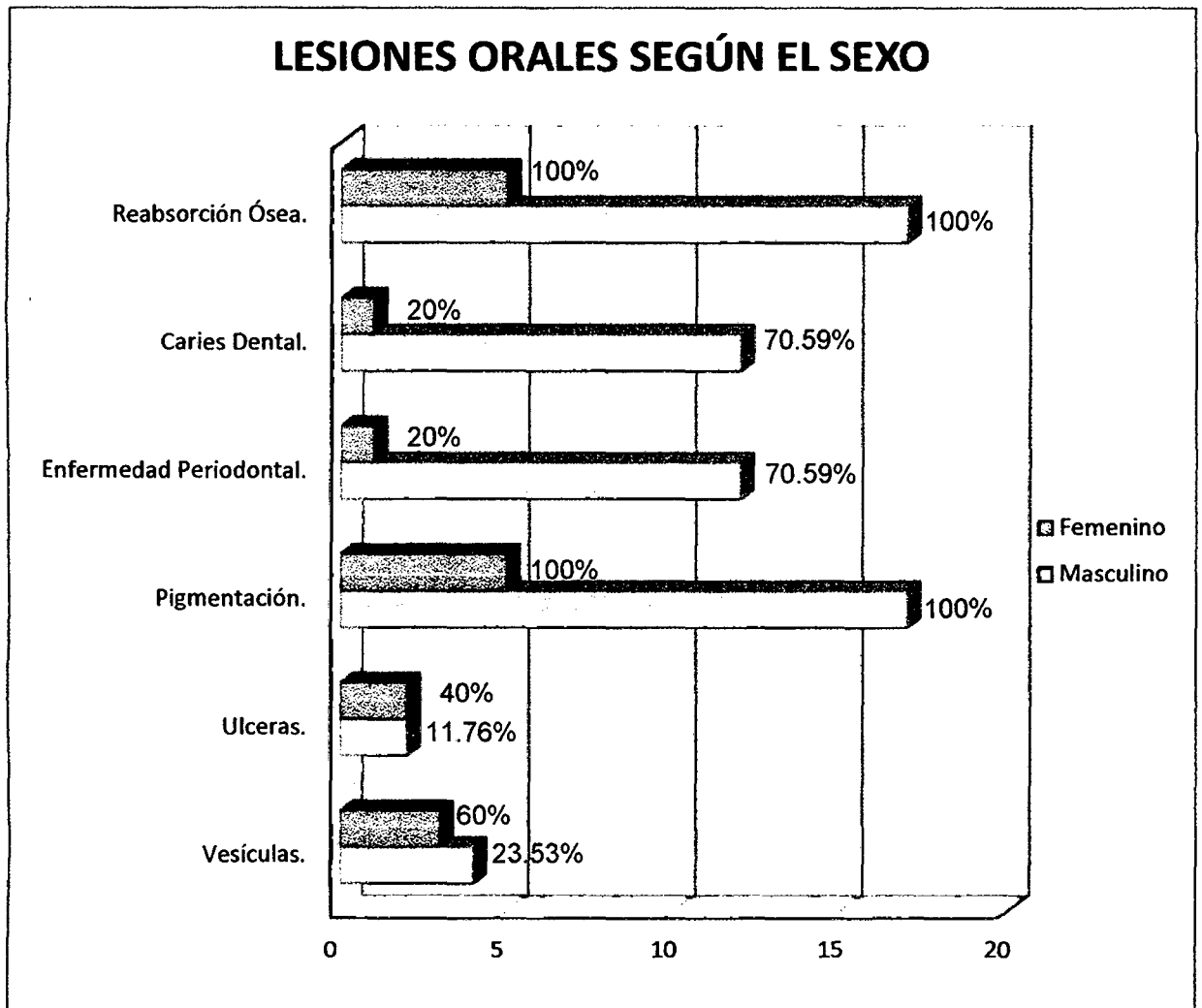
DE ACUERDO LAS LESIONES ORALES SEGÚN EL SEXO.

De un total de 17 pacientes del sexo masculino se observó que 04 pacientes presentan vesículas, que corresponde a un porcentaje de 23.53%; 02 pacientes presentan úlceras, que corresponde a un porcentaje de 11.76%; 17 pacientes presentan pigmentaciones, que corresponden a un porcentaje de 100%; 12 pacientes presentan enfermedad periodontal, que corresponden a un porcentaje de 70.59%; 12 pacientes presentan caries dental, que corresponden a un porcentaje de 70.59%; 17 pacientes presentan reabsorción ósea, que corresponden a un porcentaje de 100%. De un total de 05 pacientes del sexo femenino se observó que 03 pacientes presentan vesículas, que corresponde a un porcentaje de 60%; 02 pacientes presentan úlceras, que corresponde a un porcentaje de 40%; 05 pacientes presentan pigmentaciones, que corresponden a un porcentaje de 100%; 01 pacientes presentan enfermedad periodontal, que corresponden a un porcentaje de 20%; 01 pacientes presentan caries dental, que corresponden a un porcentaje de 20%; 05 pacientes presentan reabsorción ósea, que corresponden a un porcentaje de 100%. Como se puede apreciar en la Tabla 09 y el Gráfico 09.

Tabla 09.- Distribución de pacientes de acuerdo las lesiones orales según el sexo.

LESIONES ORALES SEGÚN EL SEXO		FRECUENCIA		PORCENTAJE	
		Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
VALIDO	Vesículas.	4	3	23.53%	60,00%
	Úlceras.	2	2	11.76%	40,00%
	Pigmentación.	17	5	100,00%	100,00%
	Enfermedad Periodontal.	12	1	70.59%	20,00%
	Caries Dental.	12	1	70.59%	20,00%
	Reabsorción Ósea.	17	5	100,00%	100,00%

Gráfico 09.- Distribución de pacientes de acuerdo las lesiones orales según el sexo



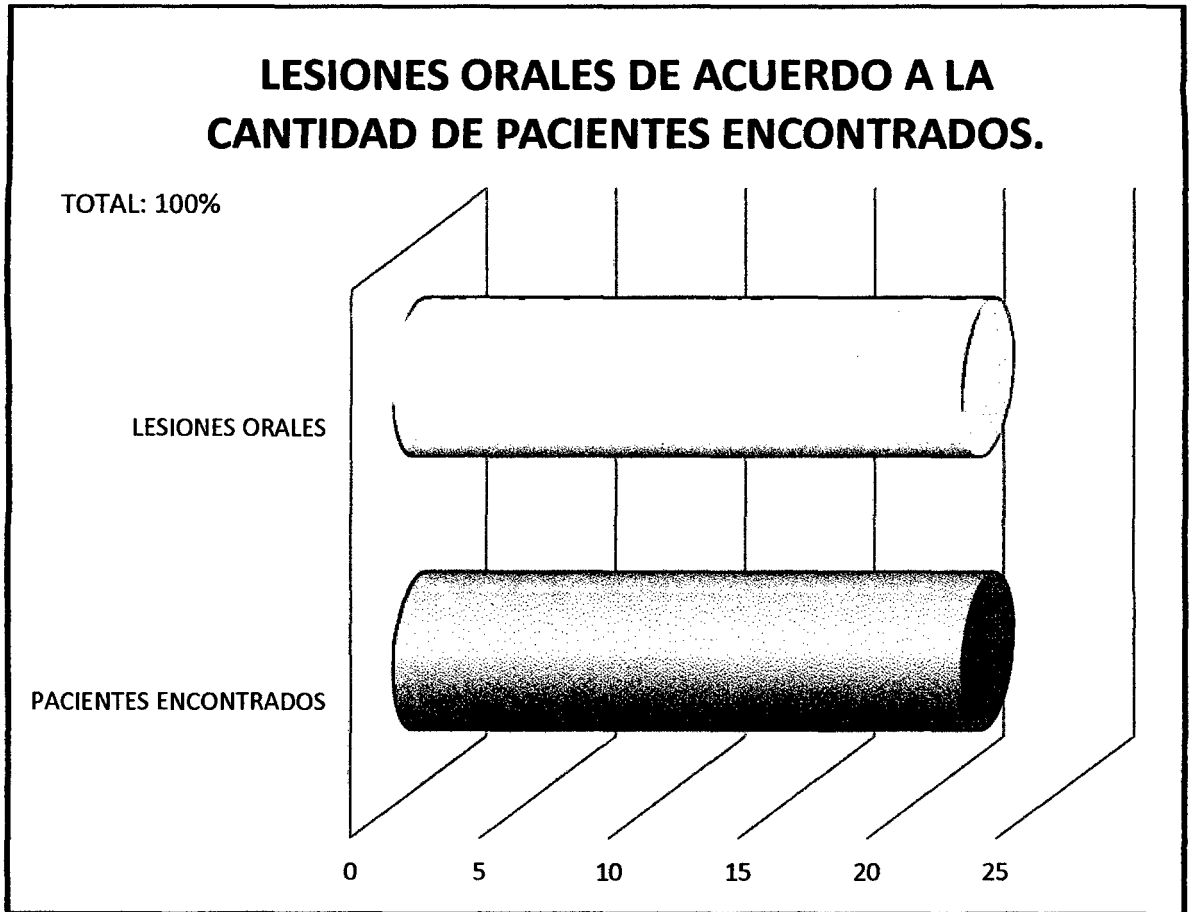
LESIONES ORALES DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE PACIENTES ENCONTRADOS.

En este cuadro se presenta la cantidad de pacientes respectivamente y podemos darnos cuenta que todos poseen lesiones en la mucosa bucal por causa del mal de Hansen haciendo un porcentaje del 100%.

Tabla 10.- Lesiones orales de acuerdo a la cantidad de pacientes encontrados.

PACIENTES ENCONTRADOS	LESIONES ORALES	PORCENTAJE
22	22	100%

Gráficos 10.- Lesiones orales de acuerdo a la cantidad de pacientes encontrados.



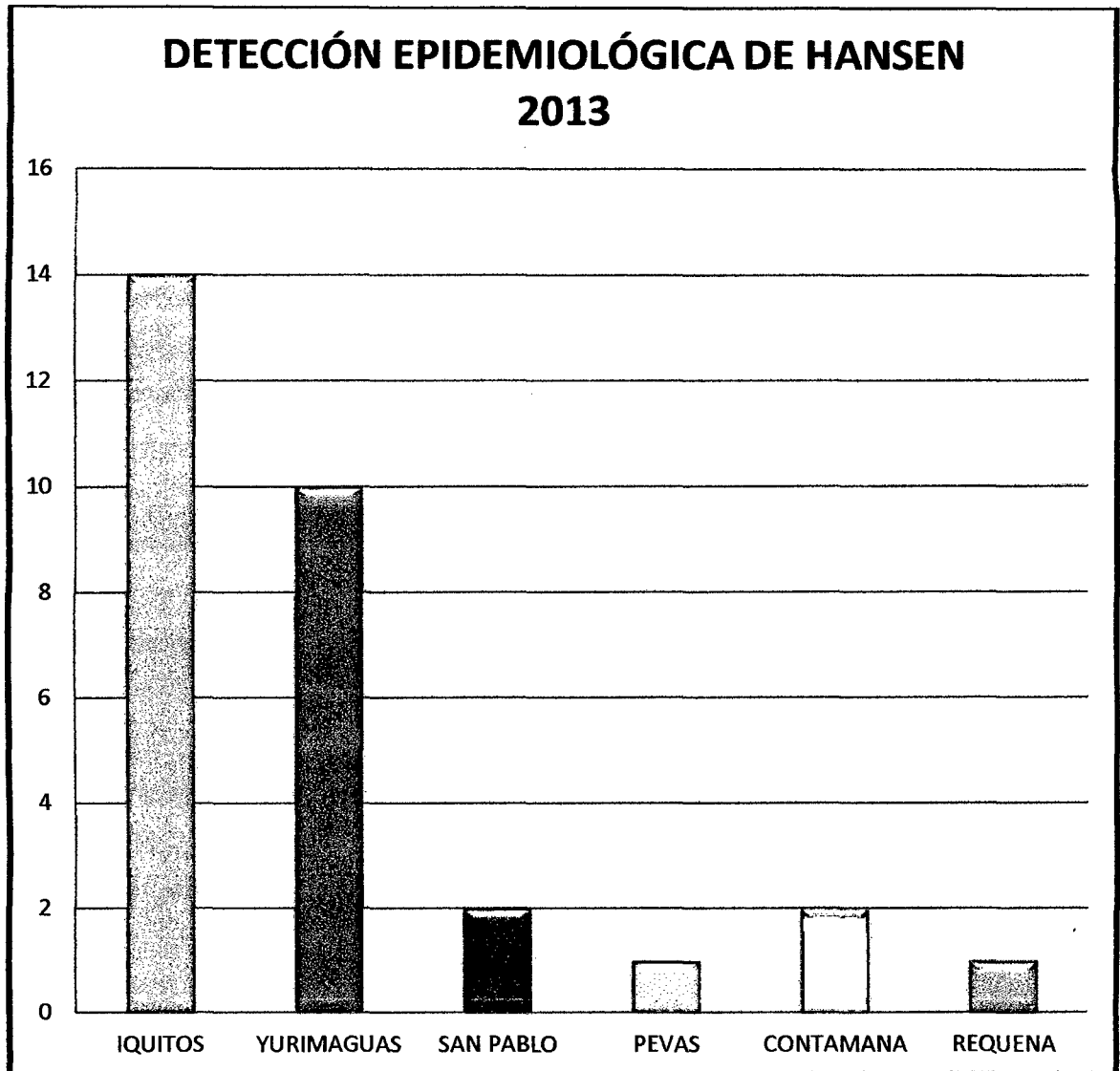
4.2 ZONAS DE DETECCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE HANSENIASIS EN LA REGIÓN LORETO AÑO 2013.

Presenta la distribución de la epidemiología de Hansen en zonas de la Región Loreto encontrando una mayor incidencia en la ciudad de Iquitos y Yurimaguas y el resto se encuentran distribuidos en otras zonas de la región, llegando a la conclusión que en toda la región se encuentran casos de Hanseniasis distribuido en mayor y menor proporción

Tabla 11.- Zonas de detección de Hansen en la Región Loreto año 2013.

DETECCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE HANSEN 2013	
ZONA	FRECUENCIA
IQUITOS	14
YURIMAGUAS	10
SAN PABLO	2
PEVAS	1
CONTAMANA	2
REQUENA	1

Gráfico 11.- Zonas de detección de Hansen en la Región Loreto año 2013



Fuente: DIRESA

CAPITULO V

DISCUSION

La presente investigación se realizó en 22 pacientes con la enfermedad de Hansen de la comunidad de San Pablo que viven y son atendidos en la Casa Hogar San José.

Nos permitió corroborar los trabajos realizados por otros investigadores; que plantean que el mal de Hansen es un Bacilo el cual es capaz de inmovilizar a una persona, hasta hacerle perder los sentidos útiles y necesarios.

La investigación nos muestra que la enfermedad de Hansen ataca más a hombres que a mujeres. De 22 pacientes, 17 eran hombres haciendo un porcentaje de 77.27% y 05 eran mujeres haciendo un porcentaje de 22.73%, lo que concuerda con **Jamileh B., et al; (2012)**. Quien hizo un estudio con 100 pacientes de los cuales 62 varones, 38 mujeres y que también concuerda con **Dave B., et al; (2013)**. Que realizó su estudio con 43 pacientes; siendo 84% de los pacientes fueron hombres y 16% de los pacientes fueron mujeres.

Con respecto a la edad muestra que los pacientes evaluados tienen una edad promedio de 60 a 90 años, lo que concuerda con **Jamileh B., et al; (2012)**. Quien hizo un estudio con 100 pacientes siendo la edad promedio de 61 – 86 años. Demostrando que la enfermedad afecta más a adultos mayores.

De acuerdo con el tipo de Hansen que presentan lesiones orales. De un total de 22 pacientes; 13 Lepromatosos, 05 Bordelines y 04 Tuberculoides, coincidiendo con **Jamileh B., et al; (2012)**. Dando como resultado en su estudio de 46 pacientes; 23 Lepromatosos, 15 Bordelines y 08 Tuberculoide. Lo que nos demuestra que son más pacientes del tipo Lepromatoso y menos del tipo Tuberculoide.

En relación con el tipo de lesiones orales de un total de 22 pacientes se encontró; que el 100% presentaban pigmentaciones, 100% reabsorción ósea, 59.09% caries dental, 59.09% enfermedad periodontal, 31.82% vesículas y 22.72%

úlceras. Lo que concuerda con **Dave B., et al; (2013)**, en su estudio encontró 28% tuvieron lesiones intraorales, incluyendo manchas hiperpigmentadas. Y también coincide con **Rawlani S., et al; (2011)**. que en su examinación clínica reveló que la prevalencia de caries dental fue de 76.25% y la enfermedad periodontal fue de 78.75% En total el estado de salud oral de los pacientes leprosos fue pobre y necesitando más atención en el cuidado dental. También hubo un incremento en la pérdida de hueso alveolar, la cual fue generalizada.

Con respecto a los pacientes que presentan lesiones orales, fueron 22 pacientes examinados en la comunidad de San Pablo dando como resultado el 100% presentaban lesiones orales, que concuerdan con **Jamileh B., et al; (2012)**. Que en su estudio se realizó en 100 pacientes con lepra donde resultó que los 100 pacientes presentaban lesiones orales.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede concluir lo siguiente:

1. La enfermedad de Hansen afecta más a los hombres en un porcentaje de 77.27% que a las mujeres con un porcentaje de 22.73%.
2. Los cambios de la mucosa bucal se presentan específicamente en adultos mayores que poseen el mal de Hansen y sus edades fluctúan entre los 60 a 90 años.
3. De los distintos tipos de Hansen, se comprueba que el más incidente y agresivo es del tipo lepromatoso con un porcentaje de 59.09% a comparación del bordeline con un 22.73% y el tuberculoide con un 18.18%.
4. De un total de 22 pacientes de ambos sexos se observó que 07 pacientes presentan vesículas, que corresponde a un porcentaje de 31.82%; 05 pacientes presentan úlceras, que corresponde a un porcentaje de 22.73%; 22 pacientes presentan pigmentaciones, que corresponden a un porcentaje de 100%; 13 pacientes presentan enfermedad periodontal, que corresponden a un porcentaje de 59.09%; 13 pacientes presentan caries dental, que corresponden a un porcentaje de 59.09%; 22 pacientes presentan reabsorción ósea, que corresponden a un porcentaje de 100%.
5. Si existen lesiones orales más frecuentes en la enfermedad de Hansen en pacientes de la comunidad de San Pablo del Amazonas – Loreto 2013.
6. En los 22 pacientes observados el 100% presentan lesiones orales.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

1. Lograr que todos los enfermos tengan acceso a los servicios de tratamiento multimedicamentoso ininterrumpido mediante la creación de sistemas de distribución flexibles y cómodos para los afectados.
2. Procurar la sostenibilidad de los servicios de tratamiento multimedicamentoso mediante la integración de los servicios de atención de la lepra en los servicios de salud generales y el fortalecimiento de la capacidad del personal sanitario general para tratar enfermedad.
3. Para poder llegar a todos los pacientes el tratamiento de la enfermedad de Hansen debe integrarse plenamente en los servicios de salud generales además es necesario un compromiso político sostenido en los países donde la enfermedad de Hansen sigue siendo un problema de salud pública. Asimismo los asociados para la eliminación de dicha enfermedad deben seguir velando porque se proporcionen los recursos humanos y económicos necesarios para ello.
4. Promover la concientización en las comunidades y cambiar la imagen que tiene la enfermedad de Hansen a fin de alentar a los enfermos a que busquen un tratamiento temprano.
5. Es necesario un compromiso sostenido de los centros de salud en donde los pacientes con la enfermedad de Hansen asisten a sus controles sean derivados al área de dental para realizar el tratamiento que requieran.
6. No existen contraindicaciones en área de cirugía.

CAPITULO VIII
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abalos Rodolfo. (1986), "Atlas de la Lepra", Kansas memorial – eveley segunda edición, pp. 4-16.
2. Andersen J.G., Manchester K. (1992). "The rhinomaxillary syndrome in leprosy: a clinical, radiological and paleopathological study". *International Journal of Osteoarchaeology*, pp. 211-9.
3. Aufderheide A.C., Rodríguez-Martín C. et al. (1998), "The Cambridge Encyclopedia of Human Paleopathology", Cambridge: Cambridge University Press, pp. 141-54.
4. Centro de Estudios del Brasil. (1991), "Enfermedades Infecciosas", Sao Paulo, pp. 116-122.
5. "Diagnóstico y Tratamiento de la Lepra-Experiencia en Brasil", (2001), *Revista Piel*, vol. 16, núm. 5.
6. "Diagnóstico y Tratamiento de la Lepra", (1998). *Revista Salud Pública de México*, vol. 40, núm.1.
7. Fucci da Costa A.P., Da Costa Nery J.A., Cuzzi T., (2003), "Oral lesions in leprosy", *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, pp. 69:381-5.
8. Garrido Nemes R., (1984), "Hanseniologia", Manaus, Brasil primera edición, pp. 26-36.
9. Gatti Juan C., (1984), "Manual de Dermatología", Canadá, pp. 17.
10. "Guía diagnóstico microbiológico de las infecciones por micobacterias-sociedad española de enfermedades infecciosas y microbiología clínica", s.a.

11. Núñez-Martí J.M., Bagán J.V., Scully C., Peñarrocha M., (2004) "Leprosy: dental and periodontal status of the anterior maxilla in 76 patients. Oral Diseases", pp. 10:19-21.
12. Pollcar H., (1991), "Hanseniasis" España Madrid, cuarta edición, pp. 113 – 125.
13. Scheepers A., (1998), " Correlation of oral surface temperatures and the lesions of leprosy". Int J Lepr Other Mycobact Dis, pp. 66:214-7.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS VIRTUAL

1. <http://www.esmas.com/salud/enfermedades/infecciosas/421749.html>
2. <http://www.dermatologialeal.com/lepra/lepra.htm>
3. http://www.health.ny.gov/es/diseases/communicable/leprosy/fact_sheet.htm
4. <http://www.iqb.es/dermatologia/atlas/lepra/germen/germen.htm>
5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20640364>
6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21879249>
7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22031082>
8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22456516>
9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22783756>
10. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23473290>
11. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23550518>
12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23563829>
13. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23633879>
14. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001347.htm>
15. <http://tesis.com.es/autors/nunez-marti-juan-manuel/>
16. <http://www.webconsultas.com/lepra/lepra-2506>

CAPITULO IX
ANEXOS
ANEXO N° 01
INSTRUMENTO N°01

"UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA"

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE LESIONES ORALES MÁS
FRECUENTES EN LA ENFERMEDAD DE HANSEN EN PACIENTES DE LA
COMUNIDAD DE SAN PABLO DEL AMAZONAS – LORETO 2013**

I. PRESENTACION:

Con la presente ficha de recolección de datos se pretende recolectar las lesiones orales más frecuentes de la enfermedad de Hansen en pacientes de la comunidad de San Pablo del Amazonas – Loreto 2013.

II. INSTRUCCIONES:

Observar detalladamente la cavidad bucal del paciente y describir las lesiones orales observadas con letra legible.

III. CONTENIDO:

DATOS PERSONALES:

Apellidos y Nombres:..... Edad:.....

Estado Civil:..... Sexo:.....

Fecha de Nacimiento:

Lugar de Procedencia:.....

Ocupación:.....

Fecha de Ingreso al Leprosario:.....

ANTECEDENTES FAMILIARES:

.....
.....

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

.....
.....

CLASE DE HANSENIASIS:

.....

MANIFESTACIONES FACIALES:

.....
.....

MUCOSA BUCAL:

LENGUA:.....
.....

LABIOS:.....
.....

CARRILLOS:.....
.....

UVULA:.....
.....

VELO DEL PALADAR:.....
.....

PALADAR DURO Y BLANDO:.....
.....

ENCIAS:.....
.....

OTROS ELEMENTOS QUE AFECTAN EN EL SISTEMA ORAL:

CUERDAS BUCALES:.....
.....

CAVIDAD ORAL:.....
.....

OROFARINGE:.....
.....

PLAN DE TRATAMIENTO:

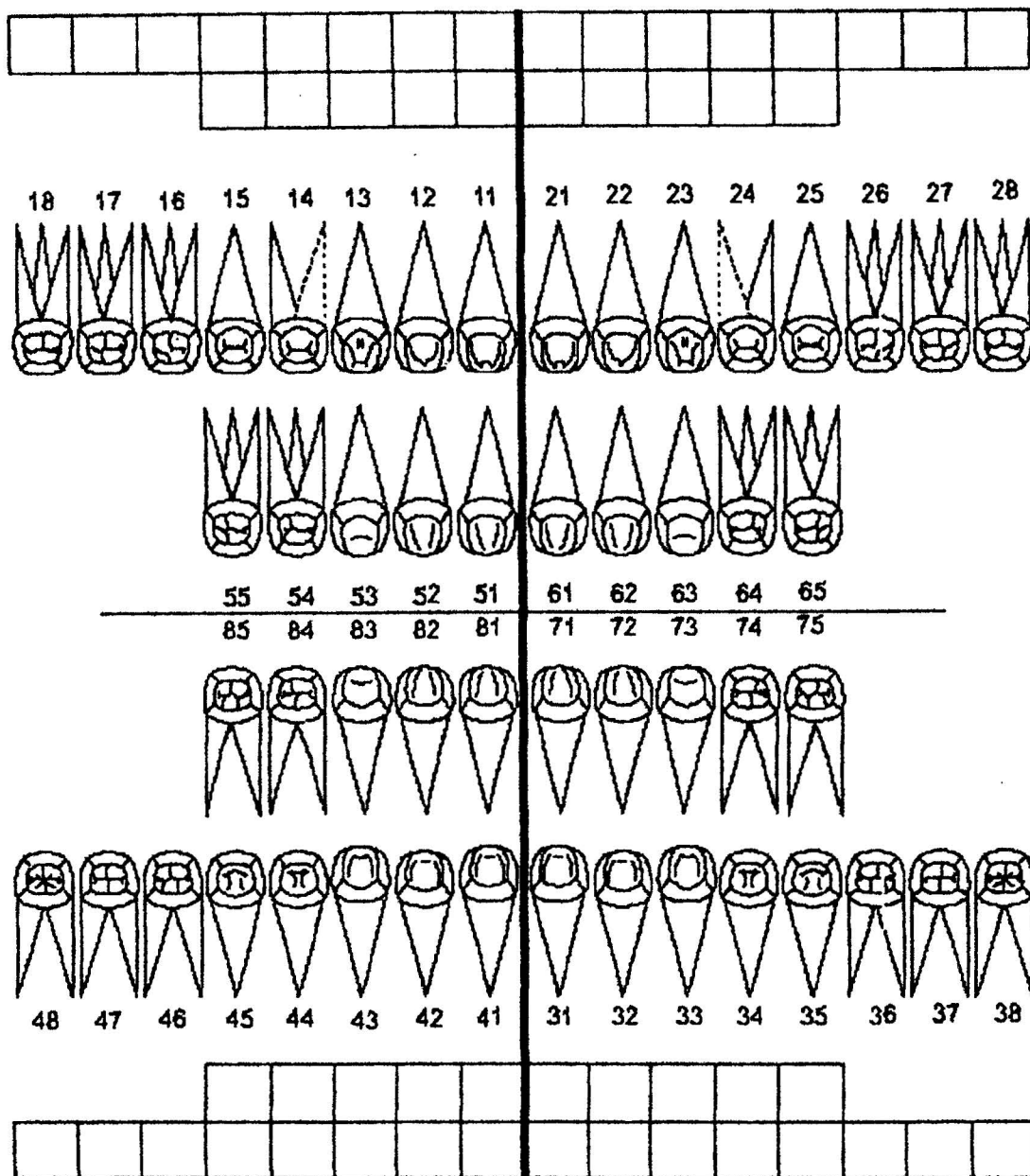
.....
.....

IV. VALORACIÓN:

Valorar por la cantidad de lesiones presentes en boca.

0 lesiones orales	→	0
1 - 2 lesiones orales	→	1
2 - 3 lesiones orales	→	2
0 - 3 +1 lesión en el cuerpo	→	3
3 a + lesiones orales + 2 a + lesiones en el cuerpo	→	4

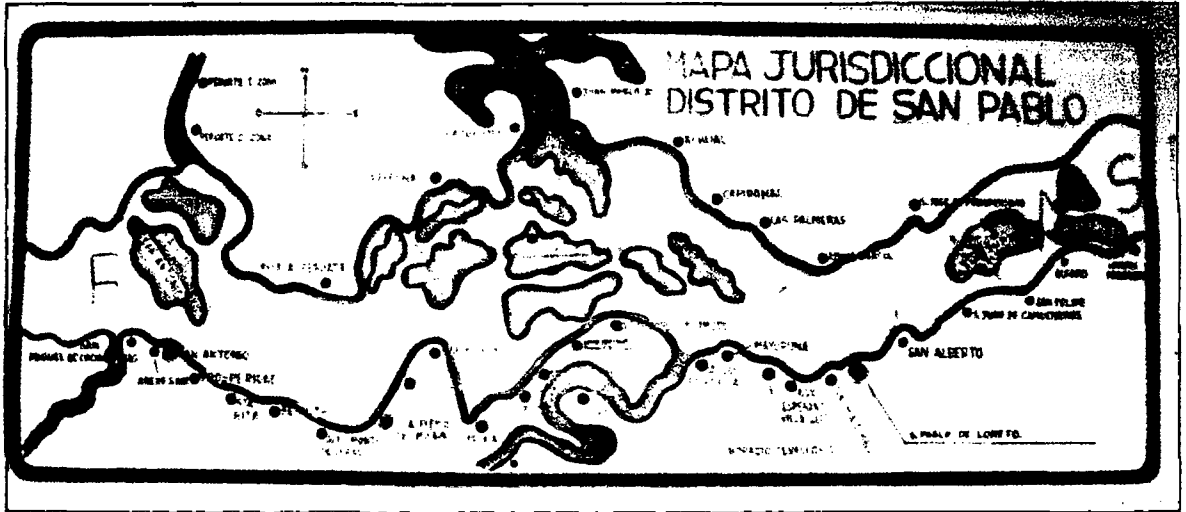
ODONTOGRAMA



Especificaciones: _____

Observaciones: _____

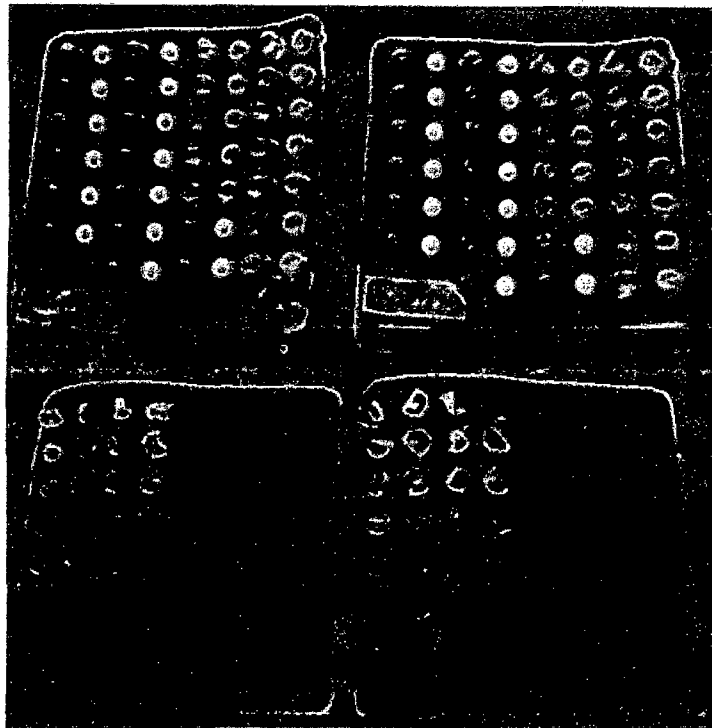
ANEXO N° 02



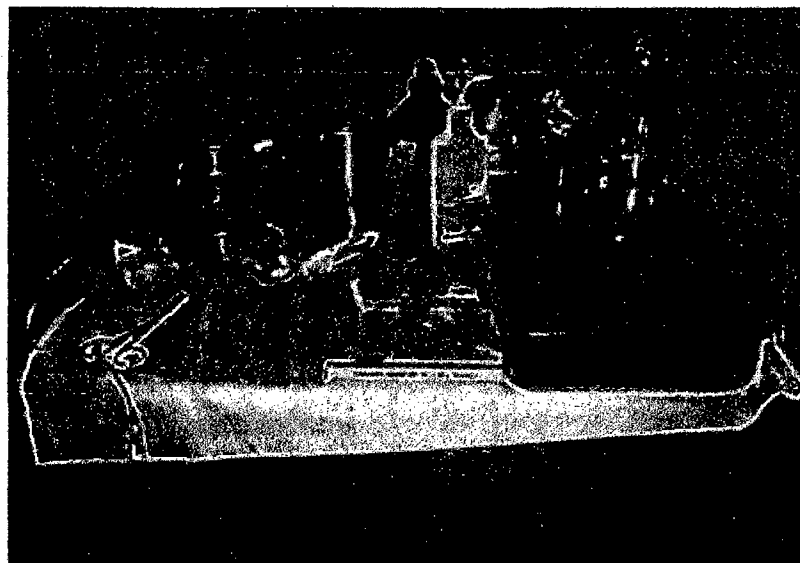
Mapa jurisdiccional del distrito de San Pablo.



Portal de la casa San José con las hermanas Canadienses a cargo.



Medicamentos que son tomados por los pacientes a diario.



Medicamentos utilizados para las curaciones diarias.



Figura 01



Figura 02

Paciente del tipo Bordeline que presenta pigmentaciones en el carrillo y reborde alveolar con previa pérdida parcial de dientes, con presencia de caries dental y placa dura (figura 01 y figura 02).



Figura 03



Figura 04

Pacientes del tipo Lepromatoso; edéntulo total con pigmentaciones en el paladar (figura 03); edéntulo parcial con presencia de pigmentaciones en el paladar, caries dental, placa dura y reabsorción ósea (figura 04).



Figura 05



Figura 06

Pacientes del tipo de Lepromatosos que presentan úlceras sangrantes y dolorosas en lengua con pérdida parcial de dientes, presencia de caries dental y placa dura (figura 05 y figura 06).



Figura 07



Figura 08

Pacientes del tipo Lepromatoso; parcialmente desdentado que presenta vesícula en la mucosa bucal, con caries dental, placa dura y reabsorción ósea (figura 07) y paciente desdentado total con vesícula en la lengua (figura 08).



Figura 09



Figura 10

Pacientes del tipo Tuberculoide que presenta en piel lesiones hipopigmentada asimétricas con superficie seca (figura 09 y figura 10).



Figura 11



Figura 12

Pacientes del tipo Borderline que presenta en piel lesiones hipopigmentada asimétricas con superficie seca, heridas y mutilaciones parciales en manos (figura 11 y figura 12).



Figura 13



Figura 14

Paciente de sexo femenino, del tipo Lepromatoso que presenta en piel lesiones hiperpigmentada asimétricas con superficie seca y destrucción de espina nasal (figura 13 y figura 14).

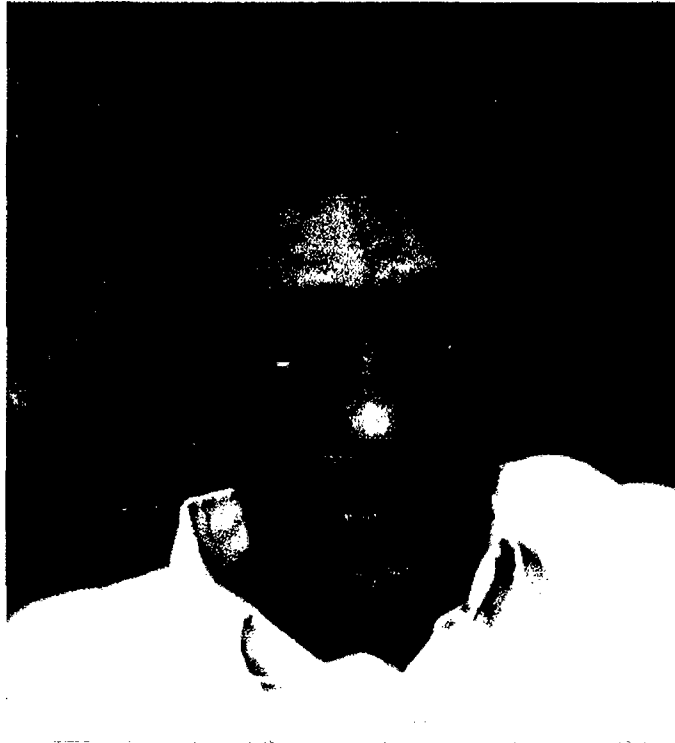


Figura 15



Figura 16

Paciente de sexo masculino, del tipo Lepromatoso que presenta en piel lesiones hiperpigmentada asimétricas con superficie seca, destrucción de espina nasal, y afecciones en los ojos (figura 15 y figura 16).



Figura 17



Figura 18

Paciente de sexo masculino, del tipo Lepromatoso con presencia de mutilaciones en las manos (figura 17 y figura 18).



Figura 19



Figura 20

Paciente de sexo masculino, del tipo Lepromatoso con presencia de mutilaciones en miembros superiores e inferiores (figura 19 y figura 20).



Figura 21



Figura 22

Paciente de sexo masculino, del tipo Lepromatoso con alopecia de cejas y del dorso de la espalda, ceguera total, presencia manchas eritematosas de superficie irregular en el dorso de la espalda (figura 21 y figura 22).

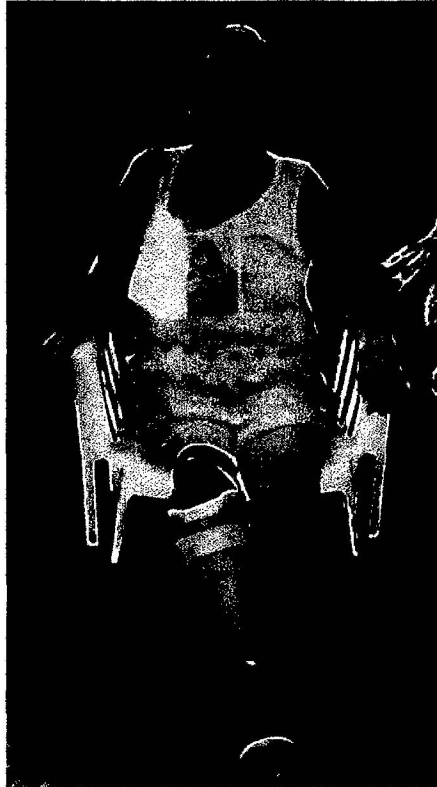


Figura 23



Figura 24

Paciente de sexo femenino, del tipo Lepromatoso que presenta mutilaciones en los miembros superiores e inferiores, parálisis facial y afección en los ojos (figura 23 y figura 24).