

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"ASPECTO MEDICO SOCIAL DE LA LEPRO
EN GUATEMALA"

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Cien-
cias Médicas de la Universidad de San
Carlos.

Por

FRANCISCO MARGARITO LEAL DE LEON

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Noviembre de 1969.

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

I. HISTORIA de la LEPRO

II. MATERIAL Y METODO

A) ASPECTO CLINICO y de LABORATORIO

B) ESTADO ACTUAL de la LEPRO EN GUATEMALA

C) ASPECTO SOCIAL de la LEPRO en GUATEMALA

III. RESUMEN Y CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA.

HISTORIA: Del estudio comparado de las fuentes antiguas sobre la Lepra, se deduce que esta enfermedad se originó en Egipto. En los papiros egipcios se han encontrado prescripciones contra la Lepra a partir del año 4,600 antes de J.C. la tradición de la antigüedad está unánimemente de acuerdo en atribuir a los habitantes de estas tierras del Nilo, la dolencia de la Lepra. Heródoto no menciona la Lepra al ocuparse de los egipcios, pero al referirse a su alimentación afirma que éstos tenían gran afición a los pescados, que generalmente los comían crudos o después de ponerlos al sol, de cuya costumbre deducen algunas autoridades la casi seguridad de que la Lepra tenía que hacer estragos en ellos, pues en nuestros días, algunas teorías etiológicas propician la idea sobre de que aquellos alimentos favorecen el desarrollo de la enfermedad que nos ocupa.

Otros autores al hablar de la Lepra dicen haber en -
contrado en el "Suruta-Samhita" que fué compuesto
en la India en los años 600 antes de J.C. haciéndo
se en él una descripción detallada de la sintomato
logía de dicho mal, habiéndose llegado hasta mencio
nar el aceite de chalmogra para su tratamiento. No
sabiéndose si la Lepra fue importada o autóctona
de dicha región. Nuevamente Heródoto refiere que
los persas que padecían la enfermedad no podían a-
cercarse a la ciudad ni comunicarse con sus semejan
tes, porque estaban en la creencia de que aquella
enfermedad era castigo para quienes habían pecado
contra el Sol. A los extranjeros que la padecían
los hechaban del país. Entre los fenicios y los
Sirios también la Lepra hizo muchos estragos; pero
quizá el pueblo hebreo fué el más duramente golpea
do por esta temible enfermedad y ya en la Biblia
encontramos reglas y prescripciones más detalla-

das sobre la sintomatología del mal y sus medios curativos.

Cuando los hebreos llegaron a Egipto, no conocían la Lepra, sin embargo una novela registrada por el sacerdote egipcio Manetión, describe a los hebreos como un pueblo de leprosos que los egipcios se vieron obligados a arrojar de las orillas del Nilo. Moisés, uno de los desterrados aconseja al pueblo hebreo que no esperen nada de los Dioses ni de los hombres, sino que se fíen de él como de un guía celeste, quedando desde aquel momento constituído Moisés, en un caudillo de los israelitas. Los autores de la antigüedad recogen otras leyen das por el estilo sobre la Lepra del pueblo escogido, pero a todas ellas contesta Josefo con abun dantes razones, sosteniendo que el mal no debe im putarse originariamente a los judíos.

En la Biblia se describen con detalle las leyes

que se habrían de tener en cuenta para el discerni-
miento de la Lepra y de las ceremonias y purifica-
ciones que se han de realizar para limpiar a los
leprosos, del mal que los aqueja. En dicho libro
ellos especifican los síntomas de la enfermedad y
distingue después sus clases. Ya por entonces, el
sacerdote Aarón (en su papel de médico) hacía el -
diagnóstico y prescribía el tratamiento que debía
de darse para combatir la enfermedad de la Lepra.
A fin de evitar el contagio, Moisés ordenó la se-
paración de los leprosos y mandó que vistieran de
una manera especial, para que fueran fácilmente dis-
tinguidos. El hombre atacado de Lepra, dice el Levítico,
llevará los vestidos descocidos por varias
partes, la cabeza rapada y descubierta, se tapaná
la boca con la ropa y avisará que está contamina-
do é inmundo; mientras sufra la Lepra, habitará so
lo y fuera de poblado.

En el libro de los Números, se manda así mismo echar fuera del campamento a los leprosos para que no contaminen a los demás. El sacerdote atacado por la Lepra no podía comer de las ofrendas consagradas a Dios hasta que hubiese sanado.

En los casos difíciles, o cuando los pareceres son diversos, el Deuteronomio establece que se ha de acudir al tribunal de Jerusalem.

Es caso típico el que se refiere al rey Balduino IV de Jerusalem, que de niño tuvo una pérdida de la sensibilidad en las extremidades y que a la edad de 23 años quedó ciego, presentando posteriormente típicas mutilaciones en manos y pies.

En los tiempos del nuevo testamento, se aplicaban todavía las complicadas prescripciones de la legislación Mosaica. El leproso podía visitar la sinagoga donde ocupaba un sitio separado, debiendo entrar el primero y salir el último; la entrada en el tem

plo le estaba prohibida.

Los doctores de la época de J.C. aplicaron varias medicina para la curación de la Lepra, consistiendo éstas en plantas, aceites, etc. poseían además el texto del famoso libro de fórmulas del Rey Salomón, el cual contenía seguramente valiosas recetas para curar dicho mal.

Se considera que las guerras de conquista, así como la dispersión de las distintas razas por todo el mundo fue lo que motivó la difusión de la Lepra.

En la Edad Media, ya habían centros especiales para la curación de los leprosos, tales como las leproserías, hospitales de San Lázaro, etc.

ASPECTO CLINICO

Definición: La Lepra es una enfermedad infecciosa crónica, en algunos casos contagiante, que tiene como agente etiológico el *Mycobacterium Leprae*, que ataca a todos los órganos de la economía humana a excepción del sistema nervioso central. Sus principales lesiones clínicas aparecen en los tejidos más fríos del cuerpo; piel, nervios, superficiales, nariz, faringe y laringe. La desfiguración y deformidad por infiltración de la piel, y la destrucción de nervios periféricos en pacientes no tratados, pueden llegar a ser extraordinariamente graves. Esta desfiguración ha constituido el principal motivo del miedo y la aversión que históricamente se relaciona con esta enfermedad. La cronicidad y el lento progreso de la Lepra es en algunos pacientes interrumpida por brotes agudos, é inflamatorios que han recibido el nombre de reacción leprosa.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

La Lepra es causada por el *Mycrobauterium Leprae* - llamado también bacilo de Hansen en honor a su descubridor G.Armauer Hansen en Noruega, año 1873; es un bacilo ácido alcohol resistente, agrupado en la clase Esquizomycetes, orden actinomycetales, de la familia mycobacteriaceas, género mycobacterium; caracterízase como elemento bacilar móvil que segrega sustancia glutinosa y se agrupa en zoogleas en forma típica: recto o ligeramente encorvado o en ángulo obtuso con las extremidades redondeadas, se cólorea de manera uniforme, de dimensiones parecidas al de *M.tuberculosis*, o sea de 1.5 a 6 micras de largo por 0.2 a 0.45 micras de ancho. Se observa en los tejidos, en "paquetes de cigarros" y en agregados ovoides de 15 micras de diámetro, denominados globias; tienen además la particularidad de no seguir los postulados de Koch, es decir no puede

cultivarse en medios artificiales aunque se han hecho muchos esfuerzos para infectar animales de laboratorio é incluso a personas, mediante bacilos (sobre todo por Danielssen en Noruega y Mouritz en Hawaii), sólo uno (Arning) en Hawaii, ha tenido éxito y en él no se pudo excluir en forma segura una infección previa al sujeto. Durante la segunda Guerra Mundial se publicó una inoculación, al parecer accidental de dos marineros por tatuaje.

FRECUENCIA Y EPIDEMIOLOGIA: La lepra es conocida en todo el mundo, en algunas regiones como Europa, en forma epidémica durante los siglos XI y XII; actualmente persiste en forma endémica en Japón, Corea, Sur de China, Sud Africa entre los paralelos trecea vos de latitud; también es endémica en Estados Unidos de Norteamérica, litoral del Golfo de México, Hawaii y Centroamérica.

Hasta el siglo XVIII, a la Lepra se le consideró

CLASIFICACION ACTUAL DE LA LEPROA 1960

	CLINICA	Bacteriología	Inmunología	Histopatología	Pronóstico	Asp.Sanitario
Tipo "L" Lepromatoso	Carac.Típicas nódulos infil- trado alope- cia ataque al estado gene- ral	R.L.C.++++ R.M.N.++++	Mitsuda (-)	Estruc.Le- promat.Cel. Virchow.	Casos fijos. No curación espontánea	Contagioso
Tipo "T" Tuberculoide	Manchas anes- tésicas alopé- sicas anhidró- ticas.	(-) R.L.C.(-) R.M.N.(-)	(++++)	Estruc.Tde. Cel.Epите- lioides y Gigantes.	Casos fijos. Curan espon- táneamente.	No Contagioso
Grupo "I" Indeterminado	Manchas hipo- crómicas eri- temato hipo- crómicas.Erit planas.	(-)	(-)	Estruc. Plasm. Linfocit. Inesp.	Casos Fijos. Se definen como "L o T"	No contagiosos
Grupo "D" Dimorfo	Clínicamente semejante a Casos Tdes.	R.L.C. R.M.N.	+ (-)	Cel.Virchow Bosquejos de estruc- tura Tde.	Casos no fi- jos.No curan espontáneamen- te. Definen a "L"	Contagiosos

como altamente contagiosa, a partir de ese Siglo has :
ta la mitad del Siglo XIX, se mantuvo la teoría de -
que era hereditaria más que contagiosa; sin embargo,
en casi la mitad de los casos nuevos no se puede de
cidir en qué momento hubo el contacto que originó la
enfermedad.

Se desconocen por hoy las determinantes de dicha sus
ceptibilidad. Los hawaianos, chinos y negros, tienen
morbilidad por Lepra, mayor que los caucásicos y es-
tas diferencias raciales similares se han señalado
en muchas otras áreas, en igualdad de circunstancias,
los niños son más sensibles que los adultos. Las per
sonas con reacción de Mitsuda negativa tienen mayor
tendencia a presentar la forma lepromatosa de la en-
fermedad.

Se acepta actualmente que el proceso de infección es
producido por contacto íntimo y prolongado con un
enfermo eliminador de bacilos y éste pertenece den-

tro de la actual clasificación de la Lepra, al Tipo Lepromatoso y Dimorfo que se supone existen en una pequeña proporción en relación con todos los demás Tipos o Grupos de Lepra, ya que la mayoría la ocupan los no infectanes y de curación espontánea. (Tuberculoides é Indeterminado)

La Lepra se adquiere aparantemente tan solo como decíamos, cuando hay contacto íntimo y prolongado con un caso contagiante que esté eliminando grandes cantidades de bacilos por la piel y por la mucosa nasal, eliminación que puede ser suspendida en el curso de algunos meses con el tratamiento a base de preparados sulfónicos.

CLINICA Y CLASIFICACION: La Lepra es enfermedad que afecta principalmente piel y nervios periféricos. Se presenta en tipos y grupos bien definidos, y en todos la desfiguración y deformidad, pueden ser producidos por la propia enfermedad o

o por las consecuencias de haber desaparecido la -
sensibilidad o la inervación motora o trófica en la parte
parte afectada. A consecuencia de estas grandes di
ferencias entre Tipos y Grupos, sí cabe una descrip-
ción clínica de la Lepra. En consecuencia vamos a
dirigir la atención sobre todo a definir las mani-
festaciones individuales, todas ellas perfectamen-
te reconocibles que permiten caracterizar las diver
sas formas de la enfermedad de acuerdo con la clasi
ficación de Tokio; Congreso Internacional de la Le-
pra, 1958.

Leprología Actual: XVII Congreso Internacional de
Lepra, Tokio, noviembre de 1958, que concuerda ca-
si exactamente con la proposición y términos presen
tado por el grupo Ibero Latino Americano a dicho -
Congreso; se acepta que hay dos tipos principales
de Lepra: El Lepromatoso (en un tiempo denominado
cutáneo, en el cual el paciente no manifiesta re-

sistencia a la enfermedad, y el Tuberculoide (en un tiempo denominado nervioso), en el cual se manifiesta resistencia más o menos alérgica a ella.

Además de estos dos tipos estables y "polares" de Lepra, se reconocen dos grupos denominados el Indeterminado (I) y el Límite o Dimorfo "D". Los Tipos y Grupos, vamos a considerarlos a continuación:

a) Tipo Maligno (L), con estructura histológica lepromatosa, no resistencia orgánica. Habitualmente contagiante. Tendencia al emperoramiento progresivo. Baciloscofia de rutina positiva franca. Sintomatología típica (nódulos, infiltración sistémica generalizada) o sintomatología larvada (infiltración discreta, manchas eritematodiscrómicas, neuritis), reacciones a leprominas negativas (48 hrs. y 21 días).

b) Tipo Benigno (T), estructura histológica Tuber-

culoide, resistencia mayor o menor, habitualmente no contagiante. Tendencia a la curación espontánea, baciloscopia de rutina negativos (salvo en los casos reaccionales). Sintomatología evidente. Topografía y Morfología típicas, lesiones maculosas eritematosas o eritemato hipocrómicas o hipocrómicas francas, con atrofiás, anestesia alopecia anhidrosis y neuritis asimétricas) o sintomatología larvada.

Manchas lisas, neuritis triviales, reacciones a la lepromina positiva, 48 horas y 21 días, excepto a veces en momentos reaccionales.

Existen casos que no llenan las características especiales y alguno de los dos tipos básicos, y este conjunto de casos reunidos viene a formar tan solo dos grupos denominados Indeterminado y Dimorfo.

Grupo Indeterminado: (1) Estructura inflamatoria simple, baciloscopia de rutina negativa, sintomatología sencilla, manchas lisas hipocrómicas, anestesia-anhi-

dróticas alopecias, neuritis. Pero insuficientemente para determinación de Tipo, reacciones variables a la Lepromina, ausencia de manifestaciones típicas de grupo (L) o (T), en términos definitivos aceptado por el VII Congreso Internacional de la Lepra; fué grupo Indeterminado.

Grupo Dimorfo. El grupo Dimorfo consta principalmente de lesiones clínicas manchosas perfectamente bien definidas, o sea encontramos la mancha lisa hipocrómica central, y en su periferia un halo de difusión como tratando de infiltrarse. Desde el punto de vista bacteriológico, los casos siempre son baciloscópicos positivos. Desde el punto de vista histológico, tienen en su estructura tanto células de Virchow como células epitelioides. Estos dos grupos, no son fijos, que tienden a definirse hacia el tipo Lepromatoso o Tuberculóide.

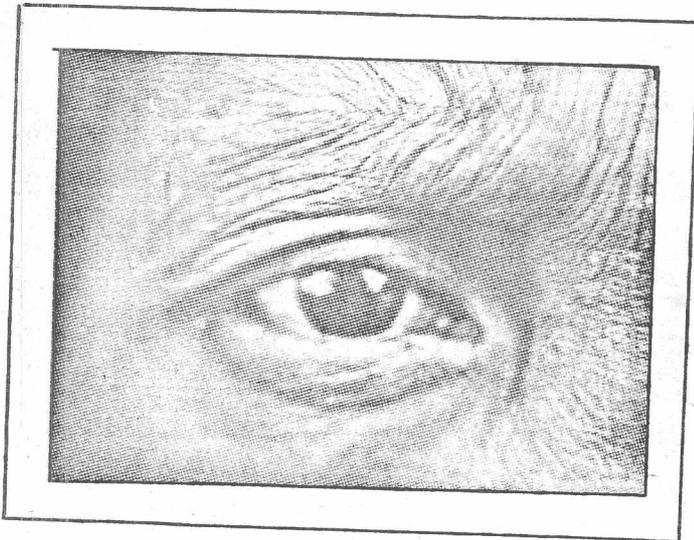
Tipo Lepromatoso. (fotos Nos.1 y 2) Desde el punto de vista clínico, encontramos principalmente fijándonos en su fisonomía anatomo-clínica especial, dos formas: Lepromatosis Infiltrativa difusa pura y primitiva (forma de Lucio) y Lepromatosis de elementos circunscritos (Medina) desde el punto de vista evolutivo, la Lepromatosis puede ser primitiva o secundaria, de caso Indeterminado o caso Dímorfo.

a) La Lepromatosis Difusa Pura: Fotos 1-2 Es una forma clínica perfectamente individualizada dentro del Tipo (L), descrita por Lucio y Alvarado en el año de 1851, bajo el nombre de "Lepra Manchada" o "Lepra Lazarina", re-identificada por Latapí en el año de 1938, se creía hasta entonces que sólo existía en México, particularmente en el Estado de Sinaloa, pero fué vista e identificada en 1946, por José Barba Rubio, en Costa Rica, Guatemala y Cuba; últimamente ha sido también vista, por Modesto Barba Rubio y



HANSEN LEPROMATOSO DIFUSO

Foto No. 1



HANSEN LEPROMATOSO DIFUSO
(Alopecia completa de Cejas y
Pestañas)

Foto No.2

Latapí en Guatemala, Panamá y Brasil.

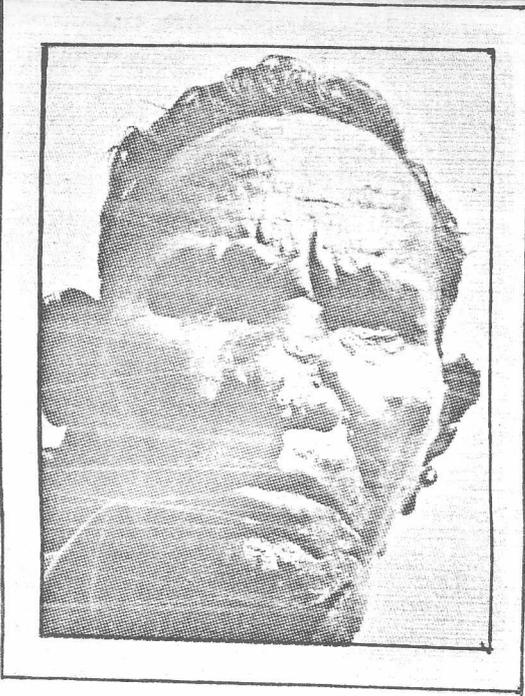
ESTUDIO CLINICO:

La infiltración difusa cutánea y generalizada, la ausencia absoluta de nódulos son la base principal con que se identifica esta forma clínica. Al principio, la cara se encuentra un poco hinchada (cara de luna), así como a veces las extremidades; se notan algunas telangiectásas, los ojos se encuentran con escleróticas límpidas (ojos de muñeca), hay alopecias incipientes y completas de cejas y pestañas, rinitis crónica ulcerosa o no.

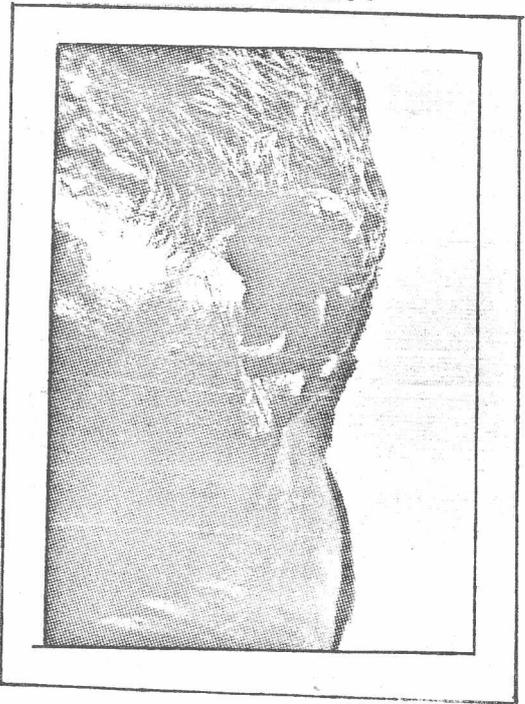
Años más tarde encontramos la piel atrófica ictiosiforme, hay alopecia total de cejas y pestañas (sobre todo en las inferiores), nariz en silla de montar, lesiones laríngeas, etc, pero sobre todo existe la tendencia a presentar estados agudos o sean reacción leprosa en forma peculiar, en cuanto a la morfología de las lesiones cutáneas, (porque el cua

dro general no difiere a los que presentan los ca
sos nodulares) o sea el fenómeno de Lucio. La ev
olución y el pronóstico son ordinariamente los más
malos dentro de cualquier otra forma si no se le
instituye a tiempo y con criterio, tratamiento a
decuado; La Lepra Difusa, es en el fondo semejan-
te a la nodular clásica: síntomas generales, inva
sión visceral, eventualmente neuritis, etc., pero
se diferencia principalmente (aparte de los datos
enumerados en párrafos anteriores) en que nunca
existen lesiones oculares.

Lepromatosis de Elementos circunscritos, o Lepro-
matosa Nodular: (Fotos 3-4) Frente al cuadro bien
definido de la Lepromatosis Difusa, puede consi-
derarse la Lepromatosis de elementos circunscri-
tos, tomando en cuenta que éstas pueden ser: man-
chas eritematosas, nódulos, etc. pero como represen



HANSEN LERPOMATOSO NODULAR
(Facies Leonina)
Foto No.3



HANSEN LEPROMATOSO NODULAR
(Infiltrado de Pabellón Auricular)
Foto No4.

ta este capítulo, se describe la clásica lepromatosis nodular.

Es más comunmente descrita en el mundo entero dentro del Tipo Lepromatoso y hay relatos de su existencia desde la antigüedad, correspondiendo dentro de las clasificaciones antiguas a la Lepra Tuberculoides o Tuberosa.

ESTUDIO CLINICO

Se caracteriza por la existencia de lesiones nodulares en la piel con tendencia a la generalización, atacando principalmente la cara y las extremidades dando diversos aspectos, pues estas formaciones ordinariamente de color café cobrizo, lisas y brillantes, pueden encontrarse ya aisladas, ya agrupadas en placas, ya acentuadas en territorios infiltrados eritematosos difusas o no. Hay también alopecia de cejas y pestañas donde existen los nódulos,

rinitis crónica, (ulcerosa o no) etc. Hay invasión visceral y ataque a los nervios periféricos (motores, sensitivos o sensitivos motores) ocasionado: anestésias en determinados territorios cutáneos, amiotrofias o ambas cosas; existen también lesiones oculares en casos avanzados.

Las manifestaciones cutáneas agudas inflamatorias que se presentan en estos casos, son de eritema no doso o polimorfo ordinariamente. La evolución y el pronóstico son menos graves que en la forma de Lucio.

LABORATORIO

Ordinariamente se encuentran más abundantes bacilos de Hansen en las investigaciones de rutina de mucosa nasal y de piel, hechas en los casos de Lucio que en los nodulares. Las reacciones serológicas para la Sífilis, se encuentran por lo regular positivas intensas en ambos grupos clínicos. La

sedimentación glodular se encuentra acelerada (para enumerarse en las formas de Lucio). Las reacciones de la Lepromina son negativas (la precoz de 48 hrs. y la tardía de 21 días).

HISTOPATOLOGIA

En los cortes histológicos de la piel de enfermos de lepromatosis difusa pura, encontramos sucesivamente de fuera a adentro, alteraciones discretas de epitelio; en dermis, neoformación de vasos con infiltración constante y discreta perivascular de células típicas de Virchow sin formación de nódulos y de infiltrados.

En los cortes de la piel de los casos nodulares, vemos ordinariamente en el epitelio una atrofia marcada, pudiendo verse a veces la pérdida total de las prolongaciones interpapilares dando el aspecto de una franja recta; en dermis vemos inmediatamente debajo del epitelio una banda íntegra

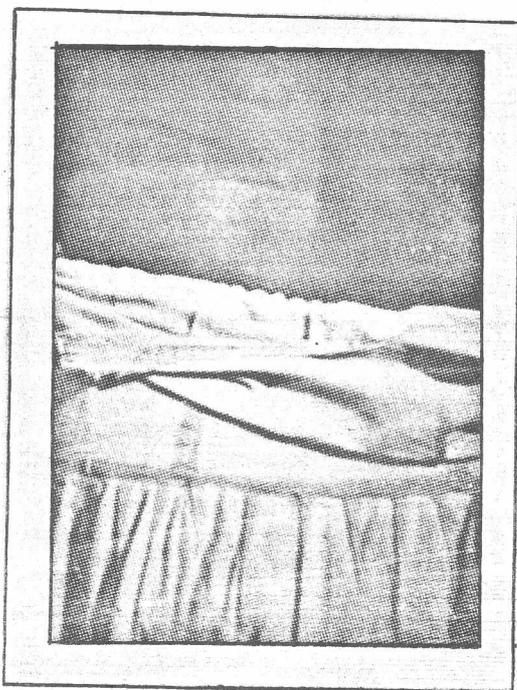
de tejido conjuntivo; más abajo neoformación de va sos con infiltración perivascular constante de células fijas de Virchow y formaciones nodulares infiltradas, con abundantes celulares de Virchow, rodeando en estas formas el conjuntivo ambiente.

TIPO TUBERCULOIDE

Según la antigua clasificación del Cairo, esta forma clínica era reconocida como simple variedad del sub Tipo macular de la forma nerviosa de la Lepra a pesar de su importancia desde el punto de vista histológico, inmunológico, pronóstico, tratamiento profiláctico y epidemiológico.

ESTUDIO CLINICO

La forma fija (Fotos 5-6) se caracteriza principalmente por la presencia de lesiones anulares o tricofiloides, localizadas o diseminadas asimétricas que se caracterizan principalmente por tener los bordes erimatosos infiltrados constituidos por la coalescen-



HANSEN TUBERCULOIDE FIJO
(Forma Tricofitoide)
Foto No.5



HANSEN TUBERCULOIDE FIJO
(Lesión Solitaria)
Foto No.6

cia de numerosas pápulas o nódulos, cubiertos a veces por abundantes escamas forfuráceas circundando una área de piel acrómica o ligeramente hiperacrómica, en cuanto a la coloración puede variar entre el eritematoso hasta el vinoso según el estado actual de la lesión, el tamaño de estas lesiones, puede variar desde un centímetro hasta 30 centímetros, o más y éstas pueden ser únicas, múltiples, aisladas o confluentes. Su evolución es crónica por excelencia y de avance lento. En el período final o de regresión se puede observar la atrofia de la piel afectada y una ligera acromía constante como lesión residual.

No hay en estos casos invasión general ordinariamente. Los nervios son atacados a menudo siendo en forma parecida a su invasión, en los indeterminados aunque se puedan apreciar ciertas características propias como el carácter asimétrico y su fre

cuencia en los nervios superciliares, cutáneos del cuello, etc, y estos raramente se ulceran; el pronóstico en estos casos es bueno: curación espontánea y no contagiante.

Unas veces estas lesiones tuberculoides pueden activarse transitoriamente y tomar una coloración vi no sa, así como una infiltración acentuada, aparecen como brotes eruptivos, con tendencia a la sime tría, se acompañan de síntomas generales, estos ca sos constituyen la forma tuberculoide reaccional (Foto 7).

LABORATORIO

Ordinariamente no se encuentran bacilos de Hansen en las investigaciones de rutina de mucosa nasal y piel. La reacción serológica para la Sífilis son generalmente negativas. La sedimentación globular es normal. Las reacciones a las Leprominas son intensamente positivas, tanto la precoz de 48 horas,

como la tardía de 21 días; salvo en algunos casos de forma tuberculoide reaccionales.

HISTOPATOLOGIA

En los cortes histológicos de la piel de casos tuberculoides se encuentran sucesivamente de fuera a dentro, alteraciones discretas del epitelio (en plenas papilas)

Podemos ver en algunos casos, imágenes constituidas por el nódulo o folículo tuberculoide, esto es, células gigantes en la parte central de una masa de células epitelioides, rodeado de todo esto por un acúmulo de linfocitos (tipo folicular), o bien el infiltrado Tuberculoide es predominantemente constituido por el acúmulo de células epitelioides de idéntica forma que el infiltrado sarcoide de la enfermedad de Besnié y Boeck Schu- asman (tipo sarcoide).

GRUPO INDETERMINADO (foto 8)

Es el conocido antiguamente como la forma nerviosa macular simple., que después se le conoció como tipo incaracterístico, y más tarde, como indiferenciado, y después como Indeterminado; según acuerdos que datan desde el Congreso Panamericano de la Lepra, efectuado en Río de Janeiro, Brasil en octubre de 1946.

ESTUDIO CLINICO

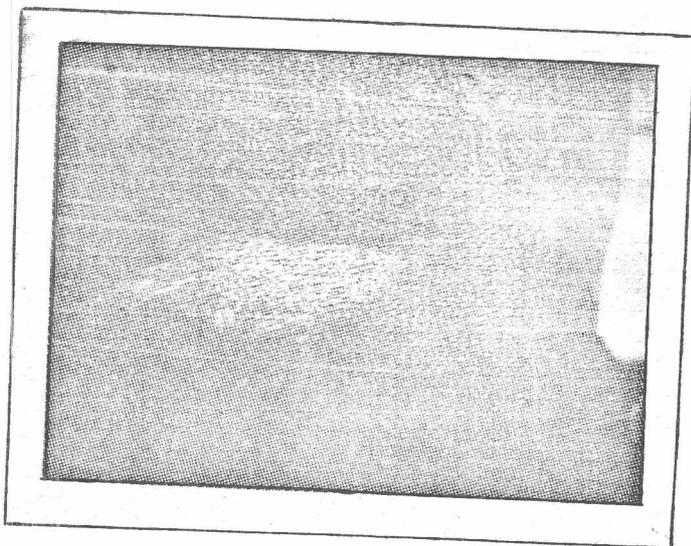
En estos casos podemos observar, en primer término, lesiones cutáneas constituidas por manchas acrómicas.

En las lesiones acrómicas, podemos ver que es una discromía por ausencia de pigmentos que no se borra a la presión del dedo, que persiste durante mucho tiempo, que puede medir desde un centímetro hasta áreas grandes de 30 centímetros o más, de límites y contornos variables, destacándose a veces la piel vecina y otras no. Estas áreas acrómicas presentan siempre a-



HANSEN TUBERCULOIDE REACCIONAL

Foto No.7



HANSEN INDETERMINADO

Foto No.8

lopecia total o parcial del vello, pero lo que más llama la atención es que siempre existen alteraciones a la sensibilidad (tér^umica, dolorosa o tá^uctil). En las lesiones eritemato hipocrómicas, ha aparecido un eritema ligero ya uniformemente repartido en la mancha ya localizada en su superficie. La invasión de los nervios es similar a los casos tuberculoides causando por lo tanto idénticas deformaciones.

LABORATORIO

Las investigaciones baciloscópicas de rutina en mucosa nasal y piel, son uniformemente negativas. La sedimentación globular es normal. Las reacciones a la Lepromina son variables, pudiendo ser a veces positivas o negativas, tanto a la reacción precoz de 48 horas como la tardía de 21 días.

HISTOPATOLOGIA

En los cortes histológicos de la piel, en estos ca sos observamos sucesivamente de fuera a dentro: alteraciones discretas del epitelio. En dermis podemos ver foquitos crónicos inespecíficos, perivasculares, peringlandulares y perifoliculares constituidos por elementos linfocitarios, habitualmente muy discretos.

Grupo Dimorfo: (Foto 9) Este término se creó en 1953, en el VI Congreso Internacional de la Lepra en Madrid, debido a que podía ser fácilmente confundible con el Tipo Fijo Tuberculoide Reaccional.

ESTUDIO CLINICO

En estos casos, podemos observar en primer término, lesiones cutáneas constituidas por una mancha central acrómica, eritemato hipocrómica plana y en su alrededor por una mancha eritematosa con límite impreciso, que puede tener desde un centímetro hasta 30 centímetros; las lesiones siempre tendrán tras-



HANSEN DIMORFO

Foto No.9

tornos a la sensibilidad, ya sea al calor, al dolor o al frío. La invasión de los nervios también es idéntica a los casos tuberculoides causados con idénticas formaciones.

LABORATORIO

Las investigaciones de rutina en mucosa nasal pueden darnos resultados constantes con positividad del bacilo de Hansan, tanto en mucosa nasal como en piel; aunque con menor intensidad que en los casos lepromatosos; las reacciones serológicas a la Sífilis - suelen ser en algunas ocasiones positivas, las reacciones a la lepromina negativas tanto la tardía como la precoz.

HISTOPATOLOGIA

En los cortes de la histopatología de la piel, se encuentran algunos casos observando de fuera a dentro, alteraciones discretas del epitelio; en dermis podemos ver foquitos inflamatorios en los que

se encuentran alternativamente células epitelioides y células de Virchow o sea elementos francos tuberculoides y elementos francos lepromatosos; de ahí que les viene el nombre de Dimorfo. Pero algunos autores, a este grupo no lo consideran como tal, sino más bien como un caso en vía de formación hacia el lepromatoso.

I N M U N O L O G I A

No se sabe cual es la puerta de entrada del bacilo de Hansen, aunque si podemos afirmar que la enfermedad no se adquiere en forma hereditaria, ni por vector alguno. La enfermedad es "traspasada" del enfermo "bacilífero" (lepromatoso o Dimorfo) al sano en forma directa. Sabemos que esos casos cuando están ausentes de tratamiento adecuado se llaman "abiertos" por que constantemente están eliminando cantidades de bacilos, principalmente por la mucosa

nasal. Se llama "caso contacto " al individuo sano receptor de bacilos, ya sea porque como familiar o no, vive en el hogar de uno de esos casos "bacilíferos" o bien porque viva en una zona endémica, donde la prevalencia de la Lepra sea muy alta. En cualquiera de las dos formas citadas, hay exposición al germen, pero como el período de inoculación es largo (de 6 meses a 5 años) en el organismo de cada uno de los contactos tienen que estarse verificando algunas reacciones de defensa orgánica, específica, demostrables a través de los "test" con la lepromina (que se elabora con los bacilos existentes en los tejidos cutáneos de enfermos). Aceptamos que hay dos formas principales de respuesta a la inyección intradérmica de 0.1 cc. de lepromina una precoz de 24 a 48 horas y se llama Reacción de Fernández y otra de 21 días o reacción de Mitsuda.

La primera está manifiesta por una pápula ligeramente infiltrada que mide más de 5mm. É indica la existencia de una hipersensibilidad de "Tipo Tuberculina". Si hacemos una biopsia de dicha pápula, encontramos tan solo un infiltrado plasmolinfocitario inespecífico.

La segunda o de Mitsuda, está manifestada por un nódulo mayor de 5mm. É indica inmunidad relativa o real, organizada por defensas específicas orgánicas adquiridas. Si hacemos una biopsia de dicho nódulo, podemos demostrar la anterior aseveración, pues encontramos en su estructura histológica, el mismo infiltrado plasmolinfocitario enriquecido con la presencia de células epitelioides. Pero, por qué se ven estas células histiocitarios llamadas epitelioides tanto en los casos sanos in munes como en los casos tuberculoides?

Porque son precisamente éstas, las únicas capaces de fagocitar y lisar el bacilo de Hansen, otorgando esa resistencia biológica citada, algunas veces las células (histiocitarias también,) pero llamadas de Virchow, que encontramos en los cortes de casos lepromatosos y Dimorfos, que aunque es cierto que fagocitan el bacilo de Hansen, no son capaces de lisarlas.

Así pués, con este test, al conocer su positividad, o negatividad, podemos demostrar también su inmunidad o grado de resistencia natural y formularnos un pronóstico de cada uno de los casos estudiados. Por lo tanto, lo más importante desde el punto de vista sanitario será descubrir los casos "susceptibles", que estamos obligados a proteger en diversas formas, según lo veremos más adelante y evitar así la producción de casos nuevos.

Cabe aclarar, que no vamos a llamar "susceptibles" a todos los Mitsuda negativos, sino a aquellos que llenan los requisitos indispensables de "exposición" y no tienen defensas orgánicas demostrables por el citado test, o sea los que moran en los hogares de los casos bacilíferos o en zonas de fuerte endemia y que son mayores de 5 años. El último intento de transformar los casos Mitsuda negativos en positivos ha sido mediante la calmetización, que es la administración del B.C.G. por vía parenteral u oral, para producir inmunización cruzada. Pero los investigadores no están del todo acordes respecto a este punto, ya que en el Seminario Panamericano de Profilaxis de la Lepra, realizado en Belo Horizonte, Brasil en junio de 1958, se hicieron las más exhaustivas exposiciones de motivos, así como los más

encontrados debates al respecto, y apenas si se recomendó el uso del B.C.G., oral, al considerarse esta vía como inocua.

D I A G N O S T I C O

Para llegar a un diagnóstico preciso, el médico Dermatoleprólogo se vale de la Clínica, el Laboratorio y el Diagnóstico.

Clínica: Máculas, Nódulos, trastornos nerviosos, etc. serán síntomas sospechosos de la Lepra; así como fiebres, artralgias, rinitis crónica, epistaxis esporádicas, queratitis, iritis, atrofias musculares, pérdida de la sensibilidad, aplanamiento de las eminencias tenar é hipotenar y contractura del 5º. dedo, esplenomegalia, adenopatías, lesiones oculares, laríngeas, anhidrosis, todos son síntomas y signos que el médico debe tener presente para sentar presuntivamente su diagnóstico de Lepra,

el cual confirmará o desechará con la ayuda de las pruebas de histamina y pilocarpina, así también con la ayuda de la baciloscopia é histopatología; amén de haber hecho el estudio diferencial con enfermedades tales como: Neurofibromatosis, Lupus vulgar, Vitiligo, Eritema multiforme, Sífilis, Diabetes, etc. etc.

P R O N O S T I C O

Depende de la forma Clínica que presente o adopte la enfermedad, así:

Tipo Lepromatoso: pronóstico sombrío por la amplia difusión de las lesiones, deformidades y por las complicaciones o enfermedades intercurrentes que la acompañan. Este tipo de Lepra, responde con mayor dificultad aún a la terapéutica adecuada.

Tipo Tuberculoide: Pronóstico relativamente bueno; las lesiones producidas por ella, tienden a localizarse en áreas circunscritas sin generalizarse

a todo el organismo. Ocasionalmente ocurren curas espontáneas, especialmente en niños y su respuesta al tratamiento es más favorable.

Tipo Indeterminado: Pronóstico incierto o reservado, ya que puede evolucionar hacia la curación o hacia los tipos Lepromatoso o Tuberculoide.

Tipo Dimorfo: Pronóstico reservado, ya que evoluciona al Tipo Lepromatoso.

T R A T A M I E N T O

Historicamente, el tratamiento de la Lepra principió con el uso del aceite de Chalmoogra, 600 años antes de J.C. sin obtener resultados categóricamente satisfactorios. Posteriormente se hicieron ensayos con series de sustancias del grupo de las Tiosemicarbazonas (Difenil-tiourea y otras). Hasta el año 1908 con Fromm y Wittmann, - quienes investigando con sustancias derivadas de la anilina, sintetizaron la Sulfona o Sulfona

Madre (4-4'Diamino-difenil-sulfona), que más tarde en 1937, Buttle las utiliza en el tratamiento de la Tuberculosis, pero sin obtener resultados favorables. Fue Faget, en 1942, quien descubrió las propiedades de esta droga en tratamiento de la Lepra, siendo eficaz, de fácil administración, poca toxicidad y buena tolerancia de parte de los pacientes.

En la actualidad, la droga más usada es la Sulfo-
na Madre, DDS o Diamino-difenil-sulfona, que por la vía oral se absorbe en un 90% con resultados altamente satisfactorios,. En los Tipos Lepromatosos, se inicia el tratamiento con 25 mg. diarios, dosis que se va aumentando progresivamente hasta llegar a 100 mg. al día, tratando de mantenerse siempre en dicha dosificación.

Para el Tipo Tuberculoide, la dosis varía entre 25 a 100 mg. al día, tratando de mantener esta dosis

en 50 mg. cada 24 horas.

Para los Tipos Indeterminado y Dimorfo, la dosis varía entre 25 y 50 mg. al día, dependiendo siempre en este caso como en los anteriores, de cómo evoluciona la enfermedad.

El tratamiento con Sulfona, se administra por varios años según la evolución de la enfermedad, debiendo suspenderse su administración por cortos períodos; el paciente debe ser estrechamente vigilado para poder determinar cualquier reacción tóxica de la droga en mención.

El uso de esta droga por vía oral es muy ventajosa en aquellos tratamientos prolongados y en pacientes ambulatorios.

Otra ventaja digna de mención es su bajo costo, facilitando la terapéutica para el paciente, lo que también bajo los costos cuando se hace un programa tendiente al control y erradicación de

la enfermedad a un plan nacional.

ESTADO ACTUAL de la LEPRA en GUATEMALA

Se tomó como base el estudio practicado en el Hospital Dermatológico "Ramiro Gálvez" de la ciudad de Guatemala.

Dicho estudio se llevó a cabo tomando en cuenta los siguientes caracteres:

1. Distribución de la enfermedad según Tipo y grupo.
2. Sexo
3. Edad
4. Profesión
5. Grado de avance del padecimiento
6. Distribución geográfica Deptos. de la República de Guatemala.
7. Indices de densidad y prevalencia en áreas leprógenas.
8. Datos epidemiológicos y complicaciones.
9. Resumen y conclusiones.

Distribución según Tipo y Grupo

Como podemos observar en el cuadro No.1 fueron en en contrados un total de 360 pacientes hansenianos distribuídos así: Lepromatosos 222 (62%) correspondiendo 202 a la forma nodular y 20 a la forma di-fusa. Se registraron 98 pacientes Tuberculoides (27%) siendo 94 de la forma fija y 4 de la forma reaccional. Se encontraron 36 pacientes del grupo Indeterminado (10%) y únicamente 4 del Grupo Di-morfo (1%).

CUADRO No.1

Forma Clínica	Total	%
Lepromatoso:		
a) Nodular:	202	
b) Difuso:	20	222
		62
Tuberculoide:		
a) Fijo	94	
b) Reac.:	4	98
		27
Forma clínica	Total	%
Indeterminado	36	10

Dimorfo	4	1
Pacientes	360	

CUADRO No.2

La distribución al respecto se llevo a cabo de la siguiente forma:

Sexo	Lep.	Tde.	Indet.	Dim	Total	%
Masculino	158	74	28	2	262	73
Femenino	64	24	8	2	98	27

Según el sexo (cuadro No.2) y los diferentes Tipos y Grupos, se observó que hubo un marcado predominio en pacientes que correspondían al sexo masculino 262 (73%) sobre los del sexo femenino que fueron únicamente 98 (27%), así mismo observamos en los diferentes tipos y grupos predominio del sexo masculino, a excepción del Grupo Dimorfo que se presentó en proporciones iguales en los dos sexos.

CUADRO No.3

La distribución se efectuó agrupando a los pacientes por decenios de 0 a 59 años, y aquellos que tenían más de 60 años y siempre según los diferentes tipos y grupos de la enfermedad. Los datos encontrados fueron los siguientes:

Edad	Lep.	Tde.	Indet.	Dim.	Total	%
0-9 años	2	10	8	-	20	6
10-19 años	22	4	10	2	38	10
20-29 años	32	8	4	-	44	12
30-39 años	66	38	6	-	110	31
40-49 años	56	12	4	-	72	20
50-59 años	26	18	-	-	44	12
+60 años	18	8	-	2	32	9

Observando que la forma Lepromatosa se presentó más frecuentemente entre los 30 años y los 39 (66 casos); la Tuberculoide también en la misma década (38 casos), la Indeterminada entre los 10 y 19 años (10 casos), y la Dimorfa en proporciones iguales en la década comprendida entre 10 y 19 años (2 casos).

La enfermedad en general predominó en la década comprendida entre los 30 y 39 años con 110 casos (31%).

PROFESION

CUADRO No.4

	Lep.	Tde.	Indet.	Dim.	Total	%
Agricultor	124	62	18	2	206	57.0
Mecánico	2	-	-	-	2	0.6
Escolar	4	4	6	-	14	4.0
Comerciante	4	2	2	-	8	2.2
Sin Oficio	2	8	6	-	16	4.4
Peluquero	2	-	-	-	2	0.6
Tipógrafo	2	-	-	-	2	0.6
Obrero	4	-	-	-	4	1.1
Chofer	4	2	-	-	6	1.6
Of. Domest.	62	14	-	-	78	21.6
Maestro	6	-	-	-	6	1.6
Fotógrafo	2	-	-	-	2	0.6
Carpintero	2	-	-	-	2	0.6
Zapatero	2	-	-	-	2	0.6
Relojero	-	2	-	-	2	0.6
Oficinista	-	4	-	-	4	1.1
Costurera	-	-	2	-	2	0.6
Militar.	-	-	2	-	2	0.6

Podemos darnos cuenta que las diferentes profesiones de nuestros enfermos suman un total de 18, que las formas lepromatosas, tuberculoides e Indeterminado se presentaron con mayor frecuencia en el Agricultor que el Tipo Dimorfo, se presentó además del Agricultor en los pacientes que se dedicaban a Oficios Domésticos; y que por consecuencia, fue la agricultura la profesión

más frecuentemente encontrada con un total de
206 casos (57.0%).

Cuadro de Avance del Padecimiento CUADRO No.5

Según el cuadro de avance se dividieron los pacientes en: Grado I, aquellos que tenían manifestaciones mínimas o muy incipientes de la enfermedad, Grado II los que manifestaban su padecimiento en una forma medianamente ostensibles, Grado III, aquellos enfermos muy avanzados con amiotrofias, mutilaciones etc.

Al respecto se obtuvieron los datos siguientes:

Avance	Lep.	Tde.	Indet.	Dim.	Total	%
I	52	30	28	4	114	32
II	124	58	8	-	190	53
III	46	10	-	-	56	15

Observando que los pacientes Lepromatosos y Tuberculoideos predominó el avance Grado II y, el Grado I en los Indeterminados y Dimorfos. En general predominó en nuestros pacientes el avance Grado II con un total de 190 casos (53%)

Distribución Geográfica por Departamentos de la Re-

pública de Guatemala

Guatemala, es una República que políticamente se encuentra dividida en Departamentos los cuales en su totalidad son 22.

En el presente estudio, nos damos cuenta de que la Lepra ha sido encontrada en 20 Departamentos, exceptuando los Departamentos de Petén y Jalapa. En el Petén, creemos que no se ha reportado por la escasez de vías de comunicación con que cuenta dicho departamento. Y en Jalapa, a pesar de no haberse reportado ningún caso hasta la fecha, estamos firmemente convencidos de que si existe la enfermedad, entre otras razones, por el hecho de que todos los departamentos limítrofes con el mismo, tienen una tasa de endemia más o menos importante.

La incidencia de la enfermedad en los diferentes Departamentos de la República y su distribución según tipo y grupo fue la siguiente:

C U A D R O No 5

Departamento	Lep.	Tde.	Indet.	Dim.	Total	%
Guatemala	60	36	6	-	102	28.0
Progreso	6	1	-	-	14	4.0
Sacatepéquez	2	-	-	-	2	0.6
Chimaltenango	2	6	-	-	8	2.2
Escuintla	10	6	10	-	26	7.2
Sta. Rosa	22	10	-	2	34	9.4
Sololá	4	-	-	-	4	1.1
Totonicapán	2	-	-	-	2	0.6
Quezaltenango	2	-	-	-	2	0.6
Suchitepéquez	2	-	-	-	2	0.6
Retalhuleu	4	-	-	-	4	1.1
San Marcos	10	-	-	-	10	2.7
Huehuetenango	2	-	-	-	2	0.6
Quiché	4	-	-	-	4	1.1
Baja Verapaz	-	6	-	-	8	2.2
Alta Verapaz	-	2	-	-	2	0.6
Petén	-	-	-	-	-	-
Izabal	6	4	-	-	10	2.7
Zacapa	50	14	20	-	84	23.5
Chiquimula	12	2	-	-	14	4.0
Jalapa	-	-	-	-	-	-
Jutiapa	14	10	-	-	12	6.6
Rep.El Salvador	2	-	-	-	2	0.6

Encontrando que las formas Lepromatosas y Tubercu-
loides se encontraron con mayor frecuencia en el
departamento de Guatemala: 60 y 36 casos.

El grupo indeterminado predominó en el Departamen-
to de Zacapa, 20 casos y el Dimorfo en los departa-
mentos de Santa Rosa y Baja Verapaz con 2 casos en
cada uno. En general el departamento de predomi-
nio fue Guatemala con 102 casos (28.0%), siguiéndole
en orden de frecuencia los departamentos de Za-
capa y Santa Rosa con 84 y 34 casos (23.5 y 9.4%)
De la república de El Salvador nos llegaron 2 ca-
sos Lepromatosos que hacen 0.6%.

Indices de densidad y prevalencia en áreas leprógenas.

Para efectuar los diferentes índices de densidad y prevalencia en las diferentes áreas leprógenas del país, se tomó como base para el primero X 100 Kms. ², y para el segundo X 1000 habitantes.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

C U A D R O No. 6

Departamento	Kms. ²	Densidad	
		X 100 Kms	Población X 1000 habit.
Guatemala	2.126	2.39	813.696
Progreso	1.922	0.36	66.734
Sacatepéquez	465	0.21	80.479
Chimaltenango	1,979	0.20	163.753
Escuintla	4.384	0.30	269.813
Santa Rosa	2.955	0.57	155.488
Sololá	1.061	0.18	168.815
Totonicapán	1.061	0.09	139.636
Quezaltenango	1.951	0.05	268.962
Suchitepéquez	2.510	0.03	186.299
Retalhuleu	1.856	0.10	122.829
San Marcos	3.791	0.13	332.303
Huehuetenango	7.400	0.01	286.956
Quiché	8.378	0.02	247.775
Baja Verapaz	3.124	0.12	95.663
Alta Verapaz	8.696	0.01	259.873

Petén	35.854	-	26.720	--
Izabal	9.038	0.05	114.404	0.04
Zacapa	2.690	1.59	95.976	0.04
Chiquimula	2.370	0.29	151.241	0.04
Jalapa	2.063	-	97.996	-
Jutiapa	3.219	0.37	199.053	0.06

Area Leprógena
 70.966 Kms.² = 0.25
 4.159.757 habit.004

Observamos que el departamento que mayor índice de densidad obtuvo fue el de Guatemala: 2.39, con una extensión en Kms.² de 2.126; y el de mayor prevalencia el de Sacatepéquez: 0.12 con una población de 80.479 habitantes. En cuanto a los índices en general, de la República de Guatemala fueron: de densidad 0.25 con una extensión de - 70.966 Kms.² y de prevalencia 0.04 con una población de 4.159.757 habitantes.

Datos Epidemiológicos y Complicaciones.

Los datos epidemiológicos analizados fueron los correspondientes a los contactos de nuestros pacientes los que fueron examinados y los que no lo fueron y las leprominoreacciones efectuadas. Y en lo que respecta a complicaciones sólo se observó la presencia de Reacción Leprosa R.L. Se obtuvieron los datos que detallamos a continuación:

C U A D R O No. 7

Contactos	Total	%
Examinados	191	28
No examinados	504	72
Totales	<u>695</u>	<u>100</u>
Lepromino-reacciones:	40	
R.L.:	11	

Observamos que de un total de 695 contactos, fueron examinados únicamente 191 (28%) y se efectua-

ron solamente 40 pruebas intradérmicas con Lepromina. Reacción leprosa fue observada únicamente en 11 pacientes.

ASPECTO SOCIAL DE LA LEPRA EN GUATEMALA

Trataremos de mencionar someramente los problemas de carácter social que confronta nuestro paciente hanseniano y a la vez delinear una ruta que nos ayude a ir resolviendo tales problemas con pleno sentido de responsabilidad social como ciudadanos, Trabajadores Sociales, Médicos preocupados por su comunidad.

En este sentido, nuestro punto de vista será con el fin de prevenir, curar y rehabilitar al enfermo leproso y con ello no estaremos haciendo más que orientarnos dentro de las tendencias de la Medicina Social de nuestros días.

La leprología tiene como objetivos principales conocer mejor la enfermedad, descubrirla tempranamente y dar el tratamiento adecuado, así como ayudar a resolver los problemas familiares y sociales que trae aparejada la Lepra, y sobre todo lucha te-

naz contra el prejuicio de siglos que sobre ella existe; en consecuencia, el médico estará practicando Medicina Social en alto grado al señalar las orientaciones de la campaña contra la Lepra. La Lepra como otras enfermedades, es eminentemente enfermedad social, de ahí que las autoridades, los médicos y el público deben cambiar su actitud hacia el hanseniano al saber que esta enfermedad es menos contagiosa que muchas otras, que no es hereditaria, que sólo se trasmite en determinadas condiciones (íntimo contacto, promiscuidad), que se cuenta en la actualidad con medios eficaces para curarla y que ya no es necesario la segregación del paciente ni su hospitalización obligatoria. Debemos insistir en el nuevo concepto de que hay que luchar contra la enfermedad y no contra el enfermo de Lepra. El aspecto social debe ser eminentemente de Medi-

cina Preventiva. En nuestra Facultad de Medicina no debe por más tiempo descuidarse de la enseñanza de la Dermatología básica para mejor comprender los problemas que atañen al enfermo hanseniano. También despertar el interés de trabajadores sociales, personal para-Médico, autoridades y público en general para que unidos se difundan los conocimientos sobre esta enfermedad y así lograr mejor combatirla.

Ya hemos dicho que la corriente que privó por muchos años y aún por siglos de considerar a la Lepra como una enfermedad muy contagiosa y repugnante, obligó al enfermo a huir de la sociedad pero gracias a las sulfonas, con la cual la Lepra es curable, así como a los mejores métodos profilácticos, laboratorios, clínicas dermatológicas, con que contamos se ha logrado luchar eficientemente contra todos los males que ella conlleva.

Insistimos con que la Lepra es enfermedad trans-
misible si se mantiene una convivencia íntima y
prolongada con un caso infectante. Entonces de-
bemos de ir en búsqueda de ese foco infectante,
hagámoslo inmune, démosle el tratamiento adecua-
do, facilitémosle las medicinas correspondientes,
orientemos a su núcleo familiar y luego a su co-
munidad; legislemos a su favor. Ayudemos a que
se creen más hogares temporales, que la ayuda eco-
nómica que se les proporcione sea adecuada y oportu-
na, que para el enfermo hanseniano haya una ac-
tividad ocupacional adecuada; procurémosle una me-
jor vivienda o facilitémosle la obtención de sus
necesidades mínimas para luchar contra la promis-
cuidad y la inmundicie; que se construyan también
muchas más escuelas para difundir el alfabeto y
así luchar contra la ignorancia, cuna de todos nues-
tros males.

Al Médico Leprodermatólogo estará encomendado hacer el diagnóstico tempranamente y cuando éste sea positivo procurará hacerlo del conocimiento de la persona más responsable dicha comunicación (padre, esposo, hermano) cuidando de no hacer de cada caso un problema, ya que del médico es sabido que esta información puede ser motivo de trauma psicológico u ocasionando otros problemas, como rechazo del enfermo por la comunidad, pérdida de su trabajo, etc. etc.

Por ello, el manejo del enfermo hanseniano desde el punto de vista social, es uno de los aspectos más delicados y a la vez más interesantes de la leprología actual y por eso debemos de insistir en la divulgación de los conceptos modernos sobre esta enfermedad, y más aún cuando todavía hay muchas personas que viven con el atraso de los siglos y que con su actitud hostil, fruto de su ignorancia, perjudica al enfermo hasta negarle los derechos fundamentales del

hombre proclamados hace tiempo como son: libertad de trabajo, alimentación, cultura, recreación, iguales oportunidades de progresar, libertad de pensamiento, etc.

Hemos visto llegar al Hospital Dermatológico "Ramiro Gálvez", a personas capaces de vivir una vida útil y normal, pero que debido a su enfermedad sufre la discriminación por parte de su comunidad o porque han recibido un mal trato médico y social, perdiendo su trabajo y otras oportunidades de superación. Debemos estar informados que no todos los pacientes hansenianos necesitan forzosamente ser hospitalizados; en cambio muchos de éstos pueden continuar su vida habitual ya en el campo o en la Oficina, ganándose su propio sustento y el de su familia. El enfermo hanseniano debe ser atendido como cualquier otro enfermo, en centros hospitalarios especializados, en consultorios públi-

cos o privados con igual naturalidad como se tratara cualquier otra enfermedad común.

En otro aspecto, el gobierno por medio de sus ministerios, correspondientes, así como las instituciones autónomas y semiautónomas (I.G.S.S., Universidad de San Carlos de Guatemala) adopten una actitud más humanitaria, más beneficiosa para con el trabajador y por ende, el pueblo prestándose mejor a la educación y comprensión hacia el paciente hanseniano; dando también mayores facilidades de trabajo y superación, responsabilidad que también deben de compartir los educadores, trabajadores sociales, sacerdotes, estudiantes y autoridades en general, hasta lograr una actitud unánime de convencimiento, de libertar y solidaridad humana sin discriminación de raza, religión o

credo político.

Al crear un reglamento de profilaxis de la Lepra, se pide que haya espíritu humanitario, base científica social, y un alto respeto y dignidad hacia la personalidad como lo pregonan las Ciencias Sociales.

Debemos ayudar al enfermo, no con limosnas materiales o espirituales sino con una mejor comprensión, con un trato natural y más humano; que el hombre sea el "homos sapiens" y humanus, y no el "homos lupus" devorador de hombres.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

- 1a. Someramente se hace una revisión histórica de la Lepra.
- 2a. Se analiza el aspecto clínico de los distintos Tipos de la enfermedad de Hansen.
- 3a. Se revisa la clasificación actual de la enfermedad(año 1960)
- 4a. Se expone la inmunología de la Lepra
- 5a. Se da a conocer el Estado Actual de la Lepra en Guatemala: a) distribución de la enfermedad según Tipo y Grupo; sexo, edad, profesión; b) Grado de avance del padecimiento, su distribución geográfica por Departamentos, índices de densidad y prevalencia en áreas leprógenas, datos epidemiológicos y complicaciones.
- 6a. Se hace revisión del aspecto social de la enfermedad en Guatemala.

- 7a. Someramente se revisa la epidemiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- 8a. Se observó un marcado predominio de la enfermedad en el sexo masculino (73%)
- 9a. La edad predominante fue la comprendida entre los 30 y 39 años, (31%)
10. La profesión más frecuentemente encontrada sufriendo la enfermedad fue la del Agricultor (57%)
11. Fue en el Departamento de Guatemala, donde se encontró la incidencia más alta (28%)
12. Se observó que el departamento que mayor índice de densidad tuvo fue el de Guatemala: 2.39, con una extensión de 2126 Kms.²
13. Que el de mayor prevalencia es el Departamento de Sacatepéquez: 0.12 con una población de 80.479 habitantes.

14. En el aspecto social, se pide mejor comprensión para el enfermo hanseniano.
15. Se hace hincapié con el conocimiento que se tiene con respecto a que la enfermedad de Hansen no es hereditaria y que su contagiosidad es poca relativamente.
16. Se pide mayor interés en los estudios de la piel y específicamente de la enfermedad de Hansen para mejor lograr su erradicación.
17. Que se difundan más los aspectos Clínicos y Patológicos de la enfermedad para que el enfermo no sea discriminado, sino por el contrario, se le trate como cualquier paciente de enfermedad común.
18. Que se insista por el abaratamiento de las medicinas y en este caso de la Sulfona para poder dar mejor tratamiento a la población que sufra la enfermedad de Hansen.

19. Se hace ver la necesidad de contar con una legislación específica y adecuada a los conocimientos clínicos, epidemiológicos y terapéuticos que se tienen actualmente.
20. Se insiste en la urgencia de capacitar personal para la rehabilitación del paciente tanto bajo el punto de vista clínico como Social.
21. Aunque los conceptos actuales sobre el padecimiento de la Lepra han cambiado radicalmente, debemos de insistir sobre la manera de su contagiosidad y curación del mismo.
22. Tomando en cuenta todo lo anterior. se considera inaplazable y de necesidad nacional la de poner en marcha las campañas aconsejadas por la Leprología para que este mal quede erradicado a su mínima expresión en el territorio de Guatemala.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Andrews, George Clinton. "Lepra" En su: Tratado de Dermatología. 5a. ed. Barcelona, Imprenta Hispanoamericana, S.A. 1965. pp 322-347.
- 2.- Amado, Saúl. "Lepra y Herencia". En: Congreso Mexicano de Dermatología. 2a. Memoria. Ciudad de Guadalajara, Jalisco, México. Del 16 al 20 de Abril de 1963. pp. 249---259.
- 3.- Barba Rubio, José. "Lepra", Casos Dimorfos" en: Congreso Mexicano de Dermatología. Ciudad de México. 30 de Agosto al 2 de Septiembre de 1961. pp. 351-355.
- 4.- Aguilar Jr. Bonifacio. "Trastornos de la Conducta Nerviosa en Pacientes con "Lepra". En: Congreso Mexicano de Dermatología. Guadalajara, Jalisco, México. Del 16 al 20 de Abril de 1963. pp. 280-283.
- 5.- Beirana, Luis. "Sulfonas en Dermatología". En: - Congreso Ibero Latino Americano de Dermatología, 3a. Memoria, México, del 21 al 27 de Octubre de 1956. pp. 306-308.
- 6.- Castañeda, Alfonso M. "Evolución Psico-Social -- del Enfermo de Lepra". En: Congreso Mexicano de Dermatología, Guadalajara, Jalisco México. del 16 al 20 de Abril de 1963. pp. 315-322.
- 7.- Cordero C., Fernando A. "Lepra" En su: Manual -

de Dermatología. Guatemala, Unión Tipográfica.
Noviembre de 1961. pp. 91-103.

8.- Capdevila, Arturo. "La Lepra". Buenos Aires
Editorial Viracocha, 1960. pp. 9-174.

9.- Contreras, Felix. D.D.S. En inyección retar
dada en el tratamiento de la Lepra. Acta
Leprológica 26: 14-20 Octubre-Diciembre
1966.

10- Carranza Amaya, Antonio. "El programa de la
Lucha de la Lepra en el Salvador" 1963---
1967. Congreso Mexicano de Dermatolo--
gía. 2do. Memorias. Guadalajara, Jalisco
México. del 16 al 20 de Abril de 1963. pp

11- Dammin, Gustave J. "Lepra En: Harrison, T.
R. Medicina Interna. 2a. ed. México, --
Prensa Médica Mexicana. 1956. pp. 911-
915.

12- Estrada, Concepción. "La Lepra. Algunos as-
pectos médicos y sociales en México. Con-
greso Ibero Latino Americano de Dermatolo-
gía. 3a. Memoria. México. del 21 al 27 de
Octubre de 1956. pp. 302-305.

13- Lepra en: Enciclopedia Universal Ilustrada. Ma-
drid. ESPASA-CALPE, 1930 p. 95 (V.30).

14- Harry L., Arnold Jr. "Lepra" En: Cecil-Loeb.--
Tratado de Medicina Interna 11ava. ed. Mé-
xico. Editorial Interamericana S.A. 1964.
pp. 311-3-18-.

Bibliografía...

- 15- Hernández Reyes, Augusto R. Pasado, presente y futuro de la lepra en Guatemala. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, - Facultad de Ciencias Médicas, Nov. 1963.
- 16- Latapi, Fernando. El programa para el control de la lepra en México. 1960-1962. Congreso Mexicano de Dermatología. Guadalajara, Jalisco, México del 16 al 20 de Abril de 1963 pp. 350-361.
- 17- Montojo, Catalina Maria. 80 niños hansenianos del centro de Pascasa (Estudio Social Longitudinal durante 8 años). Congreso Mexicano de Dermatología. 2a. Memoria. Guadalajara Jalisco, México. del 16 al 20 de Abril de 1963 pp. 327-333.
- 18- Malacara de la Garza, Manuel. La vida después de la Lepra. Congreso Mexicano de Dermatología 2a. Memoria. Guadalajara Jalisco, México. Del 16 al 20 de Abril de 1963. pp. 334-336.
- 19- Novales, Josefa. Lepra Tuberculoide. Congreso de Dermatología 2a. Memoria. Guadalajara Jalisco México, del 16 al 20 de Abril de 1963. pp. 263-268.
- 20- Novales, Josefa. Lepra, Casos Dimorfos. Congreso Ibero Latino Americano de Dermatología. 3a. Memorias. México. del 21 al 27 de Octubre de 1956. pp. 294-296.
- 21- Pérez Suárez, Gloria. "Lepra, Casos Dimorfos". Con

- greso Mexicano de Dermatología 1o. Memorias. Ciudad de México. del 30 de Agosto al 2 de Septiembre de 1961. pp. 344-347.
- 22- Reyes Guerrero, Armando Aníbal. "La lepra como problema social. Tesis Guatemala, Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas Mayo de 1964.
- 23- Rodríguez, Obdulia. Lepra de Lucio. Congreso Ibero Latino Americano de Dermatología 3a. Memorias. México. del 21 al 27 de Octubre a Diciembre 1966. pp. 22-28.
- 25- Silva Martínez, Eduardo. Análisis de los primeros mil casos dermatológicos vistos en el Hospital - Ramiro Gálvez de Guatemala. Acta Leprológica 26: pp. 31-36, Octubre Diciembre de 1966.
- 26- Silva Martínez, Eduardo. Las Enfermedades de la Piel en el Instituto Dermatológico de Guatemala - Congreso Mexicano de Dermatología 1o. Memorias. México, 30 de Agosto a 2 de Septiembre de 1961. pp. 204-209.
- 27- Zavala González, Berta. Trabajo social en lepra. Congreso Mexicano de Dermatología, 2a. Memorias. Guadalajara, Jalisco, México del 16 al 20 de Abril de 1963. pp. 323-326.

Vo. Bo.


Sra. Ruth Ramirez de Amaya
Bibliotecaria.

Br. FRANCISCO MARGARITO LEAL DE LEON

DR. CARLOS SILVA MARTINEZ
ASESOR

DR. JORGE E. CLOSE DE LEON
REVISOR

DR. ENRIQUE PADILLA BOLAÑOS
DIRECTOR DEL DEPTO. DE MEDICINA
PREVENTIVA Y SOCIAL

DR. MANUEL ARIAS TEJADA
SECRETARIO INTERINO

DR. JULIO DE LEON M.
DECANO