

EL CARATE O MAL DE PINTO EN LA ETNIA YARURO DEL ESTADO APURE PROPUESTA DE UN PROGRAMA PARA SU ERRADICACION*

Dr. Jorge A. Alvarado Romero**

Alvarado Romero JA: **El Carate,, o , Mal de Pinto en la Etnia Yaruro del Edo., Apure:** Dermatología Venezolana 30: 160-164, 1992.

RESUMEN

En el presente trabajo se analizan los resultados obtenidos en el estudio clínico, inmunológico, histopatológico y, epidemiológico del Mal de Pinto o Carate en la comunidad indígena adyacente al Centro Indigenista de Riecito, en la zona rural., del sur del Estado Apure. Todos los individuos estudiados pertenecen a la etnia Yaruro o Pumé, que habitan las márgenes de los ríos Capanaparo y Riecito en los Distritos Rómulo Gallegos y Pedro Camejo. Además del examen físico general, se hizo extracción de sangre venosa para estudios serológicos, y en algunos casos se tomó biopsia para comprobación histopatológica. Paralelamente se tomaron muestras de linfa a pacientes sospechosos de Enfermedad de Hansen, y a todos se les practicó el Test de Mazzotti para descartar Oncocercosis. Los da-

tos epidemiológicos -fueron, recogidos en una ficha diseñada para tal fin.

Después de analizar y discutir los resultados, concluimos - señalando la importancia de los datos obtenidos, los cuales reflejan por sí solos la alta incidencia de esta enfermedad, Asimismo sugerimos la inmediata implementación de un; programa que esté orientado a mantener una acción sanitaria vigorosa y permanente, con el fin de erradicar a mediano plazo dicha enfermedad en esta comunidad.

SUMMARY

In this study we analyze different aspects of the Carate or Mal de Pinto including clinical, immunological, histological and epidemiological aspects of patients observed in an indigenous community of Apure State of Venezuela. We found a high incident of the disease in that population and recommended a sanitary programme to eradicate it in a short-term.

INTRODUCCION

El Carate es una enfermedad tropical autóctona del continente americano. De carácter contagioso y endémico, es producida por un microorganismo conocido como Treponema Carateum, la cual se manifiesta por la aparición en la

piel de manchas de diferentes tonalidades (rosadas, azul claro, azul oscuro, moradas, blancas, etc.), localizadas o diseminadas en varios sitios del cuerpo. En ocasiones algunas zonas de la piel pueden verse prematuramente envejecidas, reseca, descamativas, arrugadas, cenicientas y/o engrosadas; aunque todavía no se ha podido dilucidar la forma de contagio, se ha establecido como lógico que el contacto íntimo y prolongada entre un enfermo y una persona sana susceptible, es la forma más aceptada en relación a su pro-

pagación.¹ Como las otras treponematosis humanas (Sífilis y Buba), esta es curable en el 100% de los casos si se trata con Penicilina Benzatínica de liberación lenta.

En nuestro país, uno de los focos caratosos está situado en el sur del Estado Apure, donde la mayor parte de la población está formada por indígenas de la etnia Pumé o Yaruros, los cuales habitan las márgenes de los ríos Capanaparo, Riecito y Sinaruco;² el abandono oficial, la falta de campañas sanitarias permanentes y el carácter semi-nómada

* Premio César Lizardo 1991. XXVII Reunión Anual.

** Centro de Investigaciones sobre la Lepra y otras Dermatosis Tropicales O.P.S./O.M.S. Area Piloto. Estado Aragua

de estos grupos indígenas, han hecho que estos focos permanezcan todavía activos, mientras que en las zonas suburbanas de otros estados se erradicaron hace años.

PACIENTES Y METODOS

El trabajo consistió esencialmente en estudiar una muestra seleccionada de veintisiete personas de la etnia Pumé o Yaruro, provenientes de las rancherías indígenas de Boca de Tronador, Los Pozones, Riecito, La Guajiba, Guarataro y El Manguito, las cuales habían sido convocadas al Centro de Atención Indigenista de Riecito del Estado Apure, durante los operativos médicos realizados en los

meses de Abril 90 y Mayo 91. Veinticinco de esas personas presentaban sintomatología evidente de Carate, y dos eran asintomáticos (ver Fotos N° 1 y 2). Estos últimos eran contactos convivientes por más de cinco años de enfermos con sintomatología florida de la enfermedad. Además del examen físico integral, se les extrajo una muestra suficiente de sangre venosa (10 ml) la cual se centrifugó para realizar pruebas serológicas (V.D.R.L.). A doce de estos individuos se les tomó biopsia con punch #8 para estudios histopatológicos, que fueron procesadas en el Departamento de Dermatología del Instituto de Biomedicina (U.C.V./S.A.S.), en Caracas. A todos los pacientes se

les practicó la prueba de Hetrazan o Test de Mazzotti, para descartar Oncocercosis. Muestras de linfa de lóbulos de orejas, codos y rodillas, fueron tomadas a tres pacientes sospechosos de Enfermedad de Hansen. A un paciente se le investigó dermatofitos en uñas pigmentadas de las manos, a través del examen directo con KOH y cultivo en medio de Micocel y Saboraud. Algunos variantes epidemiológicos (edad, sexo, procedencia, etc.) fueron investigados y recogidos en una ficha clínica epidemiológica que se diseñó para tal fin. Los resultados fueron analizados a través de los cuadros de distribución porcentual y representados gráficamente.

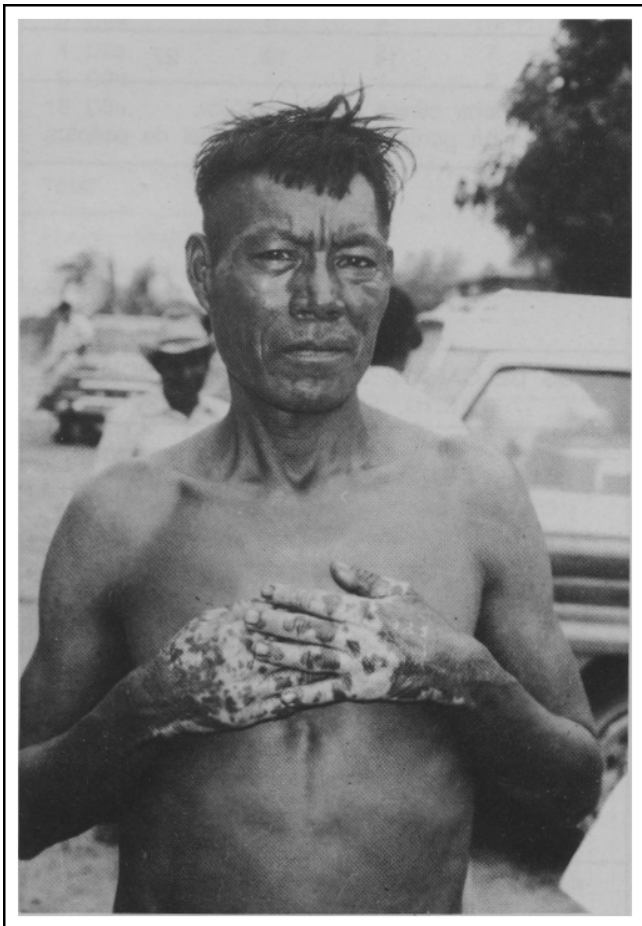


Foto N° 1: Carate o Mal de Pinto: discromías endorso de las manos.

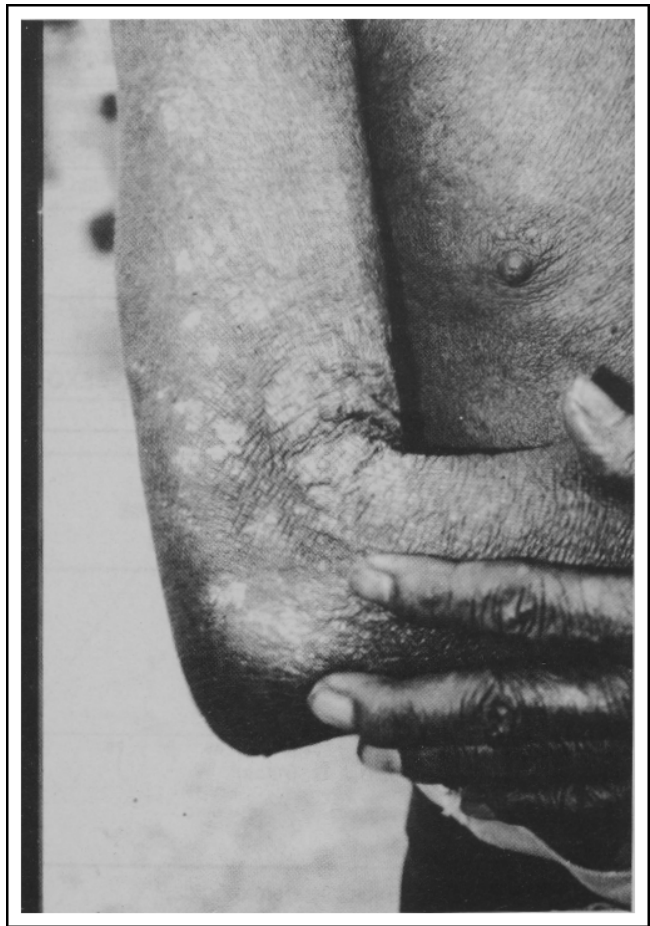


Foto N° 2: Placas grisáceas líquenoides en brazos.

RESULTADOS

La edad promedio del grupo estudiado fue 46 años, y el límite

inferior y superior de la distribución ataría fue de 9 años y 83 años respectivamente. El mayor porcentaje de sujetos enfermos (40%) se encontraron

en el intervalo de edades comprendidas entre los 40 y 59 años (ver Cuadros N° 1 y 2).

CUADRO N° 1

**CASOS DE CARATE SEGÚN EDAD Y SEXO
RIECITO, ESTADO APURE 1991**

Grupo de Edades (en años)	Fem.	Mase.	Total	%*
0 - 19	3	0	3	11,1
20 - 39	1	2	3	11,1
40 - 59	7	4	11	40,7
60 - 79	2	6	8	29,6
80 y más	1	1	2	7,4
Total	14	13	27	

Fuente: Ficha clínica epidemiológica

* Distribución porcentual sobre el total de casos.

CUADRO N° 2

**CASOS DE CARATE SEGÚN PROCEDENCIA Y SEXO
RIECITO, ESTADO APURE 1991**

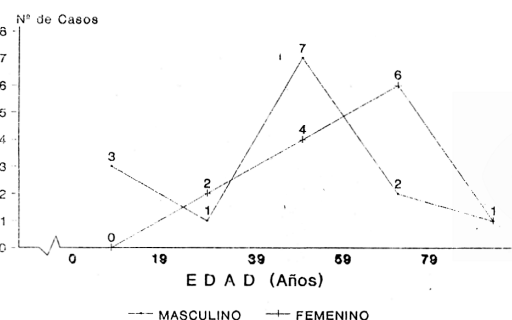
Procedencia	Fem.	Mase.	Total	%*
Boca de Tronador	5	3	8	29,6
Los Pozones	5	4	9	33,3
Riecito	2	3	5	18,5
La Guajira	1	1	2	7,4
Guarataro	1	1	2	7,4
El Manguito	0	1	1	3,7
Total	14	13	27	

Fuente: Ficha clínica epidemiológica.

* Distribución Porcentual sobre el total de casos.

GRAFICO N° 1

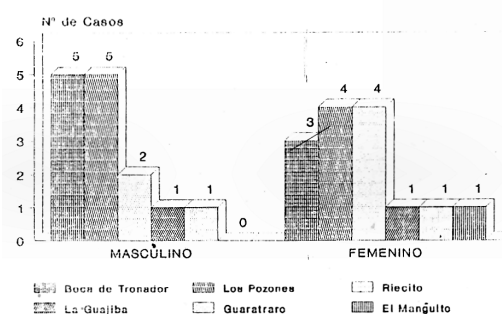
**CASOS DE CARATE SEGÚN EDAD Y SEXO
RIECITO, ESTADO APURE 1991**



Fuente: Ficha clínica epidemiológica.

GRAFICO N° 2

**CASOS DE CARATE SEGÚN PROCEDENCIA Y SEXO
RIECITO, ESTADO APURE 1991**



Fuente: Ficha clínica epidemiológica.

Dos de los casos estudiados (7%) estaban asintomáticos, mientras que veinticinco (93%) presentaron manifestaciones clínicas evidentes de la enfermedad (ver Cuadro N° 4).

Se comprobó por investigación epidemiológica que los dos casos asintomáticos eran contactos convivientes (concubinos) por más de cinco años de los casos clínicos y

serológicamente activos. El 100% de los exámenes serológicos resultaron "reactivos", incluso los asintomáticos, con diluciones que fluctuaron entre 2 y 32 dls (ver Cuadro N° 3).

Estudio histopatológico (biopsia) practicado a doce pacientes (44%) en lesiones sospechosas, dieron resultados compatibles con esta patología. La prueba del Hetrazan o Test de Mazzotti, practicada a la to-

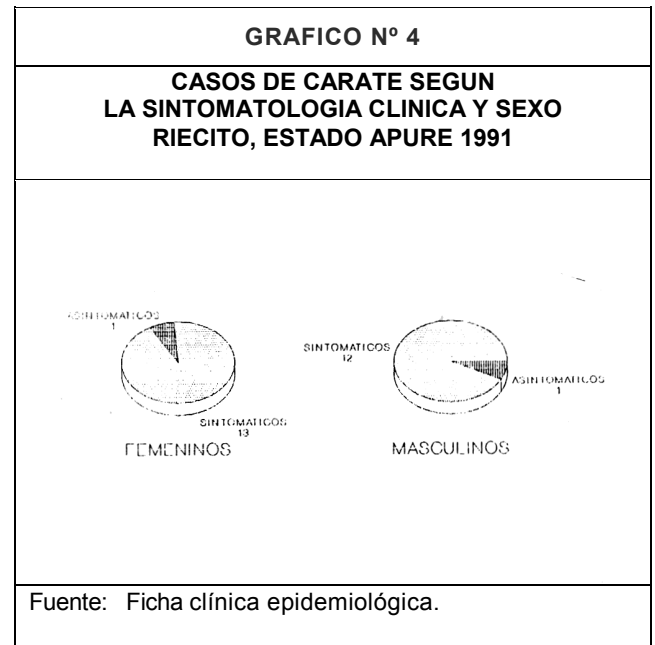
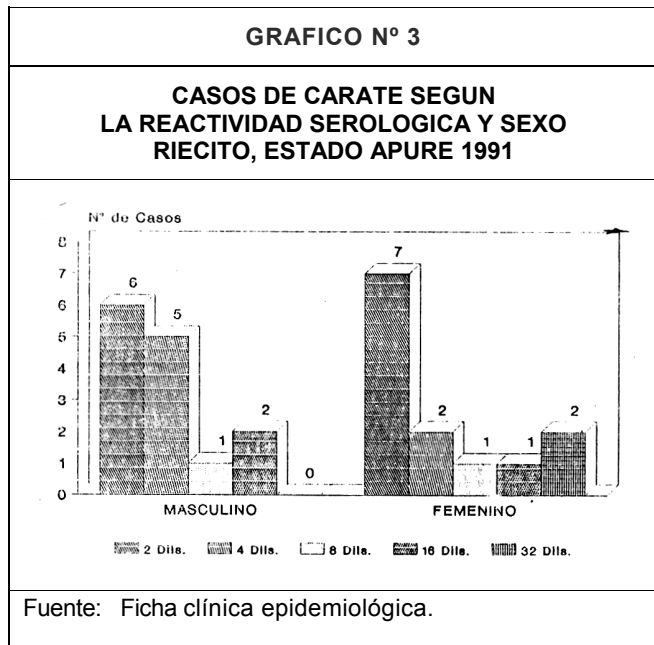
talidad de los pacientes, fue negativa a las 12, 24 y 72 horas. Muestras de linfas coloreadas con coloración Acido Alcohol Resistente, para descartar Enfermedad de Hansen, fue negativa en tres pacientes sospechosos. El examen directo y cultivo para hongos fue negativo en un paciente que presentó intensa coloración morada de las uñas e hiperqueratosis sub-ungueal.

CUADRO N° 3				
CASOS DE CARATE SEGUN LA REACTIVIDAD SEROLOGICA Y SEXO RIECITO, ESTADO APURE 1991				
V.D.R.L.	Fern.	Masc.	Total	%*
2 Dils.	6	7	13	48,1
4 Dils.	5	2	7	25,9
8 Dils.	1	1	2	7,4
16 Dils.	2	1	3	11,1
32 Dils.	0	2	2	7,4
Total	14	13	27	

Fuente: Encuesta serológica
*Distribución porcentual sobre el total de casos.

CUADRO N° 4				
CASOS DE CARATE SEGUN LA SINTOMATOLOGIA CLINICA Y SEXO RIECITO, ESTADO APURE 1991				
Pacientes	Fern.	Masc.	Total	%*
Sintomáticos	13	12	25	93
Asintomáticos	1	1	2	7
Total	14	13	27	

Fuente: Ficha clínica epidemiológica.
* Distribución porcentual sobre el total de casos.



DISCUSION Y CONCLUSION

El Carate es una enfermedad autóctona de América, conocida desde la llegada del conquistador español cuando fue reseñada como endémica en varios países, entre ellos Venezuela.⁴ Las zonas más afectadas son las tierras bajas cubiertas de vegetación, generalmente cerca de las márgenes de los ríos, donde la temperatura anual es de 25°C a 30°C y una humedad relativa superior a 80%. En nuestro país, como la han señalado otros autores y nosotros en el presente trabajo, una de las zonas de alta endemidad está ubicada al sur del Estado Apure, y afecta en su mayoría a indígenas de la etnia Pumé o Yaruro. Dicho territorio se localiza entre los 60° 30' y 7° 30' de latitud norte y los 67° y 69° 30' de longitud oeste, zona conocida como Bajo Apure, específicamente en las márgenes de los ríos Capanaparo, Riecito y Sinaruco en los Distrito Rómulo Gallegos y Pedro Camejo.^{2,3}

Por los resultados obtenidos en el presente trabajo, podemos destacar la importancia médico-sanitaria de este foco caratoso, el cual se ha mantenido activo durante siglos, reflejando de esta manera el olvido a que hemos tenido sometidos a los verdaderos dueños del continente americano. Lo antes mencionado es un motivo más que suficiente para utilizar dichos resultados como punto de referencia en el diseño de un programa de erradicación y de vigilancia epidemiológica de esta enfermedad, la cual, sin duda, ha constituido una de las tantas causas por las cuales los indígenas de esta zona del país no participan de los beneficios del desarrollo socio-económico de la región pues el carácter repulsivo de las manifestaciones clínicas y las falsas creencias en relación al contagio, han hecho que el indígena sea rechazado, perseguido y/o exterminado.

SUGERENCIAS

Sugerimos implementar un programa de erradicación del Carate en la población Yaruro o Pumé radicada en la zona rural del Estado Apure bajo la jurisdicción de la Oficina Regional de Atención al Indígena de Riecito, el cual contemplaría los siguientes puntos:

- 1.- Realizar un censo epidemiológico con el fin de conocer las características médico-sanitarias de la población indígena de esa zona del Estado Apure.
- 2.- Realizar el diagnóstico clínico, inmunológico, histopatológico y bacteriológico de todos los casos sospechosos, así como de convivientes, sean susceptibles a ser enfermos asintomáticos y/o a contraer la enfermedad.
- 3.- Búsqueda, a través de pruebas inmunológicas y/o bacteriológicas, de otras dermatosis sanitarias (Oncocercosis, Enfermedad de Hansen, Leishmaniasis, Escabiosis, Pediculosis, etc.).
- 4.- Tratamiento de los casos diagnosticados y de los contactos convivientes, con Penicilina Benzatínica.
- 5.- Entrenamiento del personal paramédico (enfermeros de Medicina Simplificada), misioneros religiosos establecidos en la zona, con el fin de mantener una adecuada vigilancia epidemiológica permanente.
- 6.- Controles sucesivos, cada año, de las personas tratadas y búsqueda de nuevos casos.^{5,6}

AGRADECIMIENTOS

A la Casa Apure de Maracay.

A la Oficina Regional de Atención al Indígena del Estado Apure.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Medina R: El Carate en Venezuela. Estudio de la enfermedad en el medio natural y resultado de los ensayos de inoculación experimental. Revista Dermatológica Venezolana 1963; 3(3-4): 160-229.
- 2.- Mistrani P: Los Pumé (Yaruro), en: Los aborígenes de Venezuela. W Koppens editor. Monografía 35. Fundación La Salle, Monte Avila Edit. Caracas 1968.
- 3.- Una trepanematosi endémica de las Américas. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. 86 (3) pp 242-255, 1979.
- 4.- Talhan S: The present situation of endemic trepanomatosi (yaw and Pinta) in the region of the Americas. Multigraf. O.S.P. Julio-Agosto 1988.
- 5.- Hopkin DR: Control of yaws and other endemic trepanematosi: implementation of vertical and/or integrated programs. Review of infectious diseases. 7(suppl 2) 53842, 1985.
- 6.- Meheur A: Integration of yaws control and primary health care. Review of infectious diseases 7(suppl 2) 284-288, 1985.