

L. S.



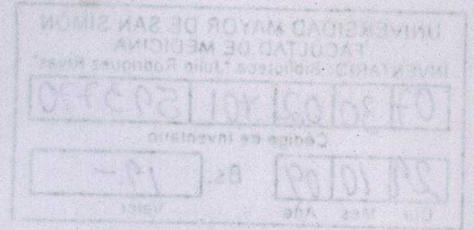
**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO  
EPIDEMIOLÓGICAS DE LA LEISHMANIASIS  
MUCOCUTÁNEA EN PACIENTES  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE  
INFECTOLOGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO  
VIEDMA: ESTUDIO RETROSPECTIVO  
1990-1996**

**Alumna: Dra. Janett Aracena T.**

**Tutor: Dr. Faustino Torrico**

**Curso de Post Grado en Medicina Tropical  
UMSS. - VLIR - UG - IMT**

**Cochabamba, agosto de 1997**



**Características clínico Epidemiológicas de la  
Leishmaniasis Mucocutánea en pacientes  
hospitalizados en el servicio de Infectología del  
Hospital Clínico Viedma: Estudio Retrospectivo**

DISCUSION .....	9
RECOMENDACIONES .....	12
RESUMEN .....	13
GRAFICAS .....	16
BIBLIOGRAFIA .....	23

**Alumna : Dra Janett Aracena T**

**Tutor : Dr Faustino Torrico**

**Curso de Post Grado en Medicina tropical**

**UMSS. -VLIR-UG-IMT**

**Cochabamba , agosto de 1997**

Características Clínico-Epidemiológicas de la Leishmaniasis  
Mucocutánea en pacientes hospitalizados en el Servicio de  
Infectología del Hospital Clínico Viedma: Estudio Retrospectivo  
1990 - 1996

**SUMARIO**

INTRODUCCION..... 1

FORMAS CLINICAS..... 4

MATERIALES Y METODOS..... 5

RESULTADOS..... 6

DISCUSION..... 9

RECOMENDACIONES..... 12

RESUMEN..... 13

GRAFICAS..... 16

BIBLIOGRAFIA..... 23

# Características Clínico-Epidemiológicas de la Leishmaniasis Mucocutanea en pacientes hospitalizados en el Servicio de Infectología del Hospital Clínico Viedma: Estudio Retrospectivo 1990 - 1996

## INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis es una enfermedad crónica de la piel, mucosas o vísceras producidas por diferentes tipos de protozoarios del género *Leishmania*, transmitida al ser humano por vectores (moscas) del género *Lutzomyia* y *Phlebotomus*. Las manifestaciones clínicas dependen del parásito y el estado inmunitario del paciente. La Leishmaniasis Mucocutanea cutánea americana o "Espundia" es causada por *L. Braziliensis brasiliensis*. Hay una lesión primaria cutánea, generalmente en una zona expuesta, es un nódulo que se ulcera o puede hacerse vegetante, es posible que haya linfangitis y adenitis; varios años después aparecen lesiones mucosas que afectan el tabique nasal, labios, encías, faringe y laringe. (1, 5)

La leishmaniasis Mucocutanea es un problema de salud pública en la región del trópico Cochabambino. El objetivo de este trabajo es establecer la epidemiología y la clínica de la enfermedad de los pacientes que fueron hospitalizados en el servicio de infectología a través de la revisión de las historias clínicas.

Las leishmaniasis tegumentarias son conocidas desde hace mucho tiempo en América Latina. Se encuentran representaciones de la enfermedad en épocas pre-colombinas, particularmente sobre las cerámicas de Nazca en el Perú. Las primeras descripciones clínicas datan del siglo XVI en enfermos que presentan destrucción de los tejidos nasales. (14)

En el siglo XVII se identificó el rol que juegan los flebotomos (moscas de la familia *Lutzomyia*) en la transmisión. McNaught (1882) fue el primero en dar la descripción clínica de la forma visceral. La leishmaniasis Mucocutanea también fue mencionada en 1869 en Assan, India. En 1903 el parásito fue descubierto simultáneamente por Sir William Leishman en Londres y por Donovan en Madrás (India) en el bazo de un sujeto muerto por "Kala-azar" (leishmaniasis visceral). El mismo año, Ross propuso dar al parásito el nombre de *Leishmania Donovanii*. Al

año siguiente Mesni (1904) constató la identidad del parásito en las dos formas: visceral y cutánea. Charles Nicole y cols. (1908) pusieron en evidencia en Africa del Norte la naturaleza leishmánica de ciertas esplenomegalias y el rol del perro como reservorio del parásito. Vianna (1911) describió la especie del protozoario *Leishmania braziliensis*. Migone (1913) describió en el Paraguay el primer caso de "Kala-azar" en América del Sur.(15)

En 1921 fue demostrado el rol que juegan los flebótomos mediante la inoculación al animal, de un triturado de flebótomos que habían picado a un enfermo y se determinó la aparición de una lesión que contenía Leishmanias. Esto fue puesto en evidencia por Cerqueira en América y Sergent en el Viejo Mundo. Montenegro (1926) mostró la hipersensibilidad a la inyección intradérmica de una suspensión de Leishmanias. En 1941 Adler y Ber demostraron el rol de la picadura para la transmisión. Biagi (1953) estudió la epidemiología de la úlcera de los chicheros en Yucatán identificando al agente responsable como la *L.trópica mexicana*. En 1954 Floch distingue la *L.trópica guyanensis*, como agente del "Pian Bosque". Lainson y Shaw (1972) identificaron el agente de la forma cutánea difusa amazónica como perteneciente a la especie *L. mexicana amazonensis*.(15)

Los estudios de la Leishmaniasis en América fueron realizados por largos períodos de tiempo, los casos reportados tanto de casos cutáneos como mucocutáneos fueron realizados por los médicos, quienes se interesaron en los aspectos clínicos de la enfermedad. Estos reportes se extienden desde México, en el norte, hasta la Argentina, en el sur. Los reportes obviamente se han presentado de distintas formas y con mayor preponderancia en las áreas de las regiones boscosas y por eso ciertamente representa una zoonosis. Desde 1950 ha empezado a hablarse de los reservorios y vectores en las diferentes leishmanias de la región neotropical.(7,9)

La leishmania brasiliense, es la más importante en la salud pública de Bolivia, la enfermedad denominada "Espundia" es conocida en Bolivia por debajo de los 2000 metros sobre el nivel del mar. En general, la enfermedad presenta un fuerte polimorfismo epidemiológico relacionado a la ecología de los vectores, la identidad del parásito y a las actividades humanas.(7)

La leishmaniasis Mucocutanea es producida por el protozoario *L. braziliensis*

braziliensis, que es el agente de la "Espundia". Se encuentra desde el norte de la Argentina hasta Costa Rica, especialmente en Brasil, Ecuador, Perú, Bolivia, y Paraguay. Su reservorio más conocido es el roedor, *Lutzomya wellcomei*, es el mayor vector en el Brasil.(5)

En Bolivia, en las tierras bajas del Alto Beni y de Pando, la adquisición de la enfermedad se produce en el interior del bosque durante el día, ello afecta a las personas que ingresan al interior del monte para efectuar la recolección de productos de la selva y durante la tarea de desmonte. Es evidente que los hombres son más afectados que las mujeres. Los flebótomos que habitan próximos a la superficie del suelo son molestados por la intrusión del hombre en su medio y pican sobre todo en las piernas. En el lugar de inoculación, posteriormente se presenta la úlcera, a menudo única. Es evidente que el hombre va al encuentro del parásito. En las villas ubicadas en el claro del bosque la transmisión es baja o nula porque los vectores no tienen el comportamiento de abandonar la cubierta boscosa.

(8) En los yungas, la infección se produce dentro de las casas durante la noche. Los niños de ambos sexos son igualmente afectados y las lesiones sobre la cara son a menudo múltiples. El vector más sospechoso es la *L. nunestovari anglesi* que habita dentro de los cultivos de café y penetra en la vivienda después de las 22 horas. Se alimenta dentro de la habitación y abandona ésta antes del alba. Un comportamiento discreto ha ocultado largo tiempo su rol. Es probable que dentro de los fragmentos del monte primario residuales, que aún quedan, se produzca todavía la infección de sujetos adultos.(4,8,13)

No todas las infecciones evolucionan hacia las formas mucosas graves; solamente el 6,8 % de los casos en los yungas y el 5,5 % en el Alto Beni y 1,4 % en Pando siguen esta evolución. Con relación al parásito en el IBBA (Instituto Boliviano de Biología de la Altura) han sido aislados a partir de las lesiones cutáneas, de la amazonia, de los relieves preandinos, 26 cepas del corredor subandino, 4 cepas del alto Beni, y 5 cepas de los Yungas. La tipificación enzimática de estas cepas ha permitido agruparlas junto a la *Leishmanias braziliensis*. Se ha encontrado que 10 enzimas son discriminativas para distinguirlas de las otras especies de *VIANNIA*. (8,6)

La *leishmaniasis braziliensis* de Yapacaní tiene características biológicas y moleculares que muestran una variabilidad pronunciada en contraposición a la de los Yungas y el Alto Beni. La *Leishmaniasis braziliensis* se encuentra ampliamente

distribuida en la región tropical y subtropical.(4)

Los exámenes de laboratorio para el diagnóstico de Leishmaniasis Mucocutanea tienen por objeto tratar de poner en evidencia el agente causal. Los métodos utilizados con tal finalidad son: 1) directos, a través del examen parasitológico e histológico, y positividad de esta reacción permanente excepto en los casos tratados 2) indirectos, mediante procedimientos inmunológicos y serológicos.(16)

Existen dificultades para la evaluación parasitológica de esta enfermedad. La demostración del agente etiológico está limitada sólo a los casos recientes. Según Urjel y cols. (1980) se obtienen resultados positivos en el 100 % de lesiones de pocos días de evolución. La positividad disminuye a un 75 % en aquellas lesiones que tienen una evolución de 2 a 6 meses. Estos datos se observan en individuos que no han recibido ningún tratamiento, pues es evidente que el tratamiento modifica los resultados, haciendo desaparecer los parásitos de las lesiones. De acuerdo a Pessoa, en lesiones antiguas y en pacientes sometidos a tratamientos variados, la presencia de parásitos puede ser constatada a través de exámenes exhaustivos en apenas un 20 % de los casos.

Buss menciona que el índice de positividad obtenido por el examen de cortes histológicos muestra resultados comparables a los exámenes parasitológicos. Cuba (1979) menciona que la observación de amastigotes en cortes histológicos es difícil.

La intradermoreacción de Montenegro es positiva en cerca del 95 % de los casos y puede ser negativa en algunos casos de inmunosupresión. Según Trancredo esta reacción es positiva en un 82.4 % y las reacciones negativas se observan frecuentemente en infecciones recientes. Las reacciones fuertemente positivas se encuentran en infecciones de larga duración o en lesiones mucosas. La positividad de esta reacción permanece excepto en los casos tratados.(16)

### FORMAS CLINICAS

La patología es el resultado de la interacción de diversos factores: diferentes especies de Leishmania, respuesta individual del hombre (factores inmunológicos y genéticos), y factores ecológicos. La leishmaniasis del nuevo mundo puede presentar diversas manifestaciones clínicas: lesiones cutáneas únicas o múltiples, lesiones

cutáneas difusas, pseudo-lepromatosas, lesiones Mucocutanea, y en algunas ocasiones formas viscerales que afectan al sistema reticuloendotelial.(9)

La "Espundia" se presenta sobre todo en las zonas rurales, afectando a los trabajadores que desmontan la selva o que construyen los caminos. Los signos clínicos pueden sobrevenir después de un corto periodo de incubación de 20 días, la lesión inicial está constituida por una ulceración cutánea poco dolorosa con bordes levantados. Es posible encontrar lesiones múltiples en el cuerpo. Meses o años después pueden sobrevenir lesiones extensas y mutilantes. Es característica la afección de los cartilagos de la nariz o de la oreja, de los labios, y de la mucosa de la orofaringe, dando el aspecto de "nariz de tapir" o producir una perforación o una destrucción total del septum nasal. La afección esofágica, los trastornos de la nutrición, las sobreinfecciones, y los brotes extensivos pueden ser mortales.

La leishmaniasis Mucocutanea es un problema de salud pública en la región del trópico Cochabambino que tienen una población total de 198.887 habitantes de acuerdo al Instituto Nacional de Desarrollo sostenible 1992, de los cuales el 23,2 % viven en comunidades pequeñas semi urbanas y el 76,8 % son colonizadores que habitan en comunidades agrícolas y dispersas.(2)

Esta zona se caracteriza por ser una zona socioeconomicamente deprimida a lo que se suma la diversidad cultural de sus pobladores, por ser inmigrantes que proceden de valles interandinos y del altiplano por lo que presentan problemas de adaptación al medio tropical. Sumandose a esto la inexistencia de infraestructura caminera, carencia de escuelas, ausencia de Servicios básicos de saneamiento. (2)

El objetivo de este trabajo es establecer la epidemiología y la clínica de esta enfermedad, de los pacientes que fueron hospitalizados en el servicio de infectología a través de la revisión de las historias clínicas.

## **MATERIALES Y MÉTODOS.**

## **RESULTADOS**