

INFORME DE CASO

Leishmaniasis cutánea en Bolivia. Experiencia de cooperantes cubanos

Cutaneous leishmaniasis in Bolivia. Experience of Cuban doctors

Dra. Mayra López Milián¹, Dra. Lídice Ricardo Martínez², Lic. Margarita Rosario Méndez Cobas³

¹ Especialista de II Grado en Pediatría. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor. Máster en Atención al Adulto Mayor. Dirección Municipal de Salud Pública. Holguín. Cuba

³ Licenciada en Citohistopatología. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

RESUMEN

La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria con múltiples manifestaciones clínicas. Es causada por varias especies de protozoos pertenecientes al género *Leishmania*, transmitida por la picadura de flebótomos hembra del género *Lutzomyia*. El hallazgo clínico más frecuente es la presencia de una lesión bien delimitada en el punto de picadura de un vector infectado. Se presenta el caso de un paciente de 23 años de edad procedente de área urbana, en el cual la enfermedad inició como una pequeña y única lesión papulosa del cuello, dolorosa, que aumentó de tamaño y sufrió ulceración, por lo que su aspecto podía ser compatible con otras entidades clínicas. El esclarecimiento de la historia clínico epidemiológica, permitió la indicación de un frotis para la identificación de *Leishmania*, cuyo resultado informó la presencia de 1 a 10 parásitos por campo, compatible con leishmaniasis. Se impuso tratamiento con Glucantime a dosis de 20 mg/kg/día durante 20 días obteniéndose la remisión del cuadro clínico.

Palabras clave: leishmaniasis, flebótomo, *Lutzomyia*, úlcera

ABSTRACT

Leishmaniasis is a parasitic disease with multiple clinical manifestations. It is caused by several species of protozoa belonging to the genus *Leishmania*, transmitted by the bite of female sandflies of the genus *Lutzomyia*. The most frequent clinical finding is the presence of a well-defined lesion at the pitting point of an infected vector. It is presented the case of a 23-year-old patient from an urban area, where the disease started as a small and unique papular lesion of the neck, painful, enlarged and ulcerated, so that it could be Compatible with other clinical entities. Clarification of the epidemiological clinical history allowed the indication of a smear for the identification of *Leishmania*, whose result reported the presence of 1 to 10 parasites per field, compatible with leishmaniasis. Treatment with Glucantime was given at a dose of 20 mg/kg day for 20 days, obtaining the remission of the clinical picture.

Keywords: leishmaniasis; sandfly; *Lutzomyia*; ulcer

INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis es una zoonosis de amplia distribución mundial que afecta a muchos países, la mayoría de ellos en vías de desarrollo¹, representando un problema de salud pública en muchos países del Tercer Mundo.

La enfermedad es causada por una gran variedad de especies de protozoos pertenecientes al género *Leishmania*, y es transmitida a través de la picadura de flebótomos hembra pertenecientes al género *Lutzomyia*, teniendo varios patrones de comportamiento cada uno con características diferentes, así también se reconocen varias especies de protozoos de este genero cuyas características son también diferentes.²⁻⁵

En América Latina desde inicios de la pasada década, se ha descrito un incremento del número total de casos, con mayor rango de distribución por grupos de edades y un comportamiento semejante entre hombres y mujeres, llegando a afectar a familias enteras; todo ello apunta hacia la presencia de un patrón de transmisión intra y peridomiciliar, lo cual va en contra del criterio de enfermedad ocupacional.

Por nuestra parte creemos que quizás se haya producido una domesticación gradual del vector a través del tiempo, especialmente en áreas con una larga historia de colonización ya sea por adaptabilidad de

los diferentes componentes del ciclo o probablemente, por la presencia de nuevos reservorios secundarios, lo cierto es que se ha incrementado su transmisión. Todo ello ha condicionado la puesta en marcha de Programas de control en los países afectados.⁶ Para muchos investigadores esta teoría quizás no sea real, pero todos coinciden en relación a la etiología y la clasificación de la enfermedad.^{5,7}

La leishmaniasis posee múltiples manifestaciones clínicas y es considerada como una enfermedad endémica en Latinoamérica, reportándose altas prevalencias sobre todo en las zonas rurales y boscosas. El riesgo de padecer leishmaniasis, está dado principalmente por la presencia de determinados factores, entre ellos el sexo masculino en edad productiva, la vinculación a actividades agrícolas, ó extracción de madera, recolección de castañas, caza, pesca, trabajo en lavaderos de oro, actividades de investigación en la floresta tropical, el clima tropical, entre otros, por lo que aún es considerada como una enfermedad ocupacional.^{3,5,7,8}

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente CAMP, de sexo masculino, 24 años de edad, oriundo del departamento de Oruro, comerciante, sin antecedentes patológicos personales ni familiares de interés, el cual acude a consulta por presentar una lesión de un mes de evolución en la región lateral derecha del cuello, pequeña, ulcerada, acompañada (según refirió) de dolor ocasional. El paciente nos confesó haber realizado varios tratamientos médicos sin obtener mejoría alguna, y que, por el contrario, la lesión había experimentado aumento de tamaño en los últimos días. Nunca presentó (según sus palabras) variaciones sustanciales de la temperatura corporal.

Al realizarle el examen físico se constató como dato positivo la presencia de una lesión ulcerada de aproximadamente 1 cm de diámetro en región lateral derecha del cuello, bien delimitada, con bordes cruentos regulares y fondo eritematofibrinoso, levemente dolorosa a la manipulación (Figura 1). Además, nos llamó la atención la presencia de pequeñas adenopatías cervicales de consistencia elástica, no dolorosas, ni adheridas a planos profundos.

Por todo ello, se decidió interconsultar al paciente con el especialista cubano del servicio de Medicina Interna, con el objetivo de descartar la posibilidad de una ulcera tropical ó una tuberculosis extrapulmonar (esta última muy frecuente en Bolivia), o una leishmaniasis, aunque mantuvimos el pensamiento médico primariamente orientado hacia esta

última, nuestra duda estaba dada en el hecho de que el paciente procedía de Oruro, lugar donde no se han detectado casos autóctonos.



Figura.1. Paciente con leishmaniasis cutánea

A partir de dicha interconsulta, se indicaron y realizaron al paciente los exámenes complementarios, incluido un frotis de la lesión, elemento obligado para descartar la presencia de leishmanias. Este último fue realizado en SEDES-PANDO, institución de salud encargada del Programa de Leishmaniasis en nuestro departamento. Los resultados de los Exámenes complementarios se muestran a continuación:

Hemograma:

Hemoglobina: 122 g/L

Leucocitos: $9 \times 10^9/L$

Velocidad de sedimentación: 30 mm/h.

Radiografía de tórax: No alteraciones pleuropulmonares.

Ultrasonido abdominal: No alteraciones de órganos intrabdominales

Examen directo de frotis de la lesión: (+++++) Positivo

El resultado del frotis se interpretó de acuerdo a los criterios de la OMS:

- Resultado negativo (-) no se observan formas parasitarias en mil campos observados.
- Resultado positivo (+) observación ocasional de escasos amastigotes solos o en pequeños grupos intra o extracelulares, de 1 a 10 parásitos en mil campos observados.
- Resultado (++) observación de entre 1 y 10 amastigotes intra o extracelulares en 100 campos observados.

- Resultado (+++) observación de abundantes amastigotes en nidos intra o extracelulares ó de 1 a 10 amastigotes en 10 campos observados.
- Resultado (++++) observación de 1 a 10 parásitos por cada campo observado.
- Resultado (+++++) observación de 10 a 100 parásitos por cada campo observado.

Teniendo en cuenta el oficio del paciente, el cual le obligaba a viajar constantemente por el trópico, la clínica de la enfermedad, y el resultado de los exámenes realizados, se confirmó el diagnóstico de Leishmaniasis, por lo que se procedió a tomar las siguientes medidas:

- a) Notificación del caso y Encuesta epidemiológica.
- b) Aislamiento para evitar el acceso de vectores al individuo enfermo (recomendación acerca de mallas metálicas en las habitaciones de la casa donde se hospedaba en Pando, uso de mosquitero e insecticidas).
- c) Educación sanitaria al mismo con el compromiso de que este hiciera partícipe a la familia en Oruro.
- d) Indicación del tratamiento de 1era línea con glucantime a 20 mg/kg/día durante 20 días según el siguiente esquema: (20 x 62/81= 15 ml)
- e) 1 día: 20 % = 3.06 ml
- f) 2 día: 50 % = 3.65 ml
- g) 3 día: 75 % = 11.5 ml
- h) 4 día 100% =15.3 ml hasta los 20 días.
- i) Consultas de seguimiento.

En la valoración médica realizada al final del ciclo con glucantime, pudo comprobarse resolución del cuadro clínico.

DISCUSIÓN DE CASO

La Leishmaniasis tegumentaria americana (LTA) es una enfermedad de alta prevalencia en muchas áreas tropicales y subtropicales del continente, considerándose por algunos autores una enfermedad re-emergente y no controlada.^{9,10,11} Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que el 90.0 % de los casos se presentan en Brasil, Bolivia y Perú.^{12,13} Esta enfermedad constituye un grave problema de salud pública por los altos costos que representa en la esfera psicológica, social, cultural y económica tanto para el paciente como para su entorno familiar, considerándose por la OMS dentro de la categoría 1 para la investigación de nuevos métodos de prevención,

diagnóstico y tratamiento, a través del programa de Investigación y Entrenamiento en Enfermedades Tropicales.¹²

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹³ en su publicación correspondiente al cuaderno número 44 dedicado a la epidemiología y control de la Leishmaniasis, la misma ha aumentado notablemente durante los últimos 10 años, lo cual está en relación con las formas de vida de muchas poblaciones; la apertura indiscriminada de complejos turísticos, industriales y comerciales en áreas endémicas; el aumento acelerado del desempleo, causa de migraciones de personas con focos activos de leishmaniasis a centros más densamente poblados, y en la mayoría los casos sin información acerca de cómo protegerse ante la endemia. El análisis de estos factores causales en el resurgimiento de las enfermedades infecciosas en las Américas necesariamente debe verse a la luz del papel del estado y de las diferentes reformas sociales, políticas, económicas y sanitarias por las cuales la mayoría de los países de la región están cruzando.

Se han descrito diez especies de *Leishmania* que pueden producir comprometimiento cutáneo. La Leishmaniasis cutánea se conoce con diversos nombres locales: botón de oriente, bulla de Aleppo o de Delhi, uta o úlcera de los chicheros y Pian de los bosques. Los agentes causales son fundamentalmente *L. major* y *L. tropica* *L. mexicana* y *L. braziliensis*.^{7,9,11} Más del 70 % del territorio de Bolivia es área endémica de Leishmaniasis, sin embargo no se han reportado casos autóctonos en los departamentos de Oruro, Potosí y Chuquisaca.

El cuadro clínico^{8,10,14} se caracteriza por la aparición de una lesión cutánea bien demarcada al cabo de 1 a 4 semanas de la picadura del flebótomo, enmarcada en el punto de la picadura. Es posible la aparición de múltiples lesiones si se han producido varias picaduras, así como en casos de autoinoculación accidental o diseminación metastásica. La lesión inicial es una pápula que aumenta de tamaño, se ulcera en el centro y muchas veces desarrolla un borde elevado hiperpigmentado, en el que se concentran los parásitos intracelulares (Figura1). Las úlceras son indoloras y no causan síntomas sistémicos a menos que experimenten infección secundaria; las mismas cicatrizan generalmente de manera espontánea a lo largo de varios meses, y dejan una cicatriz deprimida. La evolución posterior depende de la cepa de microorganismo causal y del estado inmune del huésped infectado. El diagnóstico se establece por demostración de los microorganismos en extensiones teñidas con Giemsa o cultivos de raspados del borde elevado de la lesión cutánea^{6,9}. El tratamiento con glucantime es eficaz.¹⁰

Aunque en estos momentos diferentes descubrimientos desde el punto de vista inmunológico hablan a favor de mejoras en relación con el diagnóstico y el tratamiento de esta entidad, así como la creación de vacunas contra las diferentes formas clínicas tanto en animales como en el hombre,¹⁵⁻²¹ estas investigaciones en su mayoría se encuentran en fase experimental, por lo que, en nuestra opinión, la labor de prevención continua representando un papel cimero como estrategia para el control de la enfermedad.

CONSIDERACIONES FINALES

Se presenta el caso de un paciente afectado por leishmaniasis, el cual fue diagnosticado y tratado por médicos cubanos. Sobre el tema opinamos que la labor eficaz del personal de salud, a partir de la promoción y prevención de salud, actividades propias de la medicina comunitaria de la cual nuestros colaboradores internacionalistas son abanderados, podría modificar el panorama actual de Bolivia en cuanto a la incidencia y prevalencia de esta patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Basu R.; Bhaumik S.; Haldar A.K.; Naskar K. et al. Leishmaniasis Worldwide and Global Estimates of Its Incidence. *Infect Immun.* 2007 Dec;75(12):5956-66.
2. Colectivo de autores. Enfermedades Infecciosas. Cd de maestría. ENSAP. Cuba 2007.
3. De Muylder G.; Ang K.K.H.; Chen S.; Arkin M.R. et al. Leishmaniasis. *Negl Trop Dis.* 2011 Jul 19;5(7).
4. Del Rosal R.T., Baquero-Artigao F., García Miguel M.J. Leishmaniasis cutánea. *Rev Pediatr Aten Primaria* v.12 n.46 Madrid abr.-jun. 2010. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000300009&lang=pt
5. Felinto de Brito M. E.; Andrade M. S; Dantas-Torres F; Gomes Rodrigues E. et al. Cutaneous leishmaniasis in northeastern Brazil: a critical appraisal of studies conducted in State of Pernambuco. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* vol.45 no.4 Uberaba July/Aug. 2012 Epub July 26, 2012. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822012000400002&lang=pt

6. Fundação Nacional de Saúde. Manual de controle da leishmaniose tegumentar americana. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; 2000.
7. Garcez L. M.; Soares D. C.; Portela Chagas A.; Rodrigues de Souza G. C. et al. Etiology of cutaneous leishmaniasis and anthrophilic vectors in Juruti, Pará State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* vol.25 no.10 Rio de Janeiro Oct. 2009. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001000019&lang=pt
8. Martins Gomes C.; Oliveira de Moraes O.; Silva Leite A. S.; Ataíde Soares K. et al. Periungual leishmaniasis. *An. Bras. Dermatol.* vol.87 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2012. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962012000100024&lang=pt* Ulcera como enfermedad ocupacional
9. Mehta S.R.; Huang R.; Yang M.; Zhang X.Q. et al. Liposomal amphotericin B as a treatment for human leishmaniasis. *Clin Vaccine Immunol.* 2008 Dec;15(12):1764-70.
10. Montalvo Álvarez A. M. Leishmaniasis. Aspectos de interés sobre un parasitismo exótico. *Rev Cubana Hig Epidemiol* v.48 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2010. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000100009&lng=es&nrm=iso
11. Montalvo A. M., Fraga J., Monzote L., García M., et al. Diagnóstico de la leishmaniasis: de la observación microscópica del parásito a la detección del ADN. *Rev Cubana Med Trop* vol.64 no.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2012. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602012000200002&lng=es&nrm=iso
12. Organización Mundial de la Salud. Programme for the surveillance and control of leishmaniasis. <http://www.who.int/emc/diseases/leish/leishmaniasis.pdf>
13. Organización Panamericana de la Salud. Epidemiología y control de la leishmaniasis en las Américas por país o territorio. Cuaderno 44. <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/leishmaniasis.htm>
14. Passero L.F.D.; Carvalho A.K.; Bordon M.L.; Bonfim-Melo A. Systemic FasL and TRAIL Neutralisation Reduce Leishmaniasis Induced Skin Ulceration. *Parasit Vectors.* 2012 Mar 30;5:64.
15. Peters NC; Kimblin N; Secundino N; Kamhawi S; et al. Vector Transmission of Leishmania Abrogates Vaccine-Induced Protective Immunity. *PLoS Pathog.* 2009 Jun;5(6).
16. Ramírez L; Iborra S; Cortes J; Bonay P; et al. BALB/c Mice Vaccinated with Leishmania major Ribosomal Proteins Extracts Combined with CpG Oligodeoxynucleotides Become Resistant to Disease Caused by a Secondary Parasite Challenge. *J Biomed Biotechnol.* 2010;2010.

17. Ravindran R; Bhowmick S; Das A; Ali N. Comparison of BCG, MPL and cationic liposome adjuvant systems in leishmanial antigen vaccine formulations against murine visceral leishmaniasis. *BMC Microbiol.* 2010 Jun 24;10:181.
18. Risco G.; Oliva E; Fuentes González O.; Núñez F. Leishmaniosis cutánea en la Región Sanitaria No. 3, República de Honduras, enero 1998-septiembre 2002. *Rev Cubana Hig Epidemiol* v.47 n.2 Ciudad de la Habana mayo-ago. 2009. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032009000200005&lng=es&nrm=iso
19. Schriefer A; Wilson ME; Carvalho EM. Recent developments leading toward a paradigm switch in the diagnostic and therapeutic approach to human leishmaniasis. *Curr Opin Infect Dis.* 2008 Oct;21(5):483-8.
20. Schroeder J; Brown N; Kaye P; Aebischer T. Single Dose Novel Salmonella Vaccine Enhances Resistance against Visceralizing L. major and L. donovani Infection in Susceptible BALB/c Mice. *PLoS Negl Trop Dis.* 2011 Dec 27;5(12).
21. Silva LA; Romero HD; Nogueira Nascentes GA; Costa RT; et al. Antileishmania Immunological Tests for Asymptomatic Subjects Living in a Visceral Leishmaniasis-Endemic Area in Brazil. *Am J Trop Med Hyg.* 2011 Feb 04;84(2):261-6.

Recibido: 16 de mayo de 2013

Aprobado: 18 de julio de 2013

Dra. Mayra López Milián. Facultad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba. **Email:** mayra@infosol.gtm.sld.cu