



Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat i Seguretat Social
Direcció General de Salut Pública

Travessera de les Corts, 131-159
Pavelló Ave Maria
08028 Barcelona
Tel 93 227 29 00
Fax 93 227 29 90
www.gencat.es/sanitat

PROTOCOL D'ACTUACIÓ PER AL CONTROL DE MALALTIES PARASITÀRIES EN IMMIGRANTS

Juliol de 2001

Han elaborat aquest document:

Neus Camps. Delegació Territorial de Sanitat i Seguretat Social a Girona,
Neus Cardeñosa. Direcció General de Salut Pública. Departament de Sanitat i
Seguretat Social.

Manel Corachan. Unitat de Malalties Tropicals. Hospital Clínic i Provincial de
Barcelona.

Àngela Domínguez. Direcció General de Salut Pública. Departament de Sanitat
i Seguretat Social.

M.Teresa Faixedas. Regió Sanitària de Girona. Servei Català de la Salut.

Patricio Garrido. Direcció General de Salut Pública. Departament de Sanitat i
Seguretat Social.

Jordi Gómez. Unitat de Malalties Tropicals, Importades i Vacunacions
Internacionals. Institut Català de la Salut.

ÍNDEX

1. INTRODUCCIÓ	3
2. PROTOCOL DE CRIBRATGE DE PARASITOSIS EN IMMIGRANTS ASIMPTOMÀTICS.....	4
3. PROTOCOL D'ACTUACIÓ DAVANT DE PACIENTS QUE PRESENTEN EOSINOFÍLIA	5
4. PROTOCOL D'ACTUACIÓ DAVANT DE PACIENTS SENSE EOSINOFÍLIA	9
5. TRACTAMENT	11
6. MALÀRIA (PALUDISME)	13
7. LEISHMANIOSI	16

1. INTRODUCCIÓ

Aquest protocol d'actuació per al control de les malalties parasitàries en immigrants pretén facilitar als professionals sanitaris que treballen en l'atenció primària de salut uns criteris bàsics que els permetin descartar, o diagnosticar i tractar, algunes malalties que són més freqüents en els immigrants de determinades àrees que en la població autòctona de Catalunya.

Es presenta, en primer lloc, un protocol comú de cribratge per aplicar a les persones asimptomàtiques però que poden estar parasitades, independentment de la zona de procedència (taula 1).

A continuació es detallen els cribratges específics que s'han de fer segons la zona de procedència (taula 2).

A l'apartat 3 es presenten les possibles etiologies en què cal pensar davant de pacients que presenten eosinofília acompanyada de: a) dolor abdominal o diarrea (taula 3); b) alteracions dèrmiques o de parts toves (taula 4); c) infiltrat pulmonar (taula 5). També es descriuen les proves que han de realitzar-se per poder diagnosticar aquestes malalties.

A l'apartat 4 (taules 6, 7 i 8) es presenten les principals parasitosis que cursen sense eosinofília segons el seu quadre clínic i la distribució geogràfica.

A l'apartat 5 es proporciona un resum dels tractaments d'elecció per a les malalties parasitàries que es presenten en aquest protocol d'actuació.

Finalment, en els apartats 6 i 7 es presenten l'epidemiologia, el quadre clínic, el diagnòstic i el tractament de dues malalties (malària i leishmaniosi) que, per la seva freqüència i gravetat, mereixen un abordatge diferenciat.

2. PROTOCOL DE CRIBRATGE DE PARASITOSIS EN IMMIGRANTS ASIMPTOMÀTICS

Aquest protocol està pensat per poder detectar en immigrants asimptomàtics certes patologies que podrien romandre asimptomàtiques però que seria important de diagnosticar des del punt de vista de la salut individual i, de vegades, comunitària.

A la taula número 1 es mostra el protocol comú de cribratge per a qualsevol immigrant de zones endèmiques de malalties parasitàries, i a la taula número 2 les especificitats de les proves parasitològiques que cal fer segons el lloc de procedència.

Taula 1. PROTOCOL COMÚ DE CRIBRATGE

	LABORATORI	PARASITOLOGIA
IMMIGRANT ASIMPTOMÀTIC	ANALÍTICA BÀSICA¹	SEGONS LA ZONA²

¹ Hemograma, recompte i fórmula, proves hepàtiques (GOT, GPT, γ -GT i fosfatases alcalines), renals (urea i creatinina) i glicèmia.

²Segons la zona (vegeu la taula 2).

Taula 2. CRIBRATGE SEGONS LA ZONA DE PROCEDÈNCIA

	ADULTS	NENS < 5 ANYS
ÀFRICA DEL NORD I ÀSIA OCCIDENTAL	ESTUDI COPROPARASITOLÒGIC³	ESTUDI COPROPARASITOLÒGIC³
ÀFRICA SUBSAHARIANA	GOTA GROSSA, EXTENSIÓ DE SANG, SEDIMENT D'ORINA, ESTUDI UOPARASITOLÒGIC I COPROPARASITOLÒGIC²	ESTUDI COPROPARASITOLÒGIC³
SUD-EST ASIÀTIC, ÀSIA ORIENTAL I PACÍFIC	ESTUDI COPROPARASITOLÒGIC³	ESTUDI COPROPARASITOLÒGIC³
ÀSIA DEL SUD, AMÈRIQUES	ESTUDI COPROPARASITOLÒGIC³	ESTUDI COPROPARASITOLÒGIC³

³ Dos estudis coproparasitològics amb una diferència de 2-3 dies.

3. PROTOCOL D'ACTUACIÓ DAVANT DE PACIENTS IMMIGRANTS QUE PRESENTEN EOSINOFÍLIA

Sempre que el total d'eosinòfils superi el nombre de 500 s'haurà de procedir a fer un cribratge de parasitosis.

Tot i que l'eosinofília es relaciona normalment amb parasitosis, s'ha d'aclarir que la produeixen els paràsits pluricel·lulars. Els unicel·lulars -com els protozous- no provoquen eosinofília, amb l'excepció de *Dientamoeba fragilis* i el coccidis *Isospora belli*. Els helmints són els que produeixen les eosinofílies més elevades i d'entre aquests destaquen: *Strongyloides*, *Toxocara*, *Trichinella*, *Onchocerca*, *Loa loa*, i *Wuchereria bancrofti* quan produeix l'eosinofília pulmonar.

L'eosinofília en una parasitosis sol ser irregular; apareix només quan els paràsits es troben en fase d'activitat tissular. Per això la seva absència no indica que el pacient no estigui parasitat, llevat que es tracti d'una absència que es demostra repetidament.

A la taula 3 es mostren les diferents parasitosis que cursen amb eosinofília i dolor abdominal o diarrea segons la seva distribució i la presència d'altres manifestacions clíniques; i a la taula 4, les helmintiasis que cursen amb eosinofília i alteracions dèrmiques o de parts toves.

Taula 3. PARASITOSIS AMB EOSINOFÍLIA I DOLOR ABDOMINAL O DIARREA

Malaltia	Quadre clínic	Distribució
Anquilostomosi (infecció severa)	Anèmia, duodenitis, insuficiència cardíaca	Cosmopolita
Angiostrongilosi per <i>Angiostrongylus costaricensis</i>	Dolor abdominal, pseudotumors a la fossa ilíaca dreta	Amèrica Central
Anisaquiasi	Esofagitis, epigastràlgies	Cosmopolita
Capil·lariasi <i>Capillaria philippinensis</i>	Mala absorció	Sud-est asiàtic
Clonorquiosi <i>Clonorchis sinensis</i>	Colangitis, colangiocarcinoma	Sud-est asiàtic
Enterobiosi	Pruïja anal, colitis	Cosmopolita
Equinococcosi	Dolor abdominal, quists hepàtics o pulmonars	Cosmopolita
Esquistosomosi (<i>S. mansoni</i> , <i>S. japonicum</i> , <i>S. mekongi</i>)	Diarrea amb sang, poliposi colònica, hipertensió portal	Amèrica Llatina i Àfrica (<i>S. mansoni</i>) Àsia (<i>S. japonicum</i>). Sud-est asiàtic (<i>S. mekongi</i>)
Estrongiloïdosi	Mala absorció, diarrea	Cosmopolita. Frequent en el Sud-est asiàtic
Fasciolosi <i>Fasciola hepatica</i>	Icterícia obstructiva	Cosmopolita. Altiplà bolivià
Fasciolopsiosi <i>Fasciolopsis buski</i>	Duodenitis	Sud-est asiàtic
Isosporiasi	Mala absorció, diarrea	Cosmopolita
Toxocarosi	Larva migrant visceral, afectació del fetge i els pulmons	Cosmopolita
Tricuriosi <i>Trichuris trichiura</i>	Diarrea, anèmia, prolapse rectal	Cosmopolita
Triquinel·losi	Diarrea, miàlgies, edema facial	Cosmopolita

Taula 4. HELMINTIASIS AMB EOSINOFÍLIA I ALTERACIONS DÈRMIQUES O DE PARTS TOVES

Malaltia	Quadre clínic	Distribució
Ascariosi	Crisi asmàtica, urticària (rara)	Cosmopolita
Coenurosi	Nòdul subcutani, únic	Sud-est asiàtic
Cisticercosi	Nòduls mòbils, múltiples. Afectació del SNC	Cosmopolita
Dracunculosi	Trajecte visible irregular. Obertura amb úlcera dolorosa	Àfrica. Orient Mitjà. Índia
Equinococcosi	Nòduls subcutanis tous de diferents mides, urticària	Cosmopolita
Esparganosi	Edemes dolorosos migratoris	Sud-est asiàtic
Estrongiloïdosi	Larva corrent (lesions pruriginoses migratòries i serpiginoses amb migracions curtes)	Cosmopolita. Frequent al Sud-est asiàtic
Filariosi		
<i>Loa loa</i>	Edemes transitoris i que canvien d'extremitat. Possible passatge conjuntival.	Àfrica de l'Oest
<i>Mansonella perstans</i>	Edemes transitoris que canvien d'extremitat.	
<i>Onchocerca volvulus</i>	Dermatitis papular crònica. Nòduls subcutanis adherits al periosti.	Àfrica de l'Oest i Central
<i>Wuchereria bancrofti</i>	Limfadenitis recurrent, hidrocele. elefantiasi.	Àfrica, Índia
<i>Brugia malayi</i>	Limfadenitis recurrent centrífuga, elefantiasi.	Sud-est asiàtic, Pacífic
<i>B. timori</i>	Hidrocele, elefantiasi	
Gnatostomosi	Urticària, edemes, panniculitis	Sud-est asiàtic
Larva migrant visceral	Urticària	Cosmopolita
Triquinel·losi	Urticària, edema orbital, miàlgia	Cosmopolita

EOSINOFÍLIA I FEBRE

L'eosinofília i la febre poden no tenir cap relació encara que apareguin conjuntament, com en el cas d'una infecció febril per protozous (malària, tripanosomosi, leishmaniosi) que a més va acompanyada d'una infecció per nematodes.

En altres ocasions ambdós paràmetres participen d'una mateixa entitat com seria el cas d'infecció per larva migrant visceral, limfangitis i filariosi limfàtica o infiltrats pulmonars i paragonimosi. En aquest últim cas cal recordar que la paragonimosi (Sud-est asiàtic, Amèrica Llatina, Àfrica) és, a més, causa freqüent d'hemoptisi.

A la taula 5 es recullen els agents causants de parasitosis que cursen amb eosinofília i infiltrat pulmonar.

Taula 5. AGENTS CAUSANTS DE PARASITOSI AMB EOSINOFÍLIA I INFILTRAT PULMONAR

- NEMATODES:
 - *W. bancrofti*
 - *A. lumbricoides*
 - *Ancylostoma/Necator*
 - *Toxocara sp*
 - *Strongyloides stercoralis*
- TREMATODES:
 - *Schistosoma sp*
 - *Paragonimus sp*
- CESTODES:
 - *Taenia sp*
 - *Echinococcus sp*

ESTUDI DE L'EOSINOFÍLIA

Per descartar una parasitosis en persones de risc, cal que en el nivell de l'atenció primària

- S'estudiï la parasitologia en la femta (parasitosis que cursen amb dolor abdominal i/o diarrees). Anàlisi de dues mostres amb una separació de 2-3 dies i repetir si el resultat és negatiu.

- S'analitzi el sediment d'orina terminal, si se sospita de la presència d'*S. haematobium*.

Requeriran derivació a centres especialitzats els casos següents:

- Microfilàries:
 - Gota fresca de sang diürna: *Loa loa*, *M. perstans*
 - Gota fresca nocturna: *W. bancrofti*
- *Onchocerca volvulus*:
 - “Snip” (extracció de mostra) epidèrmica.
 - Prova de Mazzotti (reacció papular després de DEC (dietilcarbamazina))
- *Strongyloides stercoralis*: endoscòpia + aspiració suc duodenal. Cultiu.
- Esquistosomosi digestiva (*Schistosoma sp*): si el resultat de les proves i la resta de paràmetres són negatius, s'haurà de fer un “snip” rectal.
- Esquistosomosi, cisticercosi, equinococcosi, fasciolosi, toxocarosi: la serologia hi està indicada en pacients amb història de risc.

4. PROTOCOL D'ACTUACIÓ DAVANT DE PACIENTS SENSE EOSINOFÍLIA

En aquest apartat es presenta el quadre clínic i la distribució de les parasitosis intestinals (taula 6), parasitosis amb febre (taula 7) i treponemosis endèmiques que no són malalties de transmissió sexual (MTS) (taula 8).

Taula 6. PARASITOSIS INTESTINALS

Malaltia	Quadre clínic	Distribució
Amebosi <i>Entamoeba histolytica</i>	Amebosi invasiva, disenteria. abscés hepàtic amèbic, febre	Cosmopolita, sobretot al tròpic
Cripto esporidiosi <i>Cryptosporidium sp</i>	Diarrea, dolor abdominal, pèrdua de pes	Cosmopolita
Ciclosporiasi <i>Cyclospora cayetanensis</i>	Diarrea, vòmits, pèrdua de pes	Cosmopolita
Giardiosi	Diarrea, dolor abdominal, síndrome de mala absorció	Cosmopolita

Taula 7. PARASITOSIS AMB FEBRE

Malaltia	Quadre clínic ¹	Distribució
Leishmaniosi	(Vegeu el capítol 7)	(Vegeu el capítol 7)
Paludisme	(Vegeu el capítol 6)	(Vegeu el capítol 6)
Toxoplasmosi	Síndrome mononucleòsica. Afectació del SNC	Cosmopolita
Tripanosomosi africana	Xancre d'inoculació, eritema migratori, manifestacions neurològiques tardanes	Àfrica tropical
Tripanosomosi americana (malaltia de Chagas)	Fase aguda: Xancre d'inoculació, edema palpebral, miocarditis. Fase crònica: miocardiopatia, visceromegàlies	Mèxic, Amèrica Central i del Sud

¹Es tracta de les manifestacions clíniques que es presenten a més de la febre.

Taula 8. TREPONEMOSIS ENDÈMIQUES QUE NO SÓN MALALTIES DE TRANSMISSIÓ SEXUAL (MTS)

Malaltia	Quadre clínic	Distribució
Pian <i>Treponema pertenue</i>	Lesions cutànies (màcules, pàpules, nafres) i òssies	Àfrica, Amèrica del Sud, Carib. SE d'Àsia, Pacífic
Pinta <i>Treponema carateum</i>	Lesions cutànies, despigmentació, hiperpigmentació, plaques	Amèrica Central, Amèrica del Sud, Mèxic
<i>Begel</i> (sífilis endèmica) <i>Treponema pallidum</i>	Lesions cutànies (màcules, pàpules, nafres) i òssies	Àfrica sahariana, Àsia

5. TRACTAMENT

A continuació es presenta una taula resum de les malalties parasitàries abans comentades i el tractament d'elecció.

Taula 9. TRACTAMENT

Malaltia	Tractament	Dosi
Amebosi <i>E. histolytica</i>	Asintomàtica: paramomicina LLeu-moderada: metronidazole Infecció intestinal greu, abscess hepàtic (hospitalització): metronidazole seguit de paramomicina	500 mg/8 h durant 20 dies 500-750 mg/8 h durant 10 dies 750 mg/8 h durant 10 dies 500 mg/8 h durant 20 dies
Angiostrongilosi <i>A. cantonensis</i> <i>A. costaricensis</i>	Cirurgia	
Anisaquiasi	Cirurgia Aspiració per endoscòpia	
Anquilostomosi	Mebendazole	100 mg/12 h durant 3 dies
Ascariosi	Mebendazole	100 mg/12 h durant 3 dies (o 500 mg un cop)
Capil·lariasi	Mebendazole	200 mg/12 h durant 20 dies
Ciclosporiasi	Trimetoprim-sulfametoxazole	TMP 160 mg SMX 800 mg/12 h durant 7 dies
Cisticercosi	Albendazole o Praziquantel	400 mg/12 h durant 8-30 dies repetir si és necessari 50 mg/kg/dia en tres dosis durant 15 dies
Clonorquiosi	Praziquantel o Albendazole	75 mg/kg/dia en 3 dosis 1 dia 10 mg/kg durant 7 dies
Coenurosi	Cirurgia	
Criptosporidiosi	Paramomicina	25 -35 mg/kg/dia en 3-4 dosis
Dracunculosi	Extracció progressiva	
Enterobiosi	Pamoat de pirantel o Mebendazole	11 mg/kg 1 cop (màx. 1g) repetir a les 2 setmanes 100 mg 1 cop, repetir a les 2 setmanes
Equinococcosi <i>E. granulosus</i> <i>E. multilocularis</i>	Albendazole Cirurgia	400 mg/12 h durant 28 dies repetir si és necessari
Esparganosi	Cirurgia	
Esquistosomosi <i>S. haematobium, S. mansoni</i> <i>S. japonicum, S. mekongi</i>	Praziquantel Praziquantel	40 mg/kg/dia en 2 dosis 1 dia 60 mg/kg/dia en 3 dosis 1 dia

Estrongiloïdosi	Ivermectina o Albendazole	200 µg/kg/dia durant 1-2 dies 400 mg 3 dies
Fasciolosi	Bitionol	30-50 mg/kg en dies alterns fins a 10-15 dosis
Fascioloïpsiosi	Praziquantel	75 mg/kg/dia en 3 dosis 1 dia
Filariosi <i>W. bancrofti, B. malayi</i> <i>Loa loa</i> <i>M. perstans</i> <i>O. volvulus</i> Eosinofilia pulmonar per <i>W. bancrofti</i>	Dietilcarbamazina Dietilcarbamazina Mebendazole Ivermectina Dietilcarbamazina	Dia 1: 50 mg, p.c. Dia 2: 50 mg/8 h Dia 3: 100 mg/8 h Dies 4-14: 2 mg/kg/8 h Dia 1: 50 mg, oral, p.c. Dia 2: 50 mg/8 h Dia 3: 100 mg/8 h Dies 4-21: 2 mg/kg/8 h 100 mg/12 h durant 30 dies 150 µg/kg 1 cop cada 6 –12 mesos 6 mg/kg/8 h 14 dies
Giardiosi	Metronidazole Timidazole	250 mg/8 h durant 5 dies 2 g dosi única
Gnatostomosi	Cirurgia o Albendazole	400 mg/12 h durant 21 dies
Isosporiasi	Trimetoprim-sulfametoxazole	160 mg TMP 800 mg SMX/6 h durant 10 dies, després /12 h 3 setmanes
Larva migrant visceral	Dietilcarbamazina	6 mg/kg/d en 3 dosis 7-10 dies
Paragonimosi	Praziquantel	75 mg/kg/d 3 dosis 2 dies
Toxoplasmosi	Pirimetamina + + sulfadiazina	25-100 mg/dia durant 3-4 setmanes 1-1,5 g/6 h durant 3-4 setmanes
Treponemosi no MTS	Penicil·lina G benzatina	1,2 milions UI im (dosi única)
Tricuriosi	Mebendazole	100 mg/12 h durant 3 dies o 500 mg en 1 cop
Tripanosomosi Chagas Africana Tardana (afectació SNC)	Tractament hospitalari Fase aguda: Nifurtimox Suramina Pentamidina Melarsoprol	8-10 mg/kg/dia 3-4 dosis 90-120 dies 100-200 mg IV (dosi de prova) 1g IV dies 1,3,7,14 i 21 4 mg/kg durant 10 dies 2-3,6 mg/kg/dia IV 3 dies després d'una setmana 3,6 mg/kg/dia IV durant 3 dies i repetir als 10-21 dies
Triquinel·losi	Mebendazole Prednisona	200-400 mg/8 h 3 dies seguit de 400 mg/8 h 10 dies 1g/kg/dia 5 dies (especialment en cas de miositis o miocarditis importants)

6. MALÀRIA (PALUDISME)

Epidemiologia de la malaltia

És una infecció produïda pel protozous intracel·lular *Plasmodium*, del qual hi ha quatre espècies: *P. vivax*, *P. ovale*, *P. falciparum* i *P. malariae*.

L'agent transmissor és la femella del mosquit *Anopheles sp.* Hi ha 250 milions de persones infectades només en el continent africà i és la novena causa de mortalitat en els països del Tercer Món. A Europa, només a algunes zones rurals de Turquia (Anatòlia) i a alguns estats de l'antiga URSS hi ha paludisme autòcton (tan sols *P. vivax*); en canvi, a la Unió Europea sorgeixen cada any de 10.000 a 15.000 casos de paludisme importat. A Catalunya, es varen registrar 150 casos de paludisme durant l'any 2000.

Quadre clínic

Els quatre tipus de malària humana presenten uns símptomes molt similars a l'inici, fet que en dificulta molt la diferenciació sense estudis de laboratori. El patró febril dels primers dies d'infecció és molt semblant al d'altres malalties bacterianes, víriques o parasitàries.

Les manifestacions clíniques es caracteritzen per l'accés febril, l'esplenomegàlia i l'anèmia.

La forma més greu és la produïda per *P. falciparum*, capaç de produir la malària cerebral i altres complicacions greus. *P. vivax* i *P. ovale* produeixen formes més lleus, però poden presentar recurrències a intervals fins a 7 anys després d'abandonar el país endèmic. Les infeccions per *P. malariae* poden presentar episodis febrils fins a 50 anys després de la infecció. En aquest cas, cal tenir present que els nens poden tenir, com a complicació, una síndrome nefròtica.

Diagnòstic

El diagnòstic es realitza mitjançant la demostració de l'agent etiològic per gota grossa i extensió de sang.

Cal recordar que la sospita diagnòstica de malària ja és objecte de declaració obligatòria de manera individualitzada.

Les persones immigrades de països endèmics de *P. falciparum* poden estar infectades i no presentar cap tipus de simptomatologia a causa de l'exposició constant al plasmodi en el seu medi i presentar la malaltia un cop transcorreguts uns mesos des de la seva arribada.

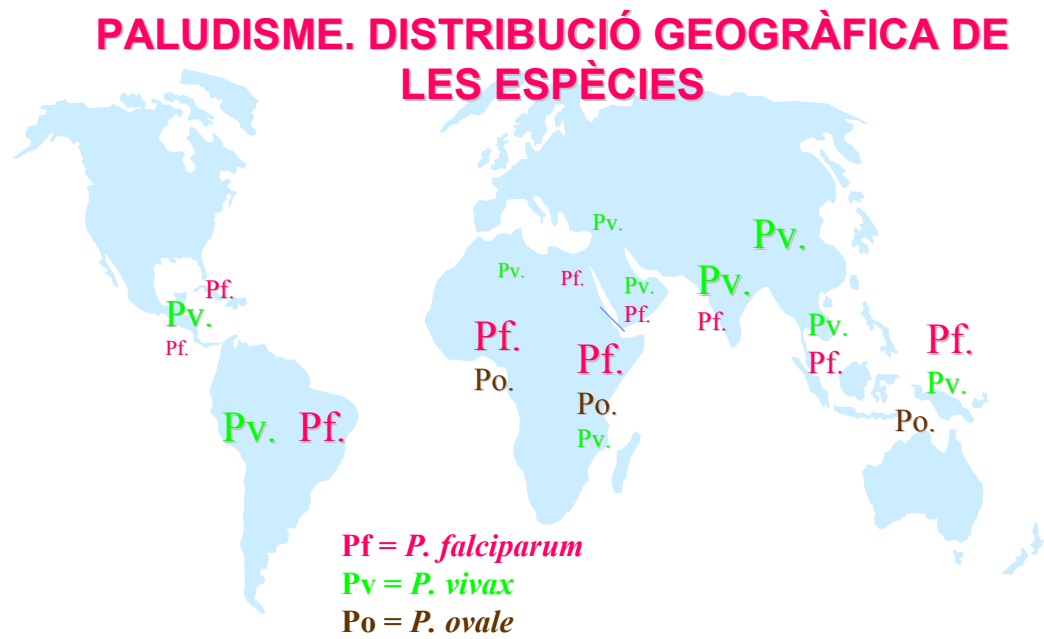
Tractament

El tractament més utilitzat si l'agent causal és *P. falciparum* consisteix en l'administració de quinina (10 mg/kg/8 h durant 5 dies) més doxiciclina (100 mg/12 h/5 dies) en asimptomàtics i malalts simptomàtics en bon estat. La quinina no es comercialitza a Espanya. Algunes farmàcies hospitalàries la preparen. Es recomana consultar amb un centre especialitzat abans d'iniciar el tractament ja que sovint és causa d'ingrés.

En els nens i les embarassades cal substituir la doxiciclina per la clindamicina.

Si l'agent causal és *P. vivax* o *P. ovale* el tractament és a base de cloroquina seguida de primaquina. La primaquina tampoc no es comercialitza a Espanya i s'ha de sol·licitar com a medicament estranger. Abans de l'administració de primaquina s'ha de comprovar que el pacient no tingui un dèficit de G6PD.

Distribució geogràfica



Mida de la lletra proporcional amb la prevalença de l'espècie.

6. LEISHMANIOSI

Epidemiologia de la malaltia

És una infecció produïda per protozous del gènere *Leishmania*, en el qual es poden diferenciar 7 complexos diferents (*L. donovani*, *L. tropica*, *L. major*, *L. aethiopica*, *L. mexicana*, *L. braziliensis* i *L. guyanensis*) portadors de les espècies responsables de la patologia humana.

L'agent transmissor és la femella d'un dípter de mida petita de la subfamília *Phlebotominae*; se'n diferencia el gènere segons si es troba en el Nou Món (continent americà) (gènere *Lutzomyia*) o en el Vell Món (gènere *Phlebotomus*).

Les leishmaniosis són endèmiques en 88 països (72 dels quals són països no desenvolupats o en vies de desenvolupament), principalment de la zones tropicals i subtropicals. La incidència anual de nous casos és d'uns 2 milions (1,5 milions de leishmaniosis cutànies (LC) i 500.0000 de leishmaniosis visceral (LV)).

- El 90% de tots els casos de LV es donen a Bangladesh, el Brasil, l'Índia, el Nepal i el Sudan.
- El 90% de tots els casos de LMC es donen a Bolívia, el Brasil i el Perú.
- El 90% de les LC es donen a l'Afganistan, el Brasil, l'Iran, el Perú, l'Aràbia Saudita i Síria.

Quadre clínic

Les formes clíniques són diferents depenent de l'espècie de *Leishmania* implicada; de forma general podríem diferenciar-ne tres: la leishmaniosi visceral, la leishmaniosi cutània i la leishmaniosi mucocutània.

La leishmaniosi visceral (LV) és produïda per les espècies del complex *L. donovani*. *L. infantum* és l'espècie causant de l'LV a la nostra zona. Les manifestacions clíniques (febre, anorèxia, hepatoesplenomegàlia, hipergammaglobulinèmia) són similars independentment de l'espècie causal, però cal saber que en alguns països com a l'Índia, Kenya i la Xina s'han trobat resistències al tractament amb antimonials, i també, en un percentatge variable, han aparegut casos d'una leishmaniosi dèrmica desfiguradora post-*kala-azar* (PKDL).

Les leishmanioses cutànies (LC) poden provocar des d'una lesió simple -un nòdul amb crosta en el centre i autolimitat, "botó de l'Orient"-, a lesions múltiples, ulcerades, amb més tendència a cronificar-se i que poden arribar a ser desfiguradores. Les presentacions clíniques varien segons les espècies implicades i, en general, les que es troben al Nou Món presenten més tendència a cronificar-se i a ser més desfiguradores. Algunes vegades es poden observar limfangitis ascendents i aparició de lesions satèl·lits (leishmànides).

Les leishmanioses mucocutànies (LMC) per *L. braziliensis* i *L. panamensis* produeixen lesions amb metàstasis a teixits mucosos amb destrucció de cartílags nasals i del paladar tou. Són molt desfiguradores.

Diagnòstic

El diagnòstic es basa en l'observació del paràsit a les mostres clíniques (aspiracions de medul·la òssia, melsa, de les vores de les lesions,...) o bé per mitjà de l'aïllament per cultiu.

Cal recordar que la sospita diagnòstica ja és objecte de declaració obligatòria de manera individualitzada.

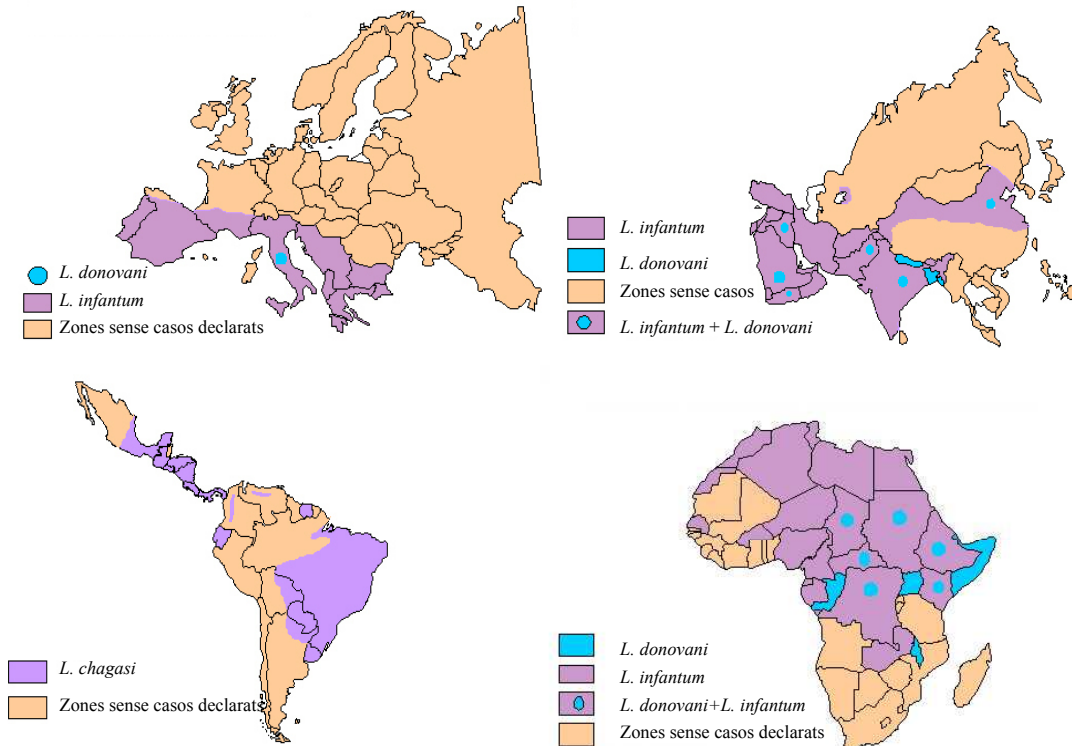
Tractament

La leishmaniosi visceral requereix posar-se en contacte amb centres de referència.

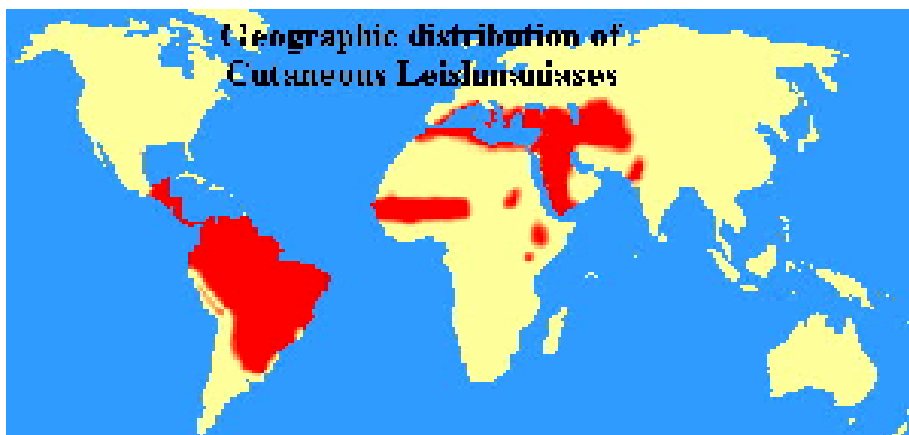
El tractament d'elecció és a base d'antimonials: l'antimonat de meglumina (Glucantime) o l'estibogluconat de sodi (Pentostam) (20 mg/kg/dia durant 20-28 dies) i com a tractaments alternatius: l'amfotericina B (0,5-1 mg/kg/dia fins a 1-3 g), l'amfotericina B complex lipídic (15-20 mg/kg en 5 dies), la pentamidina (4 mg/kg diaris o cada dos dies fins a 15 dosis), els antimonials + al·lopurinol (7mg/kg/8 h).

Distribució geogràfica

Leishmaniosi visceral:



Leishmaniosis cutània i mucocutània:



Nou Món:
Espècies dels complexos *L. mexicana*
L. braziliensis
L. guyanensis

Vell Món:
Espècies *L. infantum*
L. major
L. tropica
L. aethiopica