

Caracterización clínico-epidemiológica de la leishmaniasis cutánea. UBS Manápolis, Rio Preto da Eva, Amazonas, Brasil

Clinical-Epidemiological Characterization of the Cutaneous Leishmaniasis.
UBS Manápolis, Rio Preto da Eva, Amazonas, Brazil

Carlos Manuel Collado Hernández¹ y Vivian Pérez Núñez²

¹ Profesor asistente, Servicio de Cirugía Plástica y Caumatología, Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Celia Sánchez Manduley.

² Profesor asistente, Hospital Provincial Psiquiátrico Docente Comandante Manuel Fajardo Rivero.

Fecha de aceptación: diciembre, 2018

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: la leishmaniasis es una enfermedad de zonas tropicales y subtropicales causada por el género *Leishmania* spp. Puede presentarse en animales domésticos o silvestres. En humanos aparece en tres formas clínicas: cutánea, mucocutánea y visceral.

OBJETIVO: describir las características clínicas y epidemiológicas de la leishmaniasis cutánea en Manápolis, Rio Preto da Eva, Amazonas, Brasil.

MÉTODO: se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte longitudinal en la Unidad Básica de Salud (UBS) de Manápolis de enero de 2014 a mayo de 2016. Se determinaron las variables: edad, sexo, localización de la lesión, método de tratamiento y seguimiento.

RESULTADOS: 26 pacientes presentaron lesiones, los grupos de edad entre 15 a 29 y 30 a 44 años fueron los que las tuvieron con mayor frecuencia, 53.85 y 26.92%; y en cuanto al sexo masculino, 50 y 23.07%, respectivamente. Las regiones anatómicas más comúnmente lesionadas fueron los miembros superiores (65.38%) y la cara (57.92%). El tratamiento más utilizado fue antimonio de meglumina con 96.15%, y la mayor cantidad de pacientes (84.62%) fueron tratados de forma ambulatoria, todos con resolución de las lesiones.

CONCLUSIONES: los pacientes hombres en edades de 15 a 29 y 30 a 44 años fueron los de mayor frecuencia; las lesiones predominaron en la cara y los miembros inferiores; en su mayoría fueron tratados con antimonio de meglumina y de manera ambulatoria.

PALABRAS CLAVE: leishmaniasis cutánea, epidemiología, promoción de la salud.

ABSTRACT

INTRODUCTION: leishmaniasis is a disease of tropical and subtropical areas, caused by the genus *Leishmania* spp. It can occur in domestic or wild animals. In humans it is presented in three clinical forms: cutaneous, mucocutaneous and visceral.

OBJECTIVE: to describe the clinical epidemiological characteristics of cutaneous leishmaniasis in Manápolis, Rio Preto da Eva, Amazona, Brazil.

METHOD: a descriptive, retrospective and longitudinal study was carried out in the Basic Health Unit of Manápolis from January 2014 to May 2016. The variables were determined: age, sex, affected area, treatment method and follow-up.

RESULTS: 26 patients presented lesions, groups of ages between 15-29 years and 30-44 years were the ones with the highest frequency, 53.85 and 26.92%, and the male sex 50 and 23.07%, respectively. The most frequently injured anatomical limbs were 65.38% and the face 57.92%. The main treatment used was meglumine antimonate with 96.15%, the largest number of patients were treated on an outpatient basis with 84.62%, all patients with clinical resolution.

CONCLUSIONS: the male sex, ages 15-29 years and 30-44 years were the most frequent, predominantly the lesions on the face and lower limbs, were treated mostly with meglumine antimonate and ambulatory.

KEYWORDS: cutaneous leishmaniasis, epidemiology, health promotion.

CORRESPONDENCIA

Dr. Carlos Manuel Collado Hernández ■ vivicollado2013@gmail.com
Manzanillo, Granma, Cuba

Introducción

Afinales del siglo XIX, y de manera independiente, Cunningham, Borovsky, Leishman, Donovan, Wright, Lindenberg y Vianna identificaron el parásito causante de la leishmaniasis, y fue Ronald Ross quien le dio el nombre genérico de *Leishmania*. En 1904 el parásito fue aislado en niños que padecían anemia secundaria a esplenomegalia. Ocho años después, el médico brasileño Carini logró aislar *Leishmania* en las lesiones mucosas de pacientes con leishmaniasis, y en 1940 se demostró la transmisión de la enfermedad por los flebótomos (dípteros nematóceros de la familia Psychodidae conocidos como moscas de arena). Durante los años siguientes se han esclarecido las características clínicas y la distribución geográfica de la enfermedad.¹

La leishmaniasis tiene una distribución mundial y es endémica en alrededor de 90 países localizados en el sur de Europa, América Central, Sudamérica, África, Medio Oriente y Asia. En Argentina la enfermedad se presenta en Salta, Jujuy, Tucumán, Chaco, Formosa, Santiago del Estero, Corrientes y Misiones, y se extiende a los países limítrofes con dichas provincias, como Bolivia, Brasil y Paraguay. Se cree que alrededor de 350 millones de personas se encuentran en riesgo de contraer la enfermedad, con una incidencia estimada de dos millones de casos nuevos al año, con predominio de la forma cutánea por encima de la visceral.¹ En Panamá está considerada un problema de salud emergente ya que se estima que hay entre mil y tres mil nuevos casos por año.^{2,3} En 2011, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportó a Panamá como el país con más alto índice de leishmaniasis cutánea por cien mil habitantes en el continente americano.⁴

La leishmaniasis es una enfermedad de zonas tropicales^{5,6} y subtropicales, causada por un protozoó del orden Kinetoplastida, familia Trypanosomatidae, género *Leishmania* spp. con múltiples especies y alta diversidad fenotípica. Se transmite al ser humano por la picadura de *Phlebotomus* spp. en África, Europa y Asia, y *Lutzomyia* spp. en América.⁷ Se ha estimado que de las 400 especies de *Lutzomyia* que existen en América, aproximadamente 70 están implicadas en la transmisión de *Leishmania*. El conocimiento sobre la fauna flebotómica no sólo genera información potencialmente relevante para la entomología médica, sino también conocimientos sobre biogeografía, procesos de especiación e identificación de áreas prioritarias.⁸

Puede presentarse en animales domésticos como el perro,^{9,10} roedores,¹¹ o silvestres como el oso perezoso, la zarigüeya y pequeños mamíferos.⁵ La leishmaniasis puede aparecer en tres formas clínicas: cutánea, mucocutánea y

visceral. En la leishmaniasis cutánea los parásitos se difunden localmente causando una pústula eritematosa que evoluciona a úlceras con cicatrices permanentes; en América es causada primordialmente por *Leishmania peruviana*, *L. guyanensis*, *L. panamensis*, *L. braziliensis*, *L. amazonensis* y *L. mexicana*, mientras que en África, Europa y Asia por *L. major*, *L. tropica* y *L. aethiopica*.⁵

Las lesiones cutáneas de esta dermatosis pueden ser únicas o múltiples, y en general se presentan como úlceras de bordes elevados, indoloras, que pueden o no estar cubiertas por un exudado. Es posible que cicatricen espontáneamente en el término de semanas o meses, o persistir durante un año o más. También se pueden presentar como formas vegetantes, verrugosas o en placas.¹²

La leishmaniasis como enfermedad parasitaria constituye un problema social en los países de América Central y del Sur, donde las condiciones socioeconómicas en que vive una parte importante de la población aumentan el riesgo de enfermarse, al vivir en zonas de focos naturales, con poco acceso a los servicios de salud. Por esa razón, esta afección constituye un serio problema de salud, cuyo conocimiento es de gran importancia para los médicos que cumplen misiones internacionales en estas áreas de los países endémicos.¹³

El objetivo de este estudio es describir las características clínico-epidemiológicas de la leishmaniasis cutánea en la UBS Manápolis, Rio Preto da Eva, Amazonas, Brasil.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte longitudinal en la Unidad Básica de Salud (UBS) de Manápolis en el periodo de enero de 2014 a mayo de 2016, con la finalidad de conocer las características clínico-epidemiológicas de los pacientes que acudieron a consulta por lesiones en la piel y a quienes se les diagnosticó leishmaniasis cutánea.

Se determinaron las siguientes variables: edad (grupos de edades con intervalos de 15 años), sexo (femenino y masculino), localización de la lesión (cara, tronco, miembros superiores, miembros inferiores), método de tratamiento (antimonio de meglumina o fluconazol) y seguimiento del tratamiento (ambulatorio y hospitalizado).

Para la recolección de los datos se elaboró un formulario donde se vaciaron los mismos después de revisar las historias clínicas de todos los pacientes que acudieron por accidentes. Esta encuesta se diseñó para procesarla en computadora mediante estadística descriptiva en el programa Microsoft Office Excel 2007, se obtuvieron números absolutos y porcentajes que se expresaron en tablas creados para este efecto.

Resultados

En la tabla 1 se muestra que del total de población atendida en la UBS Manápolis, 26 pacientes presentaron lesiones por leishmaniasis cutánea, es decir, 2.03%.

Los grupos de edad entre 15 a 29 y 30 a 44 años fueron los que presentaron mayor frecuencia de la enfermedad con 53.85 y 26.92%, respectivamente (tabla 2), estos mismos grupos coincidieron con el predominio del sexo masculino: 13 pacientes (50%) y seis pacientes (23.07%).

En la tabla 3 se muestra que la región anatómica donde aparecieron con más frecuencia las lesiones de piel de la enfermedad fueron los miembros superiores con 17 casos (65.38%) y la cara con 15 casos (57.92%).

El tratamiento principal que se utilizó en estos pacientes fue el de antimoniato de meglumina (Glucantime®) en 25 pacientes, 96.15% (tabla 4), igualmente, la mayor cantidad de enfermos fueron tratados de forma ambulatoria con 22 casos, 84.62%, todos con resolución de las lesiones.

Discusión

La escasa divulgación de las causas y medidas de protección en el caso de la leishmaniasis cutánea en las diferentes regiones, ya sea por falta de recursos financieros o equipos de salud, o incluso donde éstos existen, la poca preparación de los mismos puede traer como consecuencia la falta de información de la enfermedad y, por ende, la aparición de mayor número de casos o, por otro lado, las personas que viven en zonas endémicas no acuden a consultas de salud donde pueden darles orientación y tratamiento, esto lleva a subregistros de la enfermedad. En nuestro estudio, una vez que se empezó la atención médica de forma estable, la cual nunca había existido, se comenzaron a diagnosticar los primeros casos.

Estos factores han permitido identificar algunos aspectos dentro de los sistemas de creencias frente al agente causal, el diagnóstico y el tratamiento, muchos de ellos fundamentados en el desconocimiento del origen de la enfermedad, lo que la convierte en causa de estigma para las personas que la padecen.¹⁴

Al existir en nuestro estudio un predominio de la leishmaniasis cutánea en las edades laborales, y dentro de ellos los del sexo masculino,^{15,16} así como que éstos viven en zonas rurales, lo relacionamos con el trabajo agrícola que ellos realizan en estas zonas selváticas donde el vector de la enfermedad está presente. En otros estudios se muestra el carácter ocupacional de estos territorios, en

Tabla 1. Distribución de pacientes con leishmaniasis cutánea según población.

POBLACIÓN	NÚM.	%
Población total	1 282	100
Pacientes con leishmaniasis cutánea	26	2.03

Tabla 2. Distribución de pacientes con leishmaniasis cutánea según grupo de edad y sexo.

GRUPO DE EDAD	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	NÚM.	%	NÚM.	%	NÚM.	%
Menores de 15 años	0	0	2	7.70	2	7.70
15-29 años	1	3.85	13	50	14	53.85
30-44 años	1	3.85	6	23.07	7	26.92
45-59 años	0	0	3	11.53	3	11.53
Total	2	7.70	24	92.30	26	100

Tabla 3. Distribución de pacientes con leishmaniasis cutánea según localización anatómica.

LOCALIZACIÓN ANATÓMICA (N = 26)	NÚM.	%
Cara	15	57.92
Tronco	8	30.77
Miembros superiores	17	65.38
Miembros inferiores	3	11.53

Tabla 4. Distribución de pacientes con leishmaniasis cutánea según tratamiento y seguimiento

TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO					
	AMBULATORIO		HOSPITALIZADOS		TOTAL	
	NÚM.	%	NÚM.	%	NÚM.	%
Antimoniato de meglumina (Glucantime®)	21	80.77	4	15.38	25	96.15
Fluconazol	1	3.85	0	0	1	3.85
Total	22	84.62	4	15.38	26	100

relación con la práctica agrícola en zonas rurales. Nuestra investigación es consistente con estudios realizados en otras áreas como Minas Gerais, en Brasil, donde la selva favorece para los focos de leishmaniasis cutánea.¹⁷

En nuestro estudio las lesiones cutáneas se presentaron principalmente en la cara y en las extremidades superiores, pero también a nivel del tronco y, en menor número, en las extremidades inferiores, así que inferimos que esta situación se debe a que dichas regiones no se protegen con ropa adecuada cuando se encuentran laborando en zonas selváticas y endémicas de esta enfermedad. En investigaciones similares también se muestran estas zonas anatómicas como de mayor frecuencia de las lesiones, sobre todo en la cara¹⁸ y los miembros superiores.^{19,20}

En ocasiones es difícil el tratamiento para la leishmaniasis cutánea. Existen muchas opciones terapéuticas, pero los antimoniales pentavalentes por vía sistémica son la primera línea de tratamiento, y la anfotericina B es la segunda elección. Otras opciones son: pentamidina, interferón, alopurinol, rifampicina, dapsona, inmunoterapia y fármacos antifúngicos, como los azoles (ketocanazol, fluconazol, itraconazol). Los tratamientos tópicos incluyen paromomicina al 15%, inyección intralesional de antimoniales pentavalente, ketoconazol, bleomicina, anfotericina B e imiquimod. Los tratamientos físicos pueden ser curetaje, extirpación quirúrgica, crioterapia, electrotterapia y la cirugía láser.²¹⁻²⁴

Los antimoniales pentavalentes, principalmente el antimonato de meglumina y el estibogluconato sódico, presentan fallas terapéuticas ligadas a la baja adherencia o resistencia primaria atribuible al uso de dosis subterapéuticas. A esto se suma la presencia de efectos adversos como: vómito, diarrea, artralgias, mialgias, cefalea, dolor abdominal, astenia, disnea, exantema, eritema, edema facial, urticaria y pancreatitis. La anfotericina B y la pentamidina se utilizan como alternativa a la terapia de antimonio; sin embargo, tienen efectos adversos significativos.

En nuestro estudio, los pacientes que fue necesario hospitalizar para el tratamiento estuvieron relacionados con efectos adversos que presentaron al inicio del tratamiento, y en los cuales se tomó la decisión de mantenerlos internados con el objetivo de dar seguimiento y tratamiento oportuno a los mismos. En la actualidad, la primera elección de tratamiento para la leishmaniasis cutánea en nuestra región es el antimonato de meglumina como lo refieren otros autores.¹⁹ Todos tuvieron resolución total de las lesiones cutáneas, incluido el caso tratado con fluconazol, con resultados satisfactorios que coinciden con otros estudios.¹²

Conclusiones

El sexo masculino, los grupos de edad de 15 a 29 y 30 a 44 años fueron los que presentaron mayor frecuencia de la enfermedad, predominando las lesiones en la cara y los miembros inferiores, fueron tratados en su mayoría con antimonato de meglumina y de manera ambulatoria.

Es necesario mejorar los mecanismos de promoción y educación para la salud mediante los medios de difusión masiva, el Sistema Nacional de Salud y la preparación de los equipos de salud que atienden estas áreas endémicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Rossi MM, Lombardi V e Itatí Minvielle A, Leishmaniasis tegumentaria, *Arch Argent Dermatol* 2014; 64(6):246-53. Disponible en: <http://www.archivosdermatolog.org.ar/Uploads/246%20Forum.pdf>.
- González K, Calzada JE, Saldaña A, Rigg CA, Alvarado G, Rodríguez Herrera B et al, Survey of wild mammal hosts of cutaneous leishmaniasis parasites in Panama and Costa Rica, *Trop Med Health* 2015; 43:75-8.
- González K, Díaz R, Ferreira AF, García V, Paz H, Calzada JE et al, Histopathological characteristics of cutaneous lesions caused by *Leishmania Viannia panamensis* in Panama, *Rev Inst Med Trop São Paulo* 2018; 60. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/riamtsp/v60/1678-9946-riamtsp-S1678-9946201860008.pdf>.
- Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, Informe final: segunda reunión de gerentes de programas de leishmaniasis de las Américas, Ciudad de Panamá, 8 al 10 de octubre de 2013, Washington, OPS-OMS, 2014.
- López Carvajal L, Palacio Barco MA y Cardona Arias JA, Eficacia de los azoles en el tratamiento de la leishmaniasis cutánea, *Archivos de Medicina* 2016; 12(2). Disponible en: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/eficacia-de-los-azoles-en-el-tratamiento-de-la-leishmaniasis-cutanea.pdf>.
- Sánchez Macías N y Falcón Ramírez Y, Leishmaniasis cutánea. Presentación de un paciente, *Acta Médica del Centro* 2014; 8(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2014/mec14j.pdf>.
- De Souza R, Ferreira A, Andreoli RV, Kayano MT y Carvalho AL, American cutaneous leishmaniasis cases in the metropolitan region of Manaus, Brazil: association with climate variables over time, *Geospat Health* 2015; 1(35):32-6.
- Nieves E, Oraá L, Rondón Y, Sánchez M, Sánchez Y, Rujano M et al, Riesgo de transmisión de *Leishmania* (Kinetoplastida: Trypanosomatidae) en Mérida, Venezuela, *Avan Biomed* 2014; 3(2):57-64. Disponible en: <http://www.redaly.org/pdf/3313/33131850008.pdf>.
- Sosa Ochoa W, Morales Cortedano X, Argüello S, Zuniga C, Henríquez J, Mejía R et al, Ecoepidemiología de la leishmaniasis cutánea no ulcerada en Honduras, *Revista Ciencia y Tecnología* 2014; 14:115-28. Disponible en: <https://www.lamjol.info/index.php/RCT/article/download/1799/1604>.
- Paternina Tuiran LE, Díaz Olmos YA, Paternina Gómez M, Carrillo Bonilla LM, Vélez ID y Bejerano EE, Detección de anticuerpos anti-*Leishmania* (Trypanosomatidae) en poblaciones caninas del departamento de Sucre, Colombia, *Acta biol Colomb* 2016; 21(1):183-8. Disponible en: https://revistas.unal.edu.co/index.php/actabiol/article/download/48845/21%281%29pdf_art19.
- Ruiz Martín I, Mejía Nieto M, López Fernández P y Zubillaga Rodríguez I, Leishmaniasis mucocutánea en paciente inmunocompetente: a propósito de un caso, *Rev Esp Cir Oral Maxilo Fac* 2018; 40(1):41-3. Disponible en: <http://scielo.iscii.es/pdf/maxi/v40n1/1130-0558-maxi-40-01-00041.pdf>.

12. Gioconda G, Valderrama AM y Ávila Cárdenas J, Leishmaniasis cutánea. A propósito de un caso con buena respuesta al fluconazol, *Med Cutan Iber Lat Am* 2015; 43(3):226-8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2015/mc153m.pdf>.
13. Ponce Barahona OA y Caballero Castro HR, Leishmaniasis cutánea, *Acta Pediátrica Hondureña* 2015; 5(1-2). Disponible en: <https://www.lam-jol.info/index.php/PEDIATRICA/article/download/2258/2038>.
14. Patiño Londoño SY, Salazar LM, Tovar Acero C y Vélez Bernal ID, Aspectos socioepidemiológicos y culturales de la leishmaniasis cutánea: concepciones, actitudes y prácticas en las poblaciones de Tierralta y Valencia (Córdoba, Colombia), *Salud Colectiva* 2017; 13(1):123-38. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2017.v13n1/123-138/es>.
15. Torres Guerrero E, Quintanilla Cedillo MR, Ruiz Esmenaud J y Arenas R, Leishmaniasis: a review, *F1000Res* 2017; 6:750.
16. Sánchez Cárdenas CD, Carabajosa J, Aquino M y Arenas R, Leishmaniasis cutánea: presentación atípica en un adolescente, *Dermatología CMQ* 2017; 15(3):173-5.
17. Dias Temponi AO, Gontijo de Brito M, Lencine Ferraz M, De Araújo Diniz S, Silva MX y Neves da Cunha T, Ocorrência de casos de leishmaniose tegumentar americana: uma análise multivariada dos circuitos espaciais de produção, Minas Gerais, Brasil, 2007 a 2011, *Cad Saúde Pública* 2018; 34(2):e00165716. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n2/e00165716/pt>.
18. Condori Huaraka C, Atamari Anahui N, Huamán Achahui RM y Morales Concha L, Carcinoma epidermoide infiltrante en cara en paciente con antecedente de leishmaniasis cutánea. Reporte de un caso, *Rev Argent Dermatol* 2017; 98(2). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2017000200003.
19. Mancheno Valencia A, Cabezas Arteaga J, Sacoto Alzaga K y Arenas Guzmán R, Caso clínico: leishmaniasis cutánea diseminada (LCD), *Gac Med Mex* 2017; 153:251-4. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2017/gm172n.pdf>
20. Blum Domínguez SC, Martínez Vázquez A, Núñez Oreza LA, Martínez Hernández F, Villalobos G y Tamay Segovia P, Leishmaniasis cutánea difusa (LCD) y visceral (LV) concurrentes con cáncer: presentación de un caso, *Gac Med Mex* 2017; 153:121-4. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2017/gm171q.pdf>.
21. Consigli J, Daniello C, Gallerano V, Papa M y Guidi A, Cutaneous leishmaniasis: successful treatment with itraconazole, *Int J Dermatol* 2006; 45:46-9.
22. Baroni A, Aiello FS, Vozza A, Vozza G, Faccenda F, Brasiello M et al, Cutaneous leishmaniasis treated with itraconazole, *Dermatol Ther* 2009; 22(Suppl 1): 27-9.
23. Minodier P y Parola P, Cutaneous leishmaniasis treatment, *Travel Med Infect Dis* 2007; 5(3):150-8.
24. Castaño MB, Consigli J, López Gamboa VR y Pereyra S, Leishmaniasis cutánea con buena respuesta al tratamiento con itraconazol, *Med Cutan Iber Lat Am* 2017; 45(2):134-6. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2017/mc172h.pdf>.

