

Leishmaniasis cutánea. Experiencia en el Hospital Central Militar

M.C. Ma. Eugenia **Solloa-Roncero***, Mayor M.C. Ma. del Carmen **Magaña-Ramírez****,
Tte. Aux. M.C. Alfredo **Vera-Páramo****, Tte. Cor. M.C. Clemente Alejandro **Moreno-Collado*****
Tte. Cor. M.C. Rosa Elba **Benuto-Aguilar******, Mayor M.C. Eduardo **Zamora-Santos****

Hospital Central Militar. Ciudad de México.

RESUMEN. *Objetivo.* Conocer la frecuencia y el comportamiento clínico de la leishmaniasis cutánea en el Servicio de Dermatología del Hospital Central Militar. *Material y método:* Estudio retrospectivo, longitudinal, observacional, analizando los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de leishmaniasis en el Hospital Central Militar en el periodo comprendido de enero de 1993 a diciembre de 1998, estudiando la historia clínica, los antecedentes de estancia en área endémica y los tratamientos recibidos. *Resultados.* Se analizaron 39 expedientes. Todos los pacientes del sexo masculino, con edad entre 1 y 38 años, promedio de 22.2. Todos con antecedente de haber estado en Chiapas por un lapso de 7 meses previo al inicio de la enfermedad. El periodo de incubación en promedio fue de 4.8 meses. En el cuadro clínico la topografía más frecuente con 40.98% fue la cabeza, ($p < 0.05$) y de ella los pabellones auriculares. La morfología más frecuente fue la úlcera con 61.53% ($p < 0.06$), predominando las lesiones únicas. El tamaño de las lesiones varió de 4 mm a 4 cm siendo lo más frecuente la úlcera entre 1-2 cm de diámetro ($p < 0.05$). Se utilizaron los siguientes tratamientos: glucantime en 27 pacientes, la termoterapia en 25 pacientes y ambos en 16 pacientes. Se observó recidiva en cinco pacientes a los cuales se agregó itraconazol y/o alopurinol con buena evolución. *Conclusión.* Los resultados encontrados concuerdan con los datos de otras instituciones de salud en México donde la leishmaniasis cutánea de lesión única (úlcera) en pabellón auricular es la presentación más frecuente.

Palabras clave: Leishmaniasis, México.

SUMMARY. *Objective.* To observe the frequency and clinical behavior of cutaneous leishmaniasis in the Department of Dermatology of The Military Hospital. *Material and method.* We conducted a retrospective, observational and longitudinal study analyzing charts those patients diagnosed with leishmaniasis in the period from January, 1993 to December, 1998, studying the clinical history, the antecedent of have been at the endemic area, as well as those treatments received. *Results.* We analyzed 39 charts. All patients were male, from 1-38 years of age (mean 22.2), all of them had been in Chiapas for at least 7 months prior to the development of the disease. Incubation period was 4.8 months. Of the clinical history, the topography affected most of the time was the head ($p < 0.05$), predominantly the outer ear: The morphology most of the time was the presence of a unique ulcer ($p < 0.06$), whose diameter ranged between 1 and 2 cm ($p < 0.05$). The treatments varied a lot, but what was mostly used, was glucantime in 27 patients, and thermotherapy in 25 patients or both in 16 patients. The intradermoreaction was positive in 34 patients. Only 5 patients had a leishmaniasis cutanea recidivans, who were treated with allopurinol or itraconazol successfully. *Conclusion.* These results are similar to those published by other institutions in Mexico, were the most frequent presentation of leishmaniasis is the unique ulcer of the outer ear.

Key words: Leishmaniasis, Mexico.

* Residente de 2º año del curso de residencia y Especialización en Dermatología de la Escuela Militar de Graduados de Sanidad y Hospital Central Militar.

** Adscrito al servicio de Dermatología del Hospital Central Militar.

*** Profesor Emérito de la Escuela Médico Militar.

**** Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital Central Militar.

Correspondencia:

Aptdo. Postal 35-516. Lomas de Sotelo. C.P. 11642. México, D.F.

Recibido: Mayo 24, 2000.

Aceptado: Enero, 24 2001.

La primera descripción clínica de la leishmaniasis, fue realizada por Alexander Russell en 1756, después de la exploración de un paciente turco afectado. Existen figuras de cerámica que datan del primer siglo D.C. y que presentan mutilaciones en la cara y que parecen corresponder a pacientes con leishmaniasis. En 1903 Leishman y Donovan describieron al agente causal del Kala-azar. En 1926, Montenegro realizó un extracto de promastigotes y lo inyectó por vía intradérmica para el diagnóstico de la enfermedad y hasta el momento se utiliza con este fin. En 1953 Biagi, describió a la *L. tropica*

mexicana y la consideró una subespecie de la *L. braziliensis*. Desde 1987 a la actualidad Velasco y cols. han realizado la mayor parte de las investigaciones en México al respecto.⁹

Se considera una de las seis enfermedades tropicales más importantes para la OMS, y la segunda parasitosis de importancia en América Latina por lo que representa un verdadero problema de salud pública.^{1,2}

En el Ejército Mexicano, a partir del 1° de enero de 1994, se presentaron movimientos del personal militar de diferentes regiones del país hacia el estado de Chiapas, con desplazamientos hacia el área selvática, condicionando un incremento en la incidencia de enfermedades infecciosas entre las cuales figura la leishmaniasis.⁶

Es causada por protozoarios del orden *Kinetoplastida*, familia *Trypanosomatidae*. Presentan dos formas básicas en su ciclo vital, los amastigotes, estructuras afalageladas que se encuentran habitualmente dentro de los macrófagos infectados en los seres humanos y los promastigotes, estructuras flageladas que se encuentran en el vector o artrópodo. Se menciona una tercera forma llamada paramastigote, la cual se considera una forma transicional pero hasta el momento no se han establecido sus características.

El vector de la leishmaniasis son moscas de arena, pequeños dípteros pilosos, de la familia *Phlebotominae*, que en América pertenecen al género *Lutzomyia*. Son conocidas vulgarmente como papalotillas, y se describen como mosquitos de 3-5 mm de longitud, que realizan sus vuelos cortos y que atraviesan las redes para mosquitos habituales.

El reservorio de los parásitos son los roedores silvestres para la leishmaniasis tegumentaria y para la visceral los caninos silvestres y domésticos.⁹

La leishmaniasis cutánea consiste en un espectro clínico determinado por la especie del parásito involucrado y la eficacia de la respuesta inmune del huésped. Los factores responsables del desenlace de la infección humana no están bien dilucidados pero se sabe que dependen de la inmunidad celular.⁷

Formas clínicas

Leishmaniasis cutánea localizada: también conocida como úlcera de los chichleros, se caracteriza por la presencia de un nódulo pequeño que posteriormente se ulcera, dicha úlcera habitualmente es única, de forma redondeada, de bordes indurados, fondo limpio e indolora, y aparece aproximadamente 15-20 días después del piquete de la mosca. Tiende a la curación espontánea en 6 meses a 2 años excepto cuando se localiza en orejas que es crónica y en ocasiones mutilante.³

Leishmaniasis cutánea difusa: Se inicia habitualmente por un nódulo que se ulcera y por vía linfática, hematógena, o por contigüidad se disemina hacia diversas partes del cuerpo habitualmente respetando palmas, plantas, axilas, ingles y genitales. Esta forma no es autolimitada y se caracteriza por la característica anergia cutánea específica (Figuras 1 y 2).

Leishmaniasis mucocutánea: Se caracteriza por la presencia de úlceras o nódulos en mucosas, más frecuentemente

en nariz, boca, faringe y laringe y, por tanto, en ocasiones se acompaña de dolor y de alteraciones a la deglución y para la fonación. Dichas lesiones son dolorosas y no se autolimitan.

Leishmaniasis visceral: Es causada por *L. donovani* y se caracteriza por fiebre, malestar general, anorexia, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia, pancitopenia y linfadenopatía. Es un cuadro aparatoso y puede ser grave si no se instala el tratamiento precozmente.^{5,10}

El diagnóstico de la enfermedad se basa en un alto índice de sospecha clínica, y en estudios de laboratorio que demuestren la presencia del parásito, como son la impronta, la biopsia, o ambas (Figura 3) donde se debe identificar la presencia del amastigote (dentro de macrófagos) que consta de dos estructuras citoplásmicas importantes como son el núcleo y el cinetoplasto; por otro lado, se puede aislar el parásito mediante cultivos especializados como el NNN o Nakamura que no se cuenta con ellos en muchos sitios.

Otras técnicas más especializadas son la PCR, inmunodifusión, inmunofluorescencia o ELISA.

Hay tres tipos de tratamiento en general:



Figura 1. Paciente con lesión nodular en cuello de 4 mm de diámetro.



Figura 2. Paciente con úlcera de fondo limpio, con bordes bien delimitados.

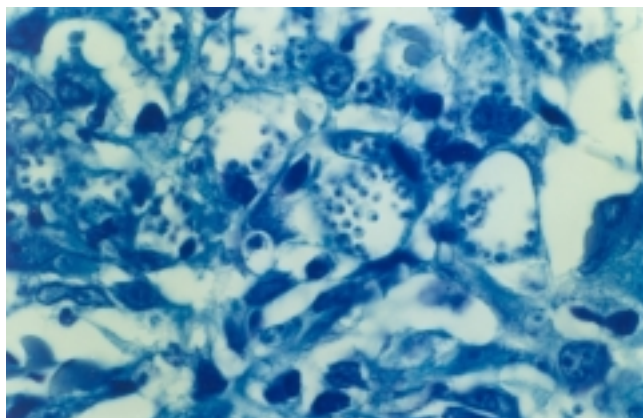


Figura 3. Biopsia cutánea que muestra macrófagos con cuerpos de Leishman-Donovan.

- 1) Físico: Entre los cuales destaca la termoterapia, el más utilizado, el curetaje, la crioterapia, y la resección quirúrgica.
- 2) Tópico: Se considera de primera elección la aplicación de glucantime intralesional o bien la utilización de pentostam, la dosis que se aplica es de 1 mL/cm² de lesión.
- 3) Sistémico: Indicado para la leishmaniasis visceral, utilizándose glucantime a dosis de 20 mg/kg/día durante 3 semanas, lo cual lleva a una curación de 75-90% de los pacientes. En los casos resistentes se puede utilizar anfotericina B, pentamidina e imidazoles.

En la actualidad se están llevando a cabo múltiples estudios en cuanto a la utilización de inmunoterapia para la prevención de la enfermedad.^{4,8}

Debido a que es un problema de salud frecuente, se realizó el siguiente estudio de investigación para conocer la frecuencia y el comportamiento clínico de la enfermedad en el departamento de Dermatología del Hospital Central Militar.

Material y método

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, longitudinal analizando los expedientes de casos clínicos diagnosticados como leishmaniasis en el periodo comprendido entre enero de 1993 a diciembre de 1998. De dichos expedientes se recabaron datos relativos a la historia clínica general, tales como; edad, sexo, ocupación, lugar de residencia y de origen, tiempo de estancia en área endémica, historia de enfermedades previas, y específicamente datos con relación a la dermatosis, como son la topografía, morfología, evolución, tratamientos instituidos y factores de riesgo para dicha enfermedad.

El análisis estadístico incluyó la descripción porcentual de las variables así como un análisis de varianza de una sola vía (ANOVA).

Resultados

Se analizaron 48 expedientes, sin embargo se excluyeron nueve por no estar completos o por no haberse podido esta-

blecer el diagnóstico definitivo de leishmaniasis, quedando así 39 casos revisados.

Todos los pacientes pertenecieron al sexo masculino, todos militares en activo o derechohabientes de militar, con edades entre 2 hasta 38 años, con promedio de 22.2 años. La mayor parte de ellos en el grupo de edad entre 20-29 años (66%) seguido de 10-19 años (20%), después juntos el de 0-9 y 30-39 años con 7% cada uno.

Todos tenían el antecedente de estancia en Chiapas durante el desarrollo de la enfermedad o previo a ello, por un lapso de siete meses en promedio o bien con residencia en el estado.

El periodo de incubación varió de 10 días hasta 2 años, con un promedio de 4.8 meses. La mayor parte de los enfermos tuvo un periodo de incubación de 2-6 meses, y el menor número fue el de menos de un mes y entre 12-17 meses. Dicha diferencia resultó estadísticamente significativa ($p < 0.00678$).

La topografía más frecuente en términos estadísticamente significativos de la dermatosis fue la cabeza, constituyendo 40.98% ($p < 0.05$), de ellos 10 pacientes presentando lesiones en los pabellones auriculares y seis en cara de predominio en mejillas, seguido de extremidades superiores con 33.3% (13 casos), posteriormente las extremidades inferiores con 17.9% (7 casos), seguido de tórax y región sacroiliaca con 7.69% y 5.1%, respectivamente.

Sólo hubo un caso de leishmaniasis visceral que correspondió a un niño de un año de edad originario de Chiapas y que fue trasladado al Hospital Central Militar por fiebre en estudio y al realizársele un aspirado de médula ósea se encontraron abundantes macrófagos con parásitos en su interior.

La morfología más frecuente fue la presencia de úlceras con 61.5% (27 casos) ($p < 0.006$), seguido de nódulo en 12.8% (5 casos) y con menor frecuencia la cicatriz 7.68% (3 casos), placa eritematoescamosa 5.1% (2 casos) y absceso y placa verrugosa en un caso cada uno.

El tamaño de las lesiones varió entre 4 mm y 4 cm de diámetro, siendo lo más frecuente entre 1 y 2 cm (18 casos) 46.15%, posteriormente > 2 cm (14 casos) 35.89% y menor de 1 cm (7 casos) 17.9%. Este resultado también es estadísticamente significativo ($p < 0.05$). El número de lesiones fue múltiple en 12 casos (30.76%) y de lesión única en 27 casos (69.2%).

Entre los tratamientos utilizados, destacó la termoterapia, la aplicación de glucantime ya sea intralesional o intramuscular, y en otros entre los cuales se incluyen ketoconazol, itraconazol, alopurinol por 2-3 meses. De los tratamientos más utilizados fueron la aplicación de glucantime (27 pacientes), termoterapia (25 pacientes), o ambos en 16 casos. El 64.1% (25 pacientes) fueron tratados con termoterapia, 14 de ellos, es decir, 35.89% recibió dos sesiones y en orden descendente recibieron tres sesiones en cinco pacientes, una sesión en cuatro pacientes y cuatro sesiones en dos pacientes. Asimismo observamos 35.89% de los pacientes no recibió termoterapia. El 69.2% de los pacientes fueron tratados con glucantime, de ellos intralesional en 43.58% (17 casos),

intramuscular 12.8% (5 casos) y ambos en 12.8% (5 casos).

La complicación más frecuentemente observada fue la de la impetiginización, por lo cual se añadió amikacina, cefadroxilo o cefuroxima, ciprofloxacino dependiendo del agente causal encontrado siendo los más frecuentes la *P. aeruginosa* y el *S. aureus*.

También se realizaron crioterapias y aplicación de injerto ya sea para lesiones cicatriciales o bien para áreas con gran pérdida de tejido.

Se analizó la respuesta a la intradermorreacción de Montenegro y se midió en cruces, dando los siguientes valores: (Cuadro 1):

Cuadro 1. Respuesta a la intradermorreacción de Montenegro

Respuesta	Diámetro [mm]	Caso	%
+	0 - 6	19	48.71
++	7 - 11	5	12.82
+++	12 - 15	3	7.69
++++	> 16	2	5.1
Negativa	-	6	15.38

Por último se evaluó la frecuencia de recidiva, y sólo se presentaron nuevamente a consulta por el padecimiento cinco pacientes. Todos habían recibido tratamiento previo.

Sin embargo, en todos los pacientes al momento de reevaluarlos y realizárseles impronta, biopsia cutánea o ambas, no se logró identificar el agente causal, motivo por lo cual fueron catalogados como leishmaniasis crónica recidivante y recibieron tratamiento con itraconazol o alopurinol por un lapso de 3-4 meses con adecuada respuesta.

Discusión

La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria frecuente, como se observa en los datos referidos en el apartado de los resultados, es una enfermedad que se presenta predominantemente en jóvenes, del sexo masculino, activa. Sin embargo, cabe destacar que por el medio en el que realizamos el estudio, la mayor parte del personal en el Ejército Mexicano son enviados a desarrollar actividades castrenses que los expone al desarrollo de la enfermedad, y por ello los resultados no siempre reflejan los de una población general.⁶

Evidentemente lo que cabe destacar es que por el hecho de ser pacientes jóvenes es de vital importancia establecer el diagnóstico adecuado oportunamente e instituir un tratamiento eficaz tempranamente para evitar secuelas o cicatrices poco estéticas.

Los hallazgos encontrados en los puntos de morfología y topografía son similares a los informados en la literatura mundial, es decir, que es una enfermedad que afecta áreas expuestas predominantemente, y se caracteriza por la presencia de úlcera como lesión única que inicialmente se presenta como pápula o nódulo que con el tiempo se ulceran.

Por otro lado, es importante mencionar y hacer hincapié en que las lesiones observadas caen en el rango de diáme-

tro entre 1-2 cm lo cual probablemente implica que los pacientes no son referidos en las etapas más tempranas de la enfermedad.

Este retraso en el manejo de los pacientes puede ser secundario a; la falta de diagnóstico clínico oportuno, la falta de movilización o traslado de pacientes a sitios de atención especializada, el no contar con métodos diagnósticos, la implementación de tratamientos inadecuados así como la limitación o falta de recursos para adquirir el medicamento

En general la evolución del padecimiento fue adecuada y el tratamiento proporcionado efectivo, y se apegó a las normas terapéuticas establecidas por la OMS.¹ El índice de recidiva de las lesiones es bajo y no depende del tratamiento instituido sino probablemente de la respuesta inmune del huésped.⁴

Conclusiones

La leishmaniasis, parasitosis cutánea frecuente, ha mostrado un incremento en la frecuencia de su detección en el Hospital Central Militar, probablemente debido a los desplazamientos del personal y traslado de residencia al sureste del país. De acuerdo con el presente estudio, las características de presentación de la enfermedad en la población que acude al Hospital Central Militar, la enfermedad predomina en el sexo masculino. El grupo de edad más afectado es el que se encuentra entre la 3ª y 4ª décadas de la vida. Afecta generalmente pacientes con vida laboral activa. La topografía afectada habitualmente es localizada a un segmento del cuerpo, predominando en cabeza y de ella pabellón auricular. La morfología encontrada habitualmente es la úlcera única entre 1-2 cm de diámetro.

El tiempo de evolución de la enfermedad varía entre días posteriores al piquete de la mosca hasta dos años después del mismo. La complicación más frecuente es la infección bacteriana agregada. La intradermorreacción es una prueba útil para apoyar el diagnóstico y en la mayor parte de los individuos afectados es > 5 mm. Los métodos de diagnóstico de elección en nuestro país, dados los recursos son la toma de impronta, biopsia, o ambas, ya que no se cuenta con los cultivos especializados para aislamiento del germen. No existe un método preventivo seguro y eficaz para la enfermedad.

Es importante realizar control epidemiológico de roedores selváticos ya que constituyen el reservorio de los parásitos de la enfermedad.

Finalmente, es necesario instruir al personal de salud acerca de la enfermedad y de ser posible insistir en la referencia de los afectados a centros de atención especiales para la detección de tratamientos oportunos.

Referencias

1. Chance ML The six diseases of WHO. Br Med J 1981; 283 (7); 1245-7.
2. Desjeux P. Leishmaniasis. Public health aspects and control. Clin Dermatol 1996; 14: 417-23.
3. Dowlati Y. Cutaneous leishmaniasis: Clinical aspects. Clin Dermatol 1996; 14: 471-8.

4. El-On J, Havelly S, Grunwald Mhand Weinrauch L. Topical treatment of old world cutaneous leishmaniasis caused by *Leishmania major*. A double-blind control study. *J Am Acad Dermatol* 1992; 27: 227-31.
5. Fitzpatrick T. *Dermatology in general medicine*, 5ª ed., Nueva York: McGraw Hill; 1999. p. 2609-18.
6. Frías JA. Leishmaniasis mexicana. Consideraciones clínicas y terapéuticas para el médico general. *Rev Sanid Milit Mex* 1997; 51(1): 46-51.
7. McSorley S, Proudfoot L, O'Donnell CA, Liew FY. Immunology of murine leishmaniasis. *Clin Dermatol* 1996; 14: 451-64.
8. Paes M, Mattos M Freitas de Souza C, Fernandez O, Pirmez C. Leishmaniasis recidiva cutis in New World cutaneous leishmaniasis. *Int J Dermatol* 1998; 37: 846-9.
9. Velasco O, Guzmán C, Aguilar F, Hernández JG. Las leishmaniasis con especial referencia a México. Colección de cuadernos del IN-DRE 1994; 4 (2ª. Edición): 1-47.
10. Weigle K and Saravia NG. Natural history, clinical evolution, and the host-parasite interaction in New World cutaneous leishmaniasis. *Int J Dermatol* 1998; 37: 433-50.