

Leishmaniasis Cutáneo-Andina en el Distrito de Quinocay, Provincia de Yauyos, Lima

MILKO BOBBIO

Puesto de Salud de Quinocay - Yauyos. Dirección de Salud Lima Sur - MINSA.

RESUMEN

Cinco casos nuevos de leishmaniasis cutáneo-andina o uta se han diagnosticado en el distrito de San Pedro de Quinocay, entre los meses de mayo de 1999 y enero del 2000, luego de un periodo de latencia de 8 años. Los pacientes son de sexo femenino, las lesiones se localizaron en cara (80%) y miembros inferiores (20%), midiendo entre 1 y 2 cm; el síntoma predominante fue el prurito en ausencia de infección. Hubo excelente respuesta al tratamiento con antimonio pentavalente.

Palabras claves: Leishmaniasis, Terapia; Leishmania braziliensis; Enfermedades Transmisibles; Enfermedad Crónica.

NEW CASES OF ANDEAN CUTANEOUS LEISHMANIASIS IN THE QUINOCAY DISTRICT, YAUYOS PROVINCE, LIMA SUMMARY

Five patients with the diagnosis of Andean Cutaneous Leishmaniasis were seen in the District of Quinocay, between may 1999 and january 2000, after a latency period of 8 years. All the patients were women, lesions were located on the face and lower limbs with 1-2 cm of size and the main symptom was itching without infection signs. Response to pentavalent antimony therapy was good.

Key words: Leishmaniasis, Therapy; Leishmania braziliensis; Communicable Diseases; Chronic Disease.

* *Nota del Editor: En la literatura también se emplea el término "leishmaniosis" para describir esta enfermedad.*

INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis constituye un problema de salud importante en áreas endémicas del Perú (1). Es una enfermedad crónica, metaxénica y zoonótica, con un patrón de transmisión predominantemente peridomiciliario o silvestre, ocasionada por parásitos protozoarios del género *Leishmania*, presentes en reservorios ani-

males salvajes y transmisibles al hombre por vectores del género *Lutzomyia*. Según datos del Ministerio de Salud, constituye la segunda endemia de tipo tropical y la tercera causa de morbilidad por enfermedades transmisibles, luego de la Malaria y la Tuberculosis, así como el cuarto lugar entre las patologías que producen impacto negativo, según los años ajustados a discapacidad (2-4). En un 75% aproximadamente, los casos que se reportan corresponden a la forma cutáneo-andina o "uta" (producida por la especie *Leishmania braziliensis-peruviana*) y el 25% restante a la cutáneo mucosa (producida por *Leishmania braziliensis-braziliensis*) (5-7). Los reservorios primarios y los nichos ecológicos de leishmaniasis cutáneo-andina se ubican principalmente en la vertiente occi-

Correspondencia:

Dr. Milko Bobbio Pérez
Calle Pinos Silvestres # 182
Santiago de Surco. Lima 33. Perú.
E-mail: m_bobbio@hotmail.com

dental andina entre los 600 y 3000 m.s.n.m., de donde provienen los pacientes del presente reporte. Dentro de los muchos factores de riesgo de infección, el más importante es la exposición de los individuos sin conocimiento de las medidas primarias de protección; a diferencia de otras regiones del país donde principalmente es por el ingreso accidental u obligado a zonas de alta prevalencia. La transmisión es por picadura del vector *Lutzomyia*, hembra hematófaga^(8,9), infectado con parásitos de *Leishmania* de criaderos peri e intradomiciliarios, que es dolorosa con sensación de ardor intenso y con un tiempo de incubación promedio de 3-4 semanas. La localización más frecuente es en zonas expuestas del cuerpo, mayormente en cara y/o extremidades. El diagnóstico es eminentemente clínico-epidemiológico, pero para los efectos de las Normas del Programa de Control de Enfermedades Metaxénicas y del Instituto Nacional de Salud (INS), debe incluirse para la definición de caso confirmado de leishmaniasis, el criterio laboratorial mediante cultivo. El curso clínico de la leishmaniasis cutánea generalmente no es tórpido, a diferencia de la forma mucocutánea o visceral, que frecuentemente se autolimita. La respuesta al tratamiento es satisfactoria en más del 90% de pacientes, no siendo necesario el uso del Anfotericin B, cuyo manejo requiere hospitalización del paciente.

CASO 1

Mujer de 39 años de edad, natural de Imperial, Cañete, con un tiempo de residencia de 2 años en Quinocay, alternando con ausencia durante los meses de enero y febrero, sin ningún antecedente familiar de importancia, sin antecedentes de patología previa ni actual relacionada, de profesión docente del nivel primario; consulta el 18/12/99 por la aparición de una lesión elevada, pruriginosa, no dolorosa, de base eritematosa y 2 cm de diámetro, de 3 semanas de evolución y sin signos de infección bacteriana sobreagregada, localizada en la pirámide nasal. Exceptuando la lesión descrita, el examen físico fue negativo. Se plantea el diagnóstico presuntivo de Leishmaniasis cutáneo-andina. La lesión en el transcurso de la semana se ulcera y elimina una secreción amarillenta sin mal olor. Se realiza la toma de muestra según la técnica habitual, enviándose al Instituto Nacional de Salud para su análisis. En el transcurso del tratamiento, se descubre la aparición de otra lesión en el dorso de la mano izquierda.



Fig. N° 1.- Paciente mujer de 11 años de edad con leishmaniosis cutáneo-andina. Se aprecia lesión elevada en mano izquierda de 3 x 2,5 cm.

CASO 2

Mujer de 11 años de edad, natural y procedente de Quinocay, estudiante, con un tiempo de residencia de 11 años, reporta viajes esporádicos a la comunidad de Viscas (zona endémica de bartonelosis y leishmaniasis), sin ningún otro antecedente de importancia. Durante nuestra habitual visita al colegio primario (20/01/00) se le detectó la presencia de una lesión indurada, bien delimitada, de base eritematosa, pruriginosa, de aproximadamente 1 cm de diámetro, de 2 semanas de evolución, en la región malar derecha, sin signos externos de infección bacteriana asociada. Se toma muestra de la lesión. En el transcurso de la evolución presentó una lesión en el dorso de la mano (Figura N° 1).

CASO 3

Paciente de 7 años de edad, natural y procedente de Quinocay, con viajes frecuentes a la comunidad de Viscas. El padre y la hermana de 13 años, residentes en Viscas, tienen diagnóstico confirmado de bartonelosis; la madre y hermana mayor presentan cicatrices compatibles con lesiones residuales de uta en cara y miembros inferiores. Como en el caso anterior, se detecta (20/01/00) una lesión ulcerada, de bordes definidos, no pruriginosa, de alrededor de 1,5 cm de diámetro y 3 semanas de evolución, localizada en el arco superciliar izquierdo; una segunda lesión a nivel del maxilar iz-

quierdo, pruriginosa, de bordes definidos, eritematosa, de 1 cm de diámetro y 2 semanas de evolución, y una tercera lesión localizada en el tercio superointerno de la pierna derecha, ulcerada, no pruriginosa, de 2 cm de diámetro y 4 semanas de evolución. Las muestras remitidas al INS fueron positivas para *Leishmania sp.*

CASO 4

Niña de 4 años de edad, natural y procedente de Quinocay (residente por 4 años en esta localidad), portadora de una lesión elevada (24/01/00), eritematosa, pruriginosa, de 1,5 cm de diámetro, en la región malar derecha, de 2 semanas de evolución y otra de similares características en tercio medio de pierna izquierda con similar antigüedad. El análisis de ambas lesiones fue positivo para *Leishmania sp.*

CASO 5

Niña de 8 años de edad, natural y procedente de Quinocay, hermana de la paciente de 7 años (Caso 3), presentó el 20/01/00 una lesión indurada, ulcerada en el tercio superior de la pierna derecha, de aproximadamente 1,5 cm de diámetro, de 3 semanas de evolución, cuyo resultado también fue positivo para *Leishmania sp.*

DISCUSIÓN

El cuadro clínico de la leishmaniasis cutáneo-andina consta generalmente de una o más lesiones cutáneas en forma de nódulos, pruriginosos en su mayoría, que progresan a lesiones ulceradas o costrosas, de aspecto redondeado y poco profundas, bien delimitadas y no dolorosas, en zonas expuestas del cuerpo (cara y miembros inferiores principalmente) que evolucionan en un intervalo de 3 a 4 semanas luego de la picadura del vector^(2,3,10,11). En la población general la remisión es espontánea en la mayoría de pacientes.

El diagnóstico diferencial de las lesiones descritas en cada una de las pacientes, incluyó el descarte de infección micótica (poco prevalente en la región por sus características geográficas), proceso infeccioso bacteriano primario o sobreagregado, procesos neoformativos tales como el carcinoma basocelular o espinocelular, entre los más frecuentes. Se planteó entonces como primera posibilidad diagnóstica, leishmaniasis cutáneo-andina, considerando el criterio

epidemiológico (aumento en la densidad del vector en la zona ocasionado por la época de lluvias) y los viajes frecuentes a zonas endémicas. Se definió a los casos como sospechosos, procediéndose en todos a la obtención de una muestra según los estándares del INS, preparando frotises de la lesión que fueron coloreados con Giemsa y luego enviados al INS, que en la quincena de febrero confirmó positividad de las muestras con presencia de formas amastigotas intracelulares, instaurándose tratamiento respectivo con antimonio pentavalente (Glucantime[®]) por vía intramuscular. Otros métodos diagnósticos incluyen la punción esplénica y de médula ósea, cultivos, pruebas serológicas, intradermoreacción de Montenegro, entre los más importantes⁽³⁾. Además de las muestras de los pacientes, se procedió a tomar muestras (frotis, cultivos) a los colaterales, familiares, con historia de leishmaniasis cutáneo-andina (cicatrices antiguas) incluyendo a una adolescente de 13 años con leishmaniasis cutáneo-mucosa, único y último caso de leishmaniasis en la población, que en su momento requirió traslado a Lima para recibir tratamiento con Anfotericin B por falta de respuesta al antimonio pentavalente (hace 8 años). Como señala la literatura, el diagnóstico parasitológico en lesiones de tipo crónico es difícil de establecer, a diferencia de los casos agudos^(6,8,11).

La totalidad de casos del reporte pertenecen, considerando la clasificación clínico-epidemiológica de Burstein para leishmaniasis andina, a la forma de Leishmaniasis Andina Cutánea Reciente (LACR). Las otras formas de esta nomenclatura son Cutánea Tardía (LACT), Cutáneo-Mucosa Reciente (LACMR) y Cutáneo-Mucosa Tardía (LACMT), donde la forma que prevalece en la población actualmente con secuelas de la primoinfección son LACT. El esquema terapéutico fue con antimonio pentavalente (Glucantime[®]) a dosis de 20 mg/kg/d IM por 10 días, por ser los pacientes portadores de un número menor a cuatro lesiones, mostrando una excelente respuesta al tratamiento. Para el seguimiento de los casos se había realizado, al momento del presente reporte, dos de los tres controles que solucita el Programa.

La aparición de estos cinco nuevos casos de uta alerta sobre las condiciones deficientes de control del vector en la zona y la falta de interés de la población respecto a la enfermedad (principal causa de abandono del tratamiento de los niños como grupo etéreo más afectado), debiendo considerar además el factor climatológico

co y el económico, puesto que los pobladores por diversos motivos, a pesar de ser ganaderos o agricultores, deben desplazarse a las comunidades vecinas para mejorar el ingreso familiar, ya sea cultivando y cosechando sus productos en zonas de elevada endemicidad o para trabajar para otros en las mismas condiciones de susceptibilidad de los primeros, con la participación de todos los miembros de la familia. Por lo tanto, la situación refleja un aumento de la incidencia de la enfermedad en la región, pero es necesario mencionar que la mayoría de los pacientes reportados (60%), viajaban semanalmente al poblado de Viscas (1520 m.s.n.m.; el viaje de ida demora entre 1 y 1,5 horas y el de retorno 2 horas); además, la comunidad de Viscas se encuentra en el nicho ecológico del mosquito del género *Lutzomyia* y es zona endémica de bartonelosis y leishmaniasis cutáneo-andina; a diferencia de dos pacientes (40%) en los cuales este antecedente epidemiológico fue negativo, es decir, han contraído la enfermedad en Quinocay (altitud entre 2652 y 3677 m.s.n.m.), localidad donde hace 8 años no se presentaban casos de leishmaniasis. Esto nos indica una falta de búsqueda activa de casos en los últimos cinco años y/o reinfección de los mosquitos de *Lutzomyia*, al cerrarse la cadena epidemiológica con los contactos y colaterales de la población infectada, además de la presencia de lluvias que posteriormente ha formado focos peridomiciliarios de lutzomyias, aunada a la falta de control para la erradicación del mosquito intradomiciliario, cuya presencia es favorecida también por el material de construcción de las viviendas, propias de la región andina y que en su mayoría, al no estar terminadas, excepto algunas (incluyendo el local del Puesto de Salud y su residencia), presentan una gran densidad del vector tanto al interior como al exterior de las mismas. La comunidad de Quinocay tiene una población de 399 habitantes residentes y un promedio semanal de 15 personas que transitan por la zona por diversos motivos. En el diagnóstico situacional de la población se determinó que la tasa de prevalencia era de 0,37 por 100 000 en los últimos cinco años (¹²). A partir de la detección de estos casos nuevos, se espera reducir estas cifras mediante estrategias de protección personal como el uso de mosquiteros y lo más importante, el saneamiento de la vivienda y los alrededores

con la instalación de rellenos o microrrellenos sanitarios, limpieza de malezas, troncos en descomposición, es decir, mejorar las condiciones de salud de manera integral para lo cual se requiere el apoyo de las autoridades implicadas, la participación activa de los pobladores para el control del vector y la consecuente interrupción de la cadena epidemiológica de transmisión hasta donde sea posible. En tal sentido, en el mes de marzo se ha reportado la aparición de nuevos casos, iniciándose las medidas respectivas que redundarán positivamente en la población.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) **Missoni E, Masala G.** Calor y Leishmaniasis: Una Revisión de la Implicancias Clínicas y Biológicas. Rev Per Epid 1993; 6(1): 27-32.
- 2) **Elliot A, Cáceres I.** Introducción a la Parasitología Médica del Perú. Lima: CONCYTEC - Edit. Martegraf; 1998.
- 3) **Neghme A, Llanos A, Náquira C.** Leishmaniasis. En: **Atías A (editor).** Parasitología Clínica. Tercera Edición. Santiago: Mediterráneo; 1984. p. 253-7.
- 4) **Ministerio de Salud-1998.** Programa Salud Básica para Todos. Orientaciones Técnicas para el Control y Tratamiento de Hepatitis. Tripanosomiasis. Leishmaniasis.
- 5) **Vasquez ML, Kroeger A, Lipowsky R, Alzate A.** Conceptos populares sobre la Leishmaniasis cutánea en Colombia y su aplicabilidad en los programas de control. Bol Of Sanit Panam 1991; 110(5): 402-15.
- 6) **Tejada R.** Leishmaniasis Mucocutánea en Madre de Dios-Perú. [Tesis de Bachiller]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1986.
- 7) **Maita R, Lopez E, Manrique M, Mena C.** Leishmaniasis Mucocutánea. Resúmenes del XIV Congreso Nacional de Medicina Interna 1995: 87.
- 8) **Soria Alarcon J.** Leishmaniasis Tegumentaria. Casos diagnosticados en el Instituto de Medicina Tropical 1975-1990. Rev Per Med Trop UNMSM 1993; 7(2): 59-80.
- 9) **Lopez I.** Foco de Leishmaniasis Río Claro San Luis 1991. Bol Epid Antioquía. 1992; XVII (2-3): 59-69.
- 10) **Burstein Z.** Nuestra Experiencia Clínica en Leishmaniasis Tegumentaria en el Perú. Libro de Resúmenes del Congreso Peruano de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical. 1964.
- 11) **Restrepo M.** Leishmaniasis Tegumentaria. Trib Méd 1975; 52: A13-6.
- 12) **Boletín Informativo.** Unidad de Vigilancia Epidemiológica. SBS Chilca-Mala. Octubre, 1999.