

Es un estudio clínico de Leishmaniasis Tegumentaria de pacientes procedentes de sierra y ceja de selva que llegaron al Hospital "Dos de Mayo" con lesiones cutáneas y mucosas; sobre todo lesiones mucosas ulcerosas y otras no ulcerosas localizadas en diferentes regiones de la cavidad oral; así fueron identificadas lesiones Leishmaniásicas úlcero-granulomatosas fagedénicas en mucosa y plano muscular, en comisuras, carrillos y orofaringe y vegetantes en paladar.

**Palabras clave:** Leishmaniasis Tegumentaria, cavidad oral, fagedénico

This is a study of tegumentary leishmaniasis from patients, whom origin was andean and mountain locations. They arrived Hospital 2 de Mayo with mucosal and cutaneous lesions some of them ulcerated and not ulcerated in the oral cavity. They were identified granulomatous leishmaniasic lesions in mucosa and muscle in lips, fornix and orofarynx. Vegetative lesions were found only in hard palate

**Key words:** Tegumentary Leishmaniasis, fagodenic, oral cavity.

## INTRODUCCIÓN

La importancia estomatológica de esta enfermedad deriva en que el complejo secundario repercute en la cavidad oral, tomando los distintos aspectos clínicos de esta granulomatosis.

En este trabajo de carácter preliminar se han anotado los datos epidemiológicos, los antecedentes patológicos anteriores, el tiempo de enfermedad y las distintas localizaciones en la mucosa oral. Nuestra finalidad es llegar con los datos obtenidos a las formas clínicas estomatológicas que servirán para afirmar nuestro diagnóstico.

## GENERALIDADES

La historia de la enfermedad empieza en su período científico cuando fueron descubiertos los parásitos intramononucleares por Cunningham en 1885. En el Perú empieza con la época precientífica con los huacos antropomorfos; y la época científica que se inició con José Julian Bravo en 1852, siguen muchos estudiosos como Minaya, Palma, Monge, Arce, Escobel y otros importantes de la época: Herting, Weiss, Pesce, Herrer, Cornejo y Burstein.

La leishmaniasis tegumentaria es una enfermedad infecciosa, endémica de evolución variable, benigna en sus formas cutáneas y malignas, crónicas en sus formas mucosas, transmisible y no contagiosa, cuyo agente etiológico —la leishmania— fue hallada por primera vez por Leishman en 1900, es un Protozoo de 2 a 3 micras de longitud. La génesis de la marcha de la enfermedad está dado por tres factores etiológicos: el medio externo, el medio individuo orgánico y el medio agente patógeno microbiano.

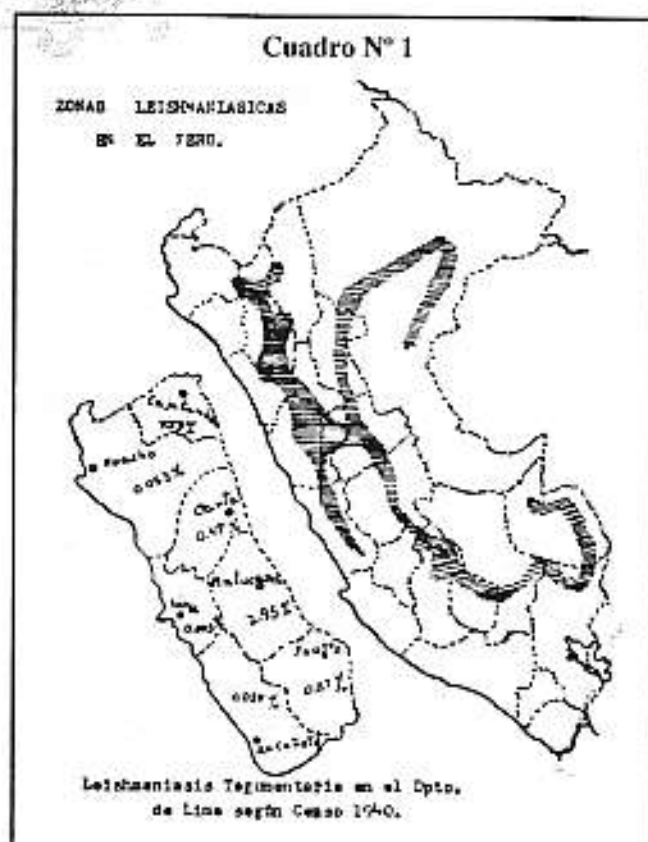
En los casos observados la mayoría procede de la montaña, en zonas inferiores a 1800 mts. (Pesce) sobre el nivel del mar; en la sierra se encuentran a una altura que va entre los 1200 a 2800 mts. sobre el nivel del mar (P. Weiss, 1943). El censo de población de 1940, el Perú dio la cifra de 11,790 leishmaniásicos, siendo de mayor incidencia el Dpto. de Cajamarca, y el Dpto. de Lima, se encuentra en Matucana.

La transmisión se realiza cuando el flebotomus pica a un animal u hombre infectado que a su vez pica al hombre sano, siendo el hombre o animal infectado el reservorio de la leishmania.

Ravello dice que el mecanismo de diseminación y el grado de virulencia es considerada como una infección natural que se propaga por vía sanguínea y localizada en la piel y mucosas.

1 Trabajo presentado al V Congreso Nacional de Odontología y Ier. Congreso Interamericano de Estomatología en Lima - Perú, Nov. de 1961.

2 De la Cátedra de Clínica Estomatológica y Clínica Médica de la Facultad de Odontología y Medicina de la UNMSM, Lima-Perú



### MATERIAL Y MÉTODO

Se han estudiado doce pacientes del Hospital "Dos de Mayo" de Lima, perteneciente a los Servicios de Medicina del Prof. Carlos Lanfranco, entre los años de 1960 y 1961, época que dirigió la Cátedra de C. Estomatológica de la F. de O. el Prof. Eduardo Aguila Pardo. Los casos fueron diagnosticados de leishmaniasis por el procedimiento siguiente:

1. Por la clínica, en su aspecto morfológico y evolutivo.
2. Por el lugar de procedencia en zonas endémicas.
3. Por los antecedentes del enfermo y
4. Por los métodos auxiliares.

Para el examen clínico se dividió la cavidad oral en regiones, identificando a las lesiones en ulcerosas y no ulcerosas, empleando el material necesario para su exploración. En el examen radiográfico, se practicaron radiografías intraorales periapicales seriadas y oclusales, con excepción de seis casos. Las exodoncias se practicaron en determinados casos, haciendo las respectivas biopsias quirúrgicas donde comprometía la lesión. El tiempo de enfermedad ha fluctuado entre uno a veinte años, siendo siete procedente de la montaña y cinco de la sierra. Generalmente han presentado leucocitosis y velocidad de sedimentación acelerada, teniendo las constantes vitales: pulso y temperatura normales. El tratamiento específico fue administrado por el Dr. Zuño Burstein de la Facultad de Medicina de San Fernando, seguido del tratamiento estomatológico hasta su evolución y recuperación final.

### CUADRO CLÍNICO DE INTERESES ESTOMATOLÓGICO

La mayoría de los casos observados fueron de localización nasobucofaríngeas y laringeas, tomando los variados aspectos clínicos estomatológicos. Generalmente el complejo primario se inició en la piel como antecedentes patológicos anteriores a sus ingresos; esta lesión primaria empieza comúnmente con una ligera mácula (3) entrojecida, circunscrita pruriginosa, que va a la infiltración papulosa congestiva y que pasa desapercibida 15 a 30 días que es período de incubación, dando luego una excoriación que se transforma en exulceración iniciando a ese nivel un proceso ulcerativo, sin repercusión ganglionar (4). Estas lesiones sanaron espontáneamente en unos, y otros siguieron su curso en complejo secundario, llegando a la cronicidad y propagándose en lesión y no ulcerada en piel y mucosas, además fueron acompañadas, por sequedad a la garganta disneas, tos, disfagia, disfonía, etc. Las lesiones así instaladas se adaptaron a la topografía estomatológica. En las formas cutáneas, tenemos las "ulcerosas" y "no ulcerosas" entre ésta la nodular dérmica, son infiltrativas (2), terminan en placas; y como en el caso 1 presenta tumefacción amoratada en el labio y nariz. En la vegetante frambuesa-soide, como en el caso 4, (fig. 5) hay proliferación de epitelio y del conjuntivo, con grandes placas vegetales resacas, amarillentas que llegan hasta el labio, en un grado mayor o menor de elefantiasis.

En las formas mucosas, las "ulcerosas" presentan a la ulcerosa típica, que es más frecuente en la piel, cuya ulceración es circular, de bordes levantados, más tarde es sinuosa, fagedénica como en los casos 7 y 11, que se cubren de costras. La impetiginosa, son exulceraciones cubiertas de costras quebradizas, así como en los casos 2, 8, 9, 11 y 12, que al ser removidas sangran con facilidad, tienden a la extensión e infiltración. La ectimatoide, es más profunda que la anterior, de fondo más infiltrado, como en los casos 3, 4, 5, 9 y 10, cuyas costras se ven más espesas, de gran tamaño, que dan aspecto úlcero-costroso. En la moriforme, son exulcerativas, que como en los casos 2, 3, 5, se forman bolsillos patológicos gingivales, retraen y esfacelan la mucosa papilar y festón gingival. En las "no ulceras", las lesiones vegetales son frecuentes en los casos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10 y 12, que presentan surcos y "mamelones carnosos" (6).

En las formas mixtas; tuvimos en los casos 1, 4, 8, 10, que asociaron las lesiones cutáneas y mucosas en un mismo enfermo.

Las lesiones orales de las variedades peruanas **espundia** y **uta** presentan las mismas características estomatológicas. La espundia tiene lesión doble (5) cutáneo-mucoso, las cutáneas se encuentran a distancia, como en los casos 1 y 10 que tenían lesión cutánea nasal



Cuadro n°2

PRESENTACIÓN DE DOCE CASOS DE LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA								
Caso	Ingr. Alta	Nacido	Datos Epidemi- Proc.	Aultocl. Pat. Ant.	Ocup.	Tiempo Enf.	Inicio	Localizaciones
1 D.R.	1-12-60 27-9-61 J. Arce	Lorecocha Huanta	Ayacucho	—	Agr.	2 años	Mácula nariz	Nariz. Paladar Laringe
2 B.T.	28-12-60 15-2-61 Sto. Torib.	Huancavelica	—	A los 16 añ. Uta en el cuello 2 Ms.	Agr.	10 años	Lesión prurig. Labi Sup	Labio Sup. Gíngiva Tabique Nas. Laringe Paladar. Faringe
3 E.S.	30-1-61 29-4-61 Sn. Láz	Pocabam. Ancash	Pampa Unichie. S hua	Uta ala narizen Unichie	Peón	20 años	Les. pruring labio Inf	Labio Inf. Gíngiva Tab. N. Laringe.
4 F.S.	27-2-61 11-5-61 Sn. Láz	Sn. Matco Lima	Sta. Eulalia "Lucas Seca" 6. Ms.	Hace 12 Ms Les. prur. F. Temp.	Albañil	6 años	Grano prurig. Mejill	Cara. Labio, Gíngiva Paladar. Laringe
5 S.M.	8-5-61 -10-61 Sn. Láz	Huánuco	Tingo María 15 Añ.	—	Agr.	4 años	Granito fosa Ns. Der.	Nariz. Lab. Gíngiva Paladar. Larig.
6 B.F.	31-5-61 -10-61 Sto. Torib.	Huayllamas Ancash	Tauca Shua Rangua	A los 2 años Uta cerca del ojo	Agr.	8 años	Les. Pruti gi. Ala N.	Paladar. Tabiq. N. Laringe. Orofaringe
7 N.S.	22-6-61 10-8-61 J. Arce	Locroja Huancav.	A los 10 Añ. Huanta Chanch Caraz. Pata.	A los 10 Añ en el Brzo.	Agr.	12 años	Les. Prurig Com s. Izq.	Tumef. labio. Paladar Com's. Izq. Laring
8 G.G.	10-8-61 3-11-61 Sn. Láz	Aco-Junín	En lamontaña un mes	—	Agr.	18 Ms.	Comezón Nariz. Amp.	Nariz. Labio y superf. cutánea.
9 M.A.	6-9-61 7-11-61 J. Arce	Andahuaylas	Abancay Hda. Oquibamba	—	Agr.	12 Ms.	Granito en punta nariz	Nariz Lab. Sup. Tabiq. N. Garganta
10 J.CH.	23-9-61 De alta Sn. Pedro	Pampa C. Ancash	Psacancha Tirica. Sih.	A los 8 Añ. Ls. An. Brazo	Negc.	3 años	Granito pus- tulos. Nariz	Nariz. Gíngiva Paladar. Piel
11 N.T.	No se anotó Sn. José	Huancará Apurimac	Quincemil 1 Añ. Quillab.	1944 les. muslo curé	Agr.	17 años	Ls. eritemat punta nariz	Tab. nasal Gíngiva. Lab. Sup. Palad.
12 A.C.	9-10-61 10-11-61 J. Arce	Lucanas Ayacucho	Rosario. La la Mar. Ayac.	Hace 14 años Ls. dedo mano 3 Añ	Agr.	13 años	Retracción a la nariz. Ga	Paladar. Nariz. Laringe. Orofarin

y lesión en mucosa oral, éstas correspondían a nueve casos con lesiones profundas en el paladar. En la uta se observa el complejo primario en la piel y cuando destruye tabique o alas nasales (Pesce) o se infiltra ala mucosa orales a partir de la piel que va hacia dentro, así como en los casos 4 y 8.

### RESULTADOS

Presentaron formas mixtas en los casos 1, 4, 8, 10, y formas mucosas en los casos 2, 3, 5, 6, 7, 9, 11, y 12.

**CASO 1,** lesión cutánea en la nariz y vegetante en el paladar e infiltrativa en la úvula.

**CASO 2,** Atresia de ambos vestíbulos nasales, no hay

septum nasal, con lesión úlcero-moriforme en el labio y gingiva superior, vegetante en el paladar, con lesiones destructivas en la úvula y pilares. Extracciones de los remanentes que circunscribían la lesión. (fig. 1).

**CASO 3,** lesión úlcero ectimatoide en el labio y moriforme en gíngiva inferior; vegetante en el paladar, con epiglottis hipertrofica y perforación del tabique nasal. Por presentar lesión osteoalveolar y movilidad dentaria, circunscrita a la lesión, se practicó alveolotomía y avulsión de los incisivos anteroinferiores. Las lesiones cicatrizaron. (fig. 2, 3, 4).

**CASO 4,** lesión vegetante-frambuesoide en la cara, ectimatoide en el labio superior y vegetante-proliferativa en el paladar con destrucción de úvula, pilares posteriores y faringe (fig. 5).



Cuadro n°3

## FORMAS CLINICAS

TOPOGRAFÍA		CUTÁNEA			MUCOSAS				MIXTAS
		Ulcerosas	No Ulcerosas		Ulcerosas			No Ulcerosas	
			Nodular dérmica	Vegetante Frambuesol	Ulcerosa típica	Impetiginoid.	Ectimatoide		
Labio				7 (comis)	8	3-4 9-10	2-5		
Gingiva				11			2-3-5-	4-10	
Paladar				11				1-2-3-4-5-6 7-10-12	1
Nariz	Mucos.	8			2-9 11-12	5			
	Piel	10	1-10						8-10
Calar			10	4					4

**CASO 5**, lesiones extimatoide en el vestibulo nasal y labio superior; moriforme en la gingiva; vegetante en el paladar con proceso infiltrativo en la úvula, pilares, epiglotis y amígdalas. Presencia de movilidad dentaria en los incisivos superiores, con destrucción del tercio medio cervical del periodonto y tejido osteoalveolar con zonas osteolíticas; se practicó la avulsión de los dientes y con una radiografía se mostró evidencia de regeneración ósea (fig. 6).

**CASO 6**, con perforación del tabique nasal y lesión vegetante en el paladar e infiltrativa en pilares posteriores y faringe.

**CASO 7**, lesión ulcerosa en la comisura labial izquierda y vegetante en el paladar, con deformación de la epiglotis.

**CASO 8**, mutilación del tercio anterior de la nariz y presencia de gruesas costras y que se infiltra con lesiones impetiginoides en el labio superior; destrucción de las crestas interdientarias y reabsorción osteoalveolar de la región anterosuperior (fig. 7).

**CASO 9**, lesión ectimatoide del labio superior, que va a la exulceración costrosa, también con lesiones costrosas en fosas nasales y ala de la nariz, orofaringe con tejido de granulación, (fig. 8).

**CASO 10**, eritema en la cara y proceso infiltrativo tubérculo costroso que circunda y destruye el vestibulo nasal. El labio superior y comisura presenta lesión úlcero-costrosa sangrante e infiltra por la gingiva; en el paladar es vegetante, comprometiendo la faringe y laringe. (fig. 9).

**CASO 11**, lesión ulcerosa en la gingiva superior y paladar, de fondo granulomatoso y lesión impetiginoides en mucosa nasal.

**CASO 12**, lesión úlcero-impetiginoides en la fosa nasal derecha, la que está retraída y obstruida; y lesión vegetante

con ausencia de úvula en el paladar, presencia de destrucción del tercio cervical osteo-alveolar anterosuperior. (fig. 10)

## COMENTARIO

Se trata de doce casos de lesiones leishmaniásicas en la cavidad oral, presentando las distintas variedades clínicas estomatológicas. Las lesiones leishmaniásicas gingivales se presentaron en los casos 2, 3, 5, 11 y que radiográficamente se observaron reabsorción osteoalveolar; las exodoncias practicadas y el tejido lesionado a ese nivel cicatrizaron antes de finalizar el tratamiento específico.

En el labio presentaron lesiones en los casos 2, 3, 4, 5, 8, 9 y 10, con mayor incidencia en el labio superior. Estas lesiones cicatrizaron al concluir el tratamiento.

En el paladar se registraron en los casos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, y 12, que fueron del tipo vegetante; y, ulcerosa en el 11. Las lesiones vegetantes fueron muy difícil en cicatrizar.

## CONCLUSIONES

1. Las lesiones bucales se presentan en el complejo secundario de la enfermedad.
2. Las lesiones bucales pueden presentarse en un mismo caso los distintos aspectos clínicos de la topografía estomatológica.
3. El bolsillo patológico se destruye por esfacelación de la lesión gingival.





Fig. 1 (Caso 2)

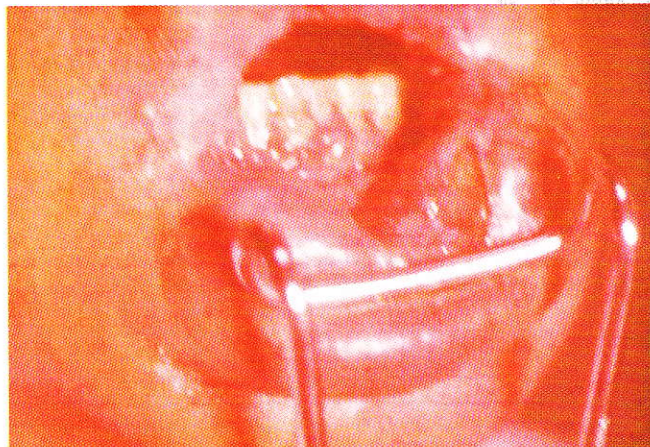


Fig. 2 (Caso 3)

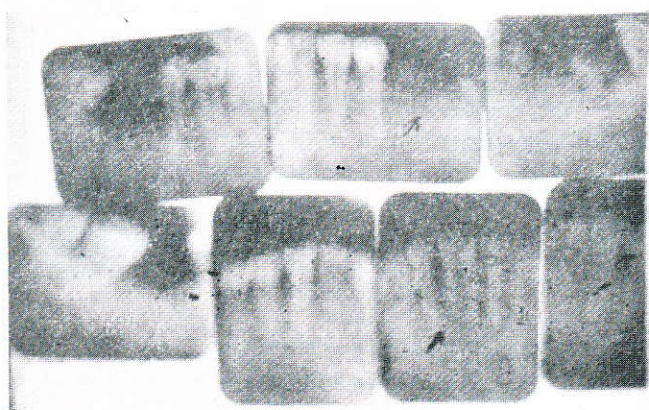


Fig. 3 (Caso 3)



Fig. 4 (Caso 3)



Fig. 5 (Caso 4)



Fig. 6 (Caso 5)

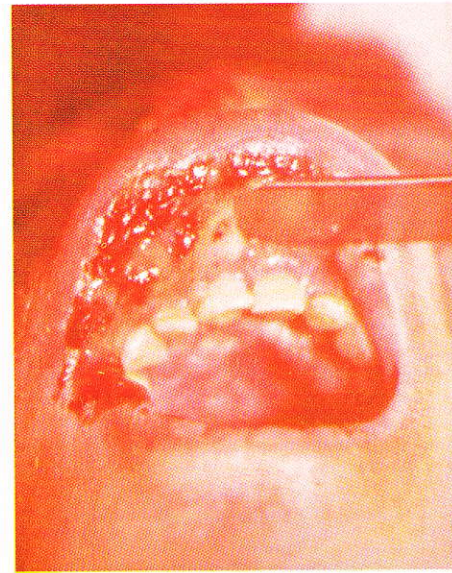


Fig. 7 (Caso 8)





**Cuadro nº4  
TRATAMIENTO**

Casos escogidos	Tártaro emérico	Fuadina	Glucantime	Fungizone	Tiempo del trat.	Tiempo del trat.	Dosis C/24 horas Inicial-Mantenimient.
Nº 3	127 cc	—	—	—	13-2-61 19-3-61	25.4	0.5 cc-1-1.5 hasta 10 cc
Nº 4	—	—	525 cc	—	22-3-61 4-5-61	105	5 cc-10-15 hasta 20 cc
Nº 5	132 cc	62 cc	90 cc	—	15-5-61 25-10-61	56.8	0.5 cc-1-1.5 hasta 10 cc
Nº 8	—	110.5	—	102,400 mgr.	18-8-61 3-11-61	124.5	Fung. 4 comprim. c/4 y 6 hs. Fuad. 3-5 hasta 5 c/48 hs.



Fig. 8 (Caso 9)



Fig. 9 (Caso 10)



Fig. 10 (Caso 12)



Fig. 11

4. Presentan compromiso osteoalveolar cuando las lesiones son gingivales.
5. Las exodoncias se harán después de iniciar el tratamiento específico.
6. La extirpación de las lesiones gingivales cicatrizan normalmente.
7. La enfermedad es un problema de salud pública. La eficacia de un plan profiláctico depende de la exactitud de los conocimientos epidemiológicos.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Cornejo Ubillus Joaquín. Tesis No. 2173. Facultad de Medicina. (1951) Lima.
2. Vera Del Carpio Leonidas. Tesis No. 863. Facultad de Medicina (1929). Lima.
3. Pesce Hugo. Texto de la Cátedra de Medicina Tropical. (1956). Lima.
4. Monge Carlos. TESIS de Doctorado No. 85 Facultad de Medicina (1914). Lima.
5. Lozada Lizardo. Tesis No. 490. Facultad de Medicina. (1917). Lima
6. Caro Espinosa Armando. Tesis. Facultad de Medicina (1941). Lima
7. Weis Pedro. Rev. Crónica Médica. Lima, 1925. Vol. XXXII, pág. 144-118.
8. Herrer Aristides y Battistini Moore. Rev. de Medicina Experimental. Lima 1960-1951. Dic. Vol. VIII, pág. 12-13.