

LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA EN NIÑOS

*Dra. María Teresa Rojas Morales **
*Dra. Alba Gabriela Quiñones Fernández ***
*Dr. Antonio José Rondón Lugo ****
*Dra. Maritza Landaeta-jiménez *****

Rojas M, Quiñones A, Rondón A, Landoeto M.
 Leishmaniosis Tegumentaria Americana en niños. *Derm Venez* 1997; 35:142-145

RESUMEN

La Leishmaniosis Tegumentaria Americana (LTA) es una enfermedad endémica en Venezuela, donde se registran un promedio de 4000 casos anuales.

Se hace un análisis retrospectivo de la consulta de leishmaniosis del Instituto de Biomedicina (1982-1995), encontrándose 82 casos de niños, 63% quienes correspondían al sexo femenino.

Se analizan las características clínicas, tiempo de evolución y la respuesta terapéutica a modalidades de Quimioterapia (Glucontime) e Inmunoterapia (Promastigotes más BCG)

Palabras clave: Leishmaniosis, niños, Glucontime®, Inmunoterapia.

ABSTRACT

American Cutaneous Leishmaniosis (ACL) is an endemic disease in Venezuela with an average of 4000 cases per year.

A retrospective analysis of the Leishmaniosis Outpatient Clinic at the Institute of Biomedicine is made (1982-1995), finding 82 cases of the disease in children, 63% of which correspond to females.

Clinical characteristics, time of evolution and response to therapy in relation to chemotherapy (Glucontime®) and immunotherapy (Promastigotes plus BCG) are analyzed.

Key words: Leishmaniosis, children, Glucontime®, Immunotherapy.

INTRODUCCION

En Venezuela la Leishmaniosis Tegumentaria Americana (LTA) es una enfermedad endémica con un promedio anual de 4.000 casos¹ y representa un problema de salud público,² que

afecta principalmente a la población joven, trabajadores y familiares, residentes en zonas rurales.

De forma similar a la lepra, se presenta en un espectro clínico-inmunológico con un polo benigno que es la Leish-

maniosis Cutánea localizada, que representa más del 80% de los casos, cuya respuesta inmune celular está presente en todos los pacientes con un patrón de citoquinas Th 1³ que determina una forma clínica con un curso benigno, que puede curarse espontáneamente o con tratamiento. En el otro polo, se encuentra la Leishmaniosis Cutánea Difusa, la cual carece de respuesta celular, tanto "in vivo" como "in vitro", ésta se caracteriza por un patrón de citoquinas tipo Th2 que podría

* Dermatólogo. Egresada Instituto de Biomedicina

** Residente. Posgrado de Dermatología. Instituto de Biomedicina.

*** Jefe de Servicio de Dermatología. Hospital Vargas. Instituto de Biomedicina.

**** División de Investigaciones Biológicas. Fundacredesa

regular negativamente los mecanismos efectores anti-leishmania, mediados por la interleukina 2 e INF-gamma,⁴ lo que llevaría a la incapacidad de controlar la infección por este parásito. Los pacientes con Leishmaniasis Mucocutánea, conforman el punto intermedio entre ambos polos, con lesiones a nivel de mucosa oral y nasofaríngea, con marcada tendencia a la cronicidad. Se evidencia una fuerte respuesta inmuno celular frente al antígeno de Leishmania, con un patrón de citoquinas donde ambos tipos se producen con un posible predominio de Th2.³

En niños el diagnóstico de Leishmaniasis Tegumentaria Americana (LTA) se dificulta, debido a que su piel es delgada y los anexos cutáneos presentan un menor desarrollo. A esto también contribuye la dificultad en la obtención de los datos, en la elaboración de la historia clínica, así como para la Biopsia, porque algunas lesiones se localizan en zonas anatómicas de difícil manejo.⁵

La Leishmaniasis Tegumentaria Americana ha sido estudiada en adultos,⁶⁻⁸ por el contrario en niños la mayoría de los trabajos se refieren a la forma visceral de la enfermedad.^{9,10}

El objetivo del presente trabajo es caracterizar el comportamiento de la Leishmaniasis Tegumentaria Americana en un grupo de niños entre 0 y 12 años de edad que fueron atendidos en el Instituto de Biomedicina entre 1982-1995 y analizar la eficacia del tratamiento con inmunoterapia y quimioterapia.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo en el período comprendido entre 1982-1995 mediante la revisión de 81 historias de niños entre 0-12 años, que fueron atendidos en la consulta de Leishmaniasis en el Instituto de Biomedicina de la UCV. La selección se hizo en forma opinática, 50 pacientes corresponden al sexo femenino y 31 al sexo masculino.

Se elaboró un formulario donde se tomaron las siguientes variables: sexo, edad, procedencia, tipo de lesión, localización, tipo de tratamiento, dosis y/o series administradas, tiempo de curación y efectos secundarios. Se consideró tiempo de curación el lapso comprendido desde el inicio del tratamiento hasta la cicatrización total de la lesión.

Los tratamientos fueron los siguientes: a) Quimioterapia: Antimoniato Meglubine (Glucantime),¹ por vía intramuscular en ciclos de 15 a 20 días; b) inmunoterapia: una mezcla de promastigotes más BCG intradérmica en las regiones deltoideas con una frecuencia de una dosis cada 6 semanas ajustada de acuerdo al PPD del paciente.²

Se realizó un análisis descriptivo de las variables anteriormente mencionadas y se distribuyó la muestra por grupos de 0-5 y 6-12 años de edad.

RESULTADOS

la muestra total estaba constituida por un total de 81 pacientes de los cuales

78 presentaban LCL (96,2%), 2 LCM (2,4%) y 1 con LCD (1,2%). Se realizó la evaluación estadística de los pacientes con la forma cutánea localizada, debido a los pocos casos con LCM y LCD.

Del total de niños, 60 recibieron tratamiento con la inmunoterapia, 14 con quimioterapia (glucantime[®]) y 4 pacientes recibieron tratamiento combinando de inmunoterapia con Glucantime[®].

La procedencia en el 70% de los niños fue del Estado Miranda y 17% del Distrito Federal, el 13% restante procedía del interior del país concretamente de los Estados: Sucre, Mérida, Apure, Aragua, Carabobo y Trujillo.

En relación al sexo, se distribuyó en un 63% en el sexo femenino y en un 37% en el masculino.

Con respecto al número de lesiones presentadas, las lesiones únicas se presentaron en 51 pacientes (63%). la localización de las lesiones, en orden de frecuencia, fueron las extremidades inferiores, cara, miembros superiores, tórax. Sólo 5 pacientes presentaron las formas combinadas. Las lesiones de miembros inferiores en promedio curaron más rápido que las otras regiones.

La presencia de ganglios cercanos a la lesión primaria en piel, siguiendo un trayecto lineal (forma esporotricoides) estuvo presente en 4 pacientes; 2 pacientes cuyas edades estaban comprendidas entre 0-5 años y 2 pacientes en el grupo de edades de 6-12 años. Cinco pacientes ameritaron hospitalización, 3 de 0-5 años con LCM y LCLy2de6-12 años con LCM y LCL.

miento con Glucantime®.

Al comparar el promedio del tiempo de curación con respecto al sexo se encontró que las niñas se curaron en promedio, más temprano que los varones (5,5 meses y 6,2 meses respectivamente), las diferencias no son estadísticamente significativas.

En tiempo promedio de curación en el grupo 1 fue similar los dos tipos de tratamiento; en cambio el grupo 2 los niños tratados con Glucantime se curaron en menor tiempo (3,4 meses). Por cualquiera de los tratamientos, los niños del grupo 2 se curaron más rápido que los del grupo 1, pero esa diferencia no resultó ser significativa estadísticamente. El número de promedio de dosis de inmunoterapia administradas fue 3, así como 3 ciclos en quimioterapia. Los pacientes tratados con glucantime se curaron más rápido que con inmunoterapia, demostrándose que hubo diferencia significativa por X^2 entre ambos tratamientos para un nivel de significación de 0.05.

El porcentaje acumulado de curación clínica en los dos grupos de edad, fue levemente mayor con quimioterapia, encontrándose que a los 7 meses, se habían curado el 88,3% de los niños tratados con quimioterapia y el 80% de los tratados con inmunoterapia. Sin embargo, con cualquiera de los tratamientos de los 12 meses estaban curados casi la totalidad de los niños: pero más prolongado en los tratados con inmunoterapia.

El 23% de los niños tratados con quimioterapia presentaron efectos se-

cundarios: elevación del valor de creatinina y transaminasas (2 casos), trastorno de repolarización (1 caso). En cambio, de los niños tratados con inmunoterapia sólo el 5% presentó efectos adversos, que consistieron en absceso en el sitio de inoculación (2 casos) y cicatriz queloidea (1 caso).

DISCUSION

Al analizar los resultados obtenidos en niños que presentaban Leishmaniasis Tegumentaria Americana, queda en evidencia que la forma clínica más frecuentemente presentada es la Leishmaniasis Cutánea Localizada en un 96% de los pacientes, así como la procedencia más frecuente es el Estado Miranda. Ambos hallazgos son similares a los observados en los pacientes de edad adulta.

Con respecto al sexo, se apreció una mayor prevalencia en el sexo femenino, sobre todo en el grupo cuya edad se encuentra comprendido entre 6 y 12 años. Esta relación inversa es contraria a lo reportado en los pacientes adultos, aunque ya un trabajo lo había descrito.¹¹

Al evaluar los parámetros clínicos, encontramos que las lesiones únicas se presentan más frecuentemente en niños, lo cual caracteriza la Leishmaniasis del Nuevo Mundo.¹² Las lesiones faciales¹³ se evidencian en una alta proporción. Así como la ocurrencia de la enfermedad en mujeres y niños,¹⁴⁻¹⁵ sugiere una transmisión domiciliar para lo cual la *Lutzomyia* se-

rrana podrá ser un buen candidato como vector.¹⁶

La presencia de linfadenopatías asociadas con Leishmaniasis Cutánea Localizada forma esporotricoides, es un dato importante, ya que según algunos autores se señala a la *Leishmania Braziliensis* como un agente involucrado en la invasión temprana del sistema linfático.¹⁷

En niños, el tiempo promedio de curación y el porcentaje acumulado de curación clínica con ambos tratamientos, según edad y sexo, es similar, obteniéndose a los 7 meses un 88% de curación con quimioterapia y un 80% con inmunoterapia. Se requirió un promedio de 3 ciclos o dosis de Glucantime o inmunoterapia para obtener estos resultados.

Con respecto a los efectos adversos, en los pacientes tratados con Antimoniales pentavalentes se presentaron en un escaso número, pero todos sistémicos y serios. En cambio, en el manejo de la inmunoterapia se presentan escasos, leves y locales.

Se plantea en base a todo lo anteriormente señalado, el uso de la inmunoterapia como una alternativa sumamente valedera en el tratamiento de los pacientes infantiles con Leishmaniasis Cutánea Localizada, ya que en ellos es importante tener presente los efectos adversos, entre los que destacan los cardiovasculares por su difícil manejo en niños, así como su fácil vía de administración y bajo costo.

Habría que dejar la inquietud de la posibilidad de la existencia de focos domiciliarios además de los selváticos.

cos, que en efecto podría estar aumentado el número de casos de niños afectados por esta patología, con todas las implicaciones desde el punto de vista de repercusión en las actividades escolares y alteraciones en el núcleo familiar.

BIBLIOGRAFIA

1. Convit Jacinto, Rondón Lugo AJ, Ulrich M, Bloom B, Castellano P, y col. Immunotherapy versus Chemotherapy in localized Cutaneous Leishmaniasis. *The Lancet* 1987 Feb; 401-404.
2. D'Suze Carlos, García Cynthia. Epidemiología de la Leishmaniasis Dermatológica Venezolana. *Dermatología Venezolana* 1993;21(2):4-9.
3. Tapia F, Cáceres-Ditlmar G, Sánchez M, Rondón AJ, Corivil J. Adhesion molecules in lesion of American cutaneous leishmaniasis. *Exp. Dermatol* 1994 Feb; 3(1):17-22.
4. Riziuddin S, Abdalla RE, el-Awad EH, alJanaid M. Immunoregulatory and proinflammatory cytokine production in visceral and cutaneous leishmaniasis. *J Infect Dis.* 1994 Oct; 170(4):1037-40.
5. Maldonado R, Porism L, Beare J. *Text Book of Pediatric Dermatology.* WB Saunders Company. 1989;7-19.
6. Weigel MM, Arnijos RX, Racines RJ, Zurita C, Izuriela R, y col. Cutaneous leishmaniasis in subequatorial Ecuador: popular perceptions, knowledge and treatment. *Bull Pan-Am Health Organ.* 1994 Jun; 28(2):142-55.
7. Anez N, Nieves E, Cazoila D, Oviedo M, Lugo de Yarbuh A, y col. Epidemiology of cutaneous leishmaniasis in Merida, Venezuela. *Ann Trop Med Parasitol.* 1994; 88(13):279-82 Moss TJ, Wilson TP. Current treatment recommendations for leishmaniasis. *Aun Pliarmacother.* 1992;26(11):1452-5.
9. Evans TG. Leishmaniasis. *Infect Dis Clin North Am.* 1993;7(3):527-46.
10. Villalobos G, Vargas N, Flores de Durán T, Díaz I. Leishmaniasis Tegumentaria Americana. Aspectos clínicos parasitológicos inmunológicos en el Estado Zulia-Venezuela. *Kasmera,* 1987;15(1-4):147-66.
11. Rondón Lugo AJ, Reyes O, Ulrich Marigu y Félix Tapia. Leishmaniasis Cutáneo Mucosa. En *Dermatología Venezolana.* 1995; 23(3-4):11-24.
12. Melby PC, Kreutzer RD, McMafron Pralt D, Garri A, y Neva FA. Cutaneous Leishmaniasis: review of 50 cases seen at the National Institutes of Health. *Clin Infect Dis* 1992;15(6):924-37
13. Morneni AZ, Aminjavaheri M. Clinical picture of cutaneous leishmaniasis Isfahan, Iran. *Int J Dermatol.* 1994;33(4):260-5.
14. Le-Poni F, Barrera C, Cáceres AL, Galati EA, Jarra O, y col. Leishmaniasis in Ecuador. *Am Soc Belg Med Trop.* 1994;74(1):43-9.
15. Maingon R, Feliciari-geli D, Guzmán B, Rodríguez N y Convit J. Cutaneous Leishmaniasis in Táchira States Venezuela. *Ann Trop Med Parasitolol.* 1994 Feb. 88(1):29-36.
16. Passos-VM, Falcao AL, Marzochi MC, Gontijo CM, Dios ES, and col. Epidemiological aspects of American Cutaneous Leishmaniasis in a periurban area of the metropolitan region of Belo Horizonte, Minas Gerais Brazil. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz.* 1993; 88(1):103-10.
17. Barral A, Barral Netto M, Almeida R, de Jesús AR, Grinnaldi y Col. Lymphadenopathy associated with Leishmania Braziliensis cutaneous infection. *Am J Trop Med Hyg.* 1992;47(5):587-92.
18. Maltoi M, Ninane J, Bigaignon G, Verrynlen C, and Cornu G. Visceral and cutaneous leishmaniasis in an European paediatric population. *Acta Clin Belg* 1992;47(4):231-7.