

Reporte Clínico Epidemiológico

LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA EN EL ESTADO APURE, VENEZUELA

Dr. Héctor José Rincones L.*
Dra. Janina Castellanos de Rincones**
Dr. Jesús Contreras Ramírez*

RESUMEN

Se presentan las características clínicas e histológicas de casos de Leishmaniasis Tegumentaria Americana diagnosticados en el Servicio de Dermatología Clínica del Hospital General "Dr. Pablo Acosta Ortiz" de San Fernando de Apure, Venezuela. Se esbozan las características geográficas y meteorológicas de la zona en relación con la enfermedad. Nuestros resultados resaltan la gran cantidad de parásitos encontradas en muchas de las lesiones, lo cual no es habitual en los casos comunes de la enfermedad. Estos hallazgos son similares a los descritos por otros autores en el Estado Lara, Venezuela.

ABSTRACT

Clinical and histological characteristics of American Tegumentary Leishmaniasis cases at the Service of Clinical Dermatology of the general Hospital Dr. Pablo Acosta Ortiz at San Fernando de Apure, Venezuela. Geographical and Meteorological characteristics of the zone in relation to the illness, are briefly explained. Our results remark the increased number of parasites found in many cases of lesions, which is not current in this illness. These findings are agree to those reported by others investigators at the Lara state, Venezuela.

PALABRAS CLAVES: Leishmaniasis tegumentaria americana - Cantidad de parásitos.

INTRODUCCION

Bajo el nombre de leishmaniasis, se agrupan varios cuadros clínicos causados por la presencia en el hombre de protozoarios flagelados del género leishmania, cuyos vectores son insectos del género *Lutzomyia* y *Psychodophygus*. Estas enfermedades son: la Leishmaniasis Tegumentaria Americana, el botón de Oriente y la Leishmaniasis visceral.

El primer caso de Leishmaniasis Tegumentaria Americana en Venezuela, fue reportado en 1916 por (Turbe y González (1) y desde entonces se han reportado muchos más casos y realizado estudios e investigaciones por varios autores en este país. Prácticamente en todo el territorio Venezolano, con excepción del Estado Nueva Esparta, existe la enfermedad con áreas muy bien definidas, donde la incidencia y la prevalencia son mayores. Sin embargo su presencia en el Estado Apure no había sido reportada

consistentemente hasta ahora (2, 3, 4). Revisando los archivos del Servicio de Dermatología Sanitaria, encontramos el primer caso diagnosticado en 1972, con unos pocos casos diagnosticados en 1972, con unos pocos casos diagnosticados en los años subsiguientes, hasta 1982; de estos casos no existe ningún reporte en la Literatura.

Medina y Romero (4) en su trabajo, afirman haber comprobado "casos esporádicos en vecindarios de Elorza y Puerto Nutrias en el Estado Apure". Haciendo abstracción del hecho geográfico de que Puerto Nutrias pertenece al Estado Barinas, los autores durante su permanencia de ocho meses en Elorza, no encontramos ningún caso de la enfermedad; no obstante, por este hecho aislado no es posible negar su presencia en dicha área, ya que en regiones geográficamente similares del Estado, hemos encontrado los casos que se reseñan en el presente trabajo.

Astrónomicamente el Estado Apure está situado entre los paralelos 6 y 8 grados de latitud norte y los 66 grados 43 minutos y 72 grados y 9 minutos de longitud oeste, ocupa el 8,34% del territorio nacional Venezolano con 76.500 kilómetros cuadrados. Los llanos Apureños ocupan las regiones más bajas del país ya que apenas se elevan de 50 a 200 m sobre el nivel del mar y están comprometidos dentro del piso térmico tropical o "tierra caliente". Se caracteriza por tener un período lluvioso de mayo a octubre con una precipitación pluvial anual promedio de 1.400 mm en total, siendo las máximas precipitaciones durante el mes de agosto; y un período seco anual de noviembre a abril. La temperatura media dominante es de 27.5 grados centígrados, con mínima de 18.4 grados en los meses de enero y febrero en horas de la mañana, y máxima de 40.2 grados centígrados a las 2 pm. en el período de sequías, con una humedad relativa media que varía de 62% en marzo a un 85% en julio, según el régimen de lluvias (5).

Por estar el territorio del estado

* Servicio Dermatología, Hospital Dr. Pablo Acosta Ortiz.

** Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Dr. Pablo Acosta Ortiz.

surcado por numerosos ríos, caños y lagunas, la vegetación ribereña aunada a las características geográficas antes mencionadas, crean las condiciones ecológicas necesarias para el desarrollo y multiplicación del insecto vector.

MATERIAL Y METODOS

Desde el mes de mayo de 1982, hasta julio de 1987, se diagnosticaron cerca de 40 casos de Leishmaniasis Tegumentaria Americana en la consulta de Dermatología Clínica del Hospital General "Dr. Pablo Acosta Ortiz" de San Fernando de Apure; de ellos podemos documentar fehacientemente sólo 27, ya que algunos fueron atendidos en otros hospitales del centro del país, principalmente en la ciudad de Maracay, y de otros, los registros clínicos se encuentran extraviados. A todos los pacientes se les practicó intradermoreacción a la leishmanina, la cual fue leída a las 48 horas; así mismo se tomaron muestras de las lesiones tanto para frotis por aposición como para biopsia. Los frotis fueron coloreados indistintamente con la tinción de Giemsa o de Wright. Las biopsias fueron coloreadas con Hematoxilina y Eosina. A todos los pacientes se les elaboró una historia clínica resaltando además de sus datos personales, la procedencia, descripción de las lesiones y su evolución una vez instalado el tratamiento.

Cuando fue posible, se tomaron fotos de las lesiones. El diagnóstico fue establecido tanto por las características clínicas de las lesiones, procedencia del paciente, respuesta al antígeno Leishmania, como por la identificación de los parásitos en los estudios histológicos.

RESULTADOS

El mayor número de casos observados durante el período señalado (cuadro 1) estuvo comprendido entre las edades de 10 a 39 años; llamamos la atención al hecho poco usual de encontrar varios pacientes (siete) con edades iguales o menores a cinco años. En cuanto al sexo, predominó el masculino en una proporción de 2 a 1.

En cuanto a las formas clínicas de presentación de la enfermedad, fueron diversas; encontramos casos con lesiones papulares, papulonodulares

**Cuadro Nº 1
LEISHMANIASIS
TEGUMENTARIA, DISTRIBUCION
POR SEXO Y EDAD,
AÑO 1982 A 1987.
Hospital Dr. Pablo Acosta Ortiz
de San Fernando de Apure**

Edad	Fem- vino	Mascu- lino	Total
0- 5 a.	5	2	7
6-10 a.			
11-15 a.	-	2	2
16-20 a.	-	2	2
21-25 a.	-	4	4
26-30 a.	1	-	1
31-35 a.	-	1	1
36-40 a.	1	-	1
40y+a.	3	6	9
TOTAL	10	17	27

noduloulceradas, ulcerosas y verrucosas (cuadro 2). Hasta la fecha no se ha diagnosticado ningún caso de la forma tardía mucosa de la enfermedad en nuestro medio, pero sí encontramos un caso rebelde al tratamiento convencional, el cual, una vez realizados los estudios inmunológicos en el Instituto de Biomedicina de la ciudad de Caracas, fue diagnosticado como la forma Anérgica Difusa (6, 7).

**Cuadro Nº 2
LEISHMANIASIS
TEGUMENTARIA, EN EL
ESTADO APURE.
AÑOS 1982 A 1987
Hospital Pablo Acosta Ortiz
Formas clínicas**

Formas clínicas	Nº de casos	%
Pápula	5	18,5
Nódulo	4	14,8
Nódulo ulcerado	4	14,8
Úlcera	13	48,2
Otras	1	3,7
TOTAL	27	100

Los veintisiete pacientes aquí reseñados, eran de diversas procedencias; varios de ellos son habitantes de pequeños asentamientos localizados en el área urbana del municipio de Biruaca, vecino a San Fernando y del mismo San Fernando, otros de los alrededores de los municipios Cuna

viche y San Juan de Payara y unos pocos de los Estados Guárico y Barinas, pero de zonas cercanas a San Fernando (cuadro 3).

**Cuadro Nº 3
LEISHMANIASIS
TEGUMENTARIA, DE ACUERDO
A PROCEDENCIA.
AÑOS 1982 A 1987
Hospital Dr. Pablo Acosta Ortiz
de San Fernando de Apure**

Locali- dad	Nº de casos	
San Fernando	4	14,8
Biruaca	11	40,8
San Juan de Payara	4	14,8
Cunaviche	3	11,1
Otros (Guárico Barinas)	5	18,5
TOTAL	27	100

El tiempo transcurrido entre la detección de las primeras manifestaciones por parte de los pacientes, y el establecimiento del diagnóstico estuvo entre los 15 días y los 5 años.

El frotis por aposición de un fragmento del borde de la lesión teñido indistintamente con Giemsa o con Wright, mostró abundantes formas amastigotas de leishmania sp. en una gran mayoría de muestras; con excepción de un paciente donde pese a los esfuerzos realizados no se observaron parásitos. La respuesta al antígeno Leishmanina fue variable, desde negativa en varios pacientes hasta de un máximo de 11 mm en dos de ellos (cuadro 4).

**Cuadro Nº 4
LEISHMANIASIS
TEGUMENTARIA AMERICANA,
RESPUESTA A LA
LEISHMANINA.
AÑOS 1982 A 1987
Hospital Dr. Pablo Acosta Ortiz**

Leishmanina	Casos	%
Mayor de 5 mm	9	33,3
Menor de 5 mm	8	29,6
Sin respuesta	10	37,1
TOTAL	27	100

Desde el punto de vista histológico, la mayoría de las biopsias estudiadas mostró una carga parasitaria inusitada, independientemente del tipo de lesión y del tiempo de evolución de la misma, ya que habitualmente se afirma que a medida que aumenta el tiempo de evolución disminuye el número de parásitos en las lesiones. Los hallazgos histológicos más frecuentes en nuestros pacientes consistieron en: acantosis en grado variable con hiperplasia pseudoepiteliomatosa en algunos casos, denso infiltrado predominantemente histiocitario con abundantes formas amastigotas de *Leishmania* sp. intracitoplasmáticas y extracelulares con variable cantidad de plasmocitos y linfocitos. En otros casos observamos la formación de granulomas tuberculoides con variable cantidad de células gigantes con presencia de formas amastigotas de *Leishmania* sp. en su citoplasma.

Unos pocos casos mostraban un patrón mixto. En aquellos casos donde histológicamente la carga era mayor, el infiltrado era predominantemente histiocitario (3, 8).

Todos los pacientes fueron tratados con antimonio de N-Metil Glucamina por vía parenteral, tanto intramuscular como intralesional, obteniendo una respuesta favorable al tratamiento, con desaparición total de las lesiones en todos los pacientes, menos uno, el cual requirió inmunoterapia en el Instituto de Biomedicina de Caracas, con resultados hasta ahora satisfactorios.

COMENTARIOS

En este estudio la enfermedad se observó con mayor frecuencia en el sexo masculino, en una proporción de 2 a 1, siendo los grupos etarios más afectados los comprendidos entre los 10 y 39 años, lo cual aparentemente está en relación con las actividades agrícolas y pecuarias al aire libre desarrolladas en este Estado, lo que coincide con lo observado por otros autores (9 a 14).

Consideración aparte nos merece el alto número de niños afectados por debajo de los 5 años, ya que este grupo etario desarrolla sus actividades habituales en el domicilio y peridomicilio, sin llegar a penetrar el habitat tradicionalmente señalado por los

vectores, lo cual quiere decir que éste ha cambiado sus hábitos invadiendo las viviendas, hecho a tomarse en cuenta en los posibles futuros planes de prevención de la enfermedad. Por otra parte, hay que destacar el hecho de que la mayoría de los casos residen en zonas aledañas a la ciudad y fueron infectados en el área urbana.

En observaciones previamente reportadas en la literatura consultada, se establece que el aspecto histológico de las lesiones de menos de seis semanas de evolución (8, 10, 13) se caracteriza por la abundancia de parásitos, y que su número va disminuyendo a medida que la enfermedad avanza en el tiempo; en una gran mayoría de nuestros casos no fue así, observando gran número de formas amastigotas de *Leishmania* sp. en lesiones de larga data. Hemos tratado de explicar esta situación un tanto paradójica, interpretando nuestros hallazgos según el espectro propuesto por la Escuela Vargas (Convit, citado en 13) en donde se consideran al igual que en la lepra, dos formas polares y formas intermedias o "borderline" que reúnen aspectos clínico-patológicos de aquéllas, estando entonces la mayoría de nuestros casos dentro de este último grupo.

Sin embargo, es de hacer notar

que las características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas de nuestros casos guardan un estrecho paralelismo con los presentados por el grupo del Dr. Bonfante Garrido de la U.C.L.A., en el III Simposio Venezolano de Leishmaniasis celebrado recientemente en la ciudad de Barquisimeto, en donde se le asignó a una nueva sub-especie de *Leishmania* la etiología de la enfermedad de los casos por ellos presentados; esta subespecie ha sido aceptada bajo la denominación de *Leishmania Mexicana Venezuelensis*.

Para la caracterización definitiva del agente causal de la enfermedad en nuestro medio, hemos establecido contacto con el Instituto "Oswaldo Cruz" de Río de Janeiro, donde se enviarán muestras para ello.

La caracterización exacta del parásito nos será de gran ayuda para combatir la enfermedad, tanto en forma curativa como preventivamente, ya que de tratarse de una sub-especie similar a la identificada en Barquisimeto, disminuiría los costos de tratamiento debido a que evoluciona favorablemente cuando se le trata mediante infiltración intralesional del antimonio de N-Metil Glucamina (Glucantine).

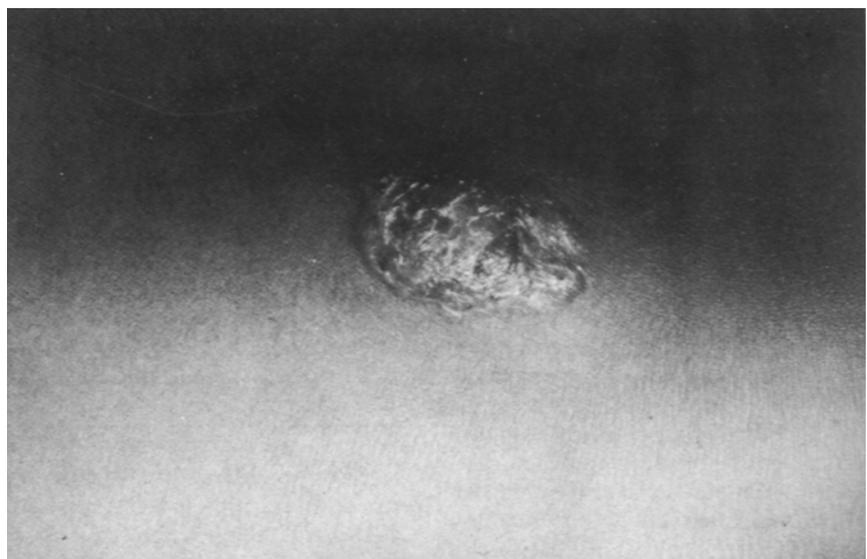


Figura Nº 1
Lesión nodular en el brazo derecho,
de tres meses de evolución.



Figura N° 2
Lesión nodular ulcerada en
región fronto-temporal izquierda.



Figura N° 3
Nódulo ulcerado en antebrazo derecho,
dos meses de evolución.

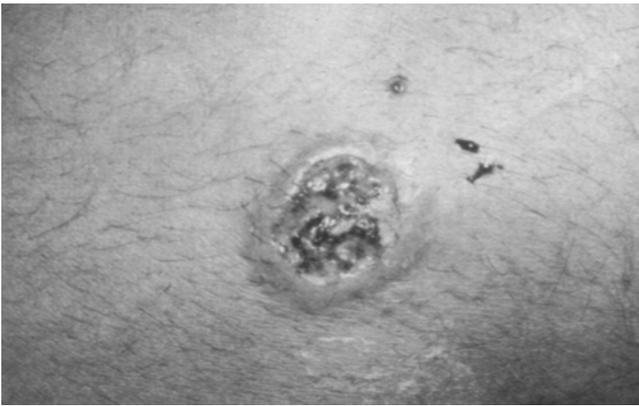


Figura N° 4
Úlcera en pierna izquierda.



Figura N° 5
Úlcera en cara anterior de pierna derecha.

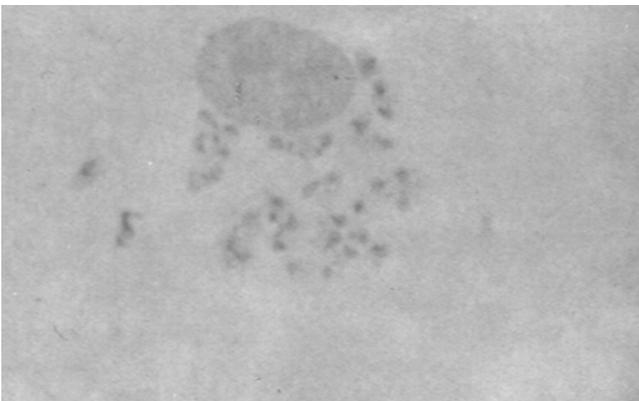


Figura N° 6
Histiocitos llenos de formas amastigotas en linfa
del borde de una úlcera. Wright. 100X.

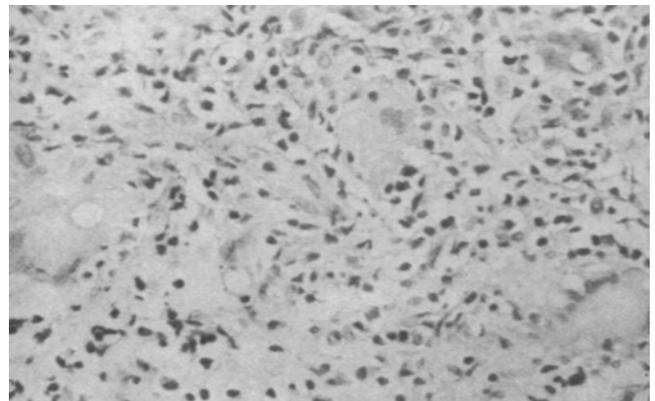


Figura N° 7
Granuloma tuberculoide, con varias células gigantes.
Obsérvense las vacuolas con parásitos
en su interior. H. E. 40X.

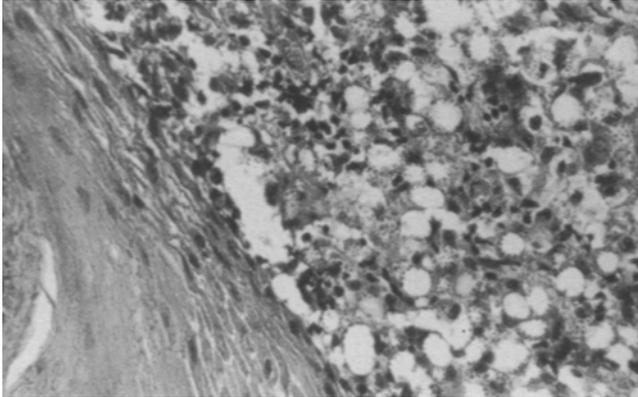


Figura N° 8
Infiltrado macrófago con
abundantísimas Leishmanias. H. E. 40X.

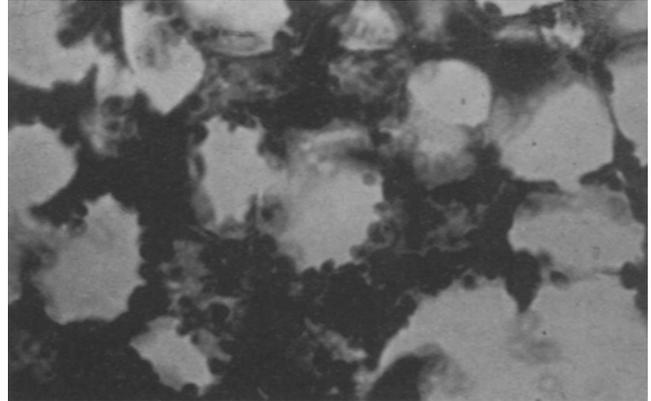


Figura N° 9
Numerosos histiocitos vacuolados
con abundantes parásitos. H. E. 100X.

BIBLIOGRAFIA

1. Iturbe J. y González E. Primer caso de Leishmaniasis Cutánea en Venezuela. Gaceta Médica de Caracas XXIV, 3: 20-21, 1917. .
2. Rodríguez G.G., Peyera R.E. Aspectos clínicos de los casos de Leishmaniasis Hospitalizados en diferentes servicios del Hospital Vargas, Archivo Hospital Vargas. II, 2: 325-329, 1961.
3. Pifano C.F., Medina R., Medina F.M., Romer M. La Leishmaniasis Tegumentaria Americana. Revista San. Asist. XIX, IXI, 5.6: 403-423, 1954.
4. Medina R., Romero J. Estudio sobre la Leishmaniasis Tegumentaria en Venezuela Dermatología Venezolana VII, 1:30-44, 1957.
5. Méndez Echenique, A. Historia de Apure. Publicaciones del Cronista del Estado Apure. San Fernando de Apure, pp. 2131,1985.
6. Marinkelle C.J., Rodríguez P.E. Progresos en Leishmaniasis. Tribuna Médica 1-6, junio 1981.
7. Convit J., Alarcón C., Medina R., Reyes O., Kerdel-Vegas F. Leishmaniasis Tegumentaria Difusa. Nueva Entidad Clínico Patológica y Parasitaria. ' Archivos Venezolanos Pat. Trop. Par. Méd. III, I: 218-251, 1959.
8. Pifano F. Conferencia dictada en el Curso de Medicina Tropical 1960-1961. (Mimeografiada).
9. Kerdel-Vegas F. American Leishmaniasis. Int. J. of Derm. XXI, 6: 291-303, 1982.
10. Pons A.R. Leishmaniasis Tegumentaria Americana en el Asentamiento Campesino de Zipayare. Aspectos Epidemiológicos. Clínicos e inmunológicos. Su importancia en la Reforma Agraria. Kasmera. II, 1: 5-59, 1968.
11. Alvarado J.A., González A.M. Leishmaniasis Tegumentaria Americana en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas. Período 1976-1985 (Casuística). Dermat. Venez. XXIV, 2, 3, 4: 63-70, 1986.
12. Bofill D., Vilasica L., Zaera y A. Grau: Las Leishmaniasis. Med. Intg. VI, 8: 337-344, 1985.
13. Fitzpatrick T.B., Eisen A.Z., Wolff K., Freedberg I.M., Austen, Hill Book Company, New York, pp. 1641-1647, 1979.
14. Rook A., Wilkinson D.S., Ebling F.: Mucocutaneous Leishmaniasis en Textbook. of. Dermatology. Blackwell Scientific Publications. London, pp. 904-907, 1979.
15. Bittencourt A. L., Rodrigues de F. L.A. Leishmanose Tegumentar Difusa. Aspectos Anatomopatológicos. Med. Cut. I.L.A. XI, 4: 265, 1983.