

---

# Leishmaniasis

## Cutáneo Mucosa (\*)

---

Dres. Antonio J. Rondón Lugo (\*\*)

Oscar Reyes F. (\*\*\*)

Marian Ulrich (\*\*\*\*)

Félix Tapia (\*\*\*\*\*)

- (\*) Trabajo realizado en el Instituto de Biomedicina. Director Dr. Jacinto Convit.
- (\*\*) Adjunto Servicio Dermatología. Hospital Vargas. Jefe Sección Clínica, Instituto de Biomedicine.
- (\*\*\*) Dermopatólogo Instituto Nacional de Biomedicina.
- (\*\*\*\*) Inmunólogo Instituto Nacional de Biomedicina.
- (\*\*\*\*\*) Biólogo Instituto Nacional de Biomedicina.

---

La Leishmaniasis es una enfermedad granulomatosa crónica, producida por un parásito; para su aparición en el hombre hace falta el concurso de un insecto flebótomo, por tal motivo se dice que es una enfermedad metaxémica.

Las Leishmanias se han clasificado por su tendencia a localizarse en la piel (1) (Dermotropas) o en las vísceras (Viscerotropas); la *L. Donovanii* es el ejemplo de este grupo y produce el kalarazar. Las Dermotropas son la *L. Trópica* que ocasiona el botón de oriente. La Leishmaniasis Tegumentaria Americana o Leishmaniasis Cutánea Mucosa, ha sido objeto de múltiples discusiones en cuanto a su etiología; por un lado Lainson (2), ha propuesto que existen 2 grandes complejos de Leishmanias, con diferentes subespecies, cada una representaría un cuadro clínico, histológico, y de respuesta a la terapia más o menos con características semejantes; es así como distingue los siguientes grupos:

1. *Leishmania Mexicana Mexicana*, que se encuentra en el Norte de

América Central, Península de Yucatán, Belize y Guatemala, produce la forma clínica de úlcera de los chichleros.

2. *Leishmania Mexicana Amazonensis*, puede producir las Leishmaniasis cutánea difusa y cutánea amazónica.
3. *L. Mexicana Pifanoi*, produciría la Leishmaniasis cutánea difusa.
4. *L. Garnhami*, la Leishmaniasis cutánea de los Andes Venezolanos
5. *L. Mexicana Venezuelensis*, responsable de Leishmaniasis cutánea en el área cerca de Barquisimeto.
6. *L. Mexicana Aristedesii*.
7. *L. Mexicana enriettii*, Leishmaniasis en cobayos.
8. Estudia asimismo diferentes cuadros regionales y su etiología, como son los casos de Leishmaniasis de: roedores y marsupiales de la Isla de Trinidad, Leishmaniasis cutánea de la sierra de Roncador (Brasil), Leishmaniasis cutánea difusa en República Dominicana. Las subespecies de *L. Braziliensis* son:
  1. *L. B. Braziliensis*.
  2. *L. B. Panamensis*: Leishmaniasis cutánea de Panamá.
  3. *L. B. Guyanensis*. Leishmaniasis del Noreste Amazónico.
  4. *L. B. Peruviana*. Produce el UTA en los Andes Peruanos.

Otros investigadores en Venezuela, como lo son Rafael Medina, Jesús Romero (3), Scorza, J.V. (4), R. Bonfante (5), han descrito diversas subespecies. Es decir que cada forma clínica y a ve-

ces hasta regional tendría una etiología específica.

Otro grupo de investigadores, donde el Dr. J. Convit, ha sido el abanderado (6,7,8,9) sostiene la tesis que si bien es cierto y se aceptan 2 grandes complejos de Leishmanias, complejos *L. Braziliensis* y complejo *L. Mexicana*, las características clínicas, inmunológicas, histopatológicas y de respuesta a la terapéutica estarían representadas por las condiciones inmunológicas del huésped, tal como sucede en otras enfermedades crónicas como la lepra, micosis profundas, etc.

El parásito leishmánico presenta dos estadios: Promastigotes y Amastigotes, éste carece de flagelo externo, se encuentra en los vertebrados (animal, reservorio, hombre) el estadio promastigote se encuentra en el huésped intermediario (díptero Flebótomo) para la identificación de las diferentes especies y subespecies de Leishmanias que producen lesiones cutáneas en las Américas, los procedimientos empleados son difíciles y con resultados contradictorios, actualmente en el progreso de investigaciones científicas se mencionan el empleo de anticuerpos monoclonales (10) y el aislamiento del DNA del quinetoplasto protozoario (11).

### EPIDEMIOLOGIA

La Leishmaniasis constituye un serio problema de salud, a nivel mundial se registran aproximadamente 400.000 nuevos casos anuales (12), a pesar de ello, anteriormente se le ha dado poca importancia, quizás debido a que se presenta en áreas rurales, rara vez es mortal y en determinadas circunstancias se le ha asociado a condiciones socio políticas (13).

En Venezuela salvo en el Territorio Delta Amacuro, han sido descritos casos en todas las entidades federales, ya que el Dr. Rafael Medina, describió un caso autóctono del Estado Nueva Esparta<sup>(14)</sup>.

En el registro nacional (cuadro N° 1) desde 1951 al 30 de mayo de 1984 se han registrado 21.734 casos, de esos, 9.836 en el período 1974-84; en los años 1984 y 1985 el número de casos sobrepasan a los 2000 casos anuales;

el subregistro podría estar en el orden del 10 al 20%. Los Estados con mayor incidencia son Táchira, Miranda, Trujillo y Bolívar que se consideran activos, Barinas y Amazonas reportan gran número de casos mucosos y el Estado

**CUADRO N° 1**  
**LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA**  
**CASOS NOTIFICADOS POR LOS SERVICIOS DE DERMATOLOGIA SANITARIA**  
**DISTRIBUIDOS POR ENTIDADES FEDERALES Y POR AÑOS**  
**VENEZUELA 1955 — 1984**

ENTIDADES FEDERALES	55—73	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	TOTAL
Dtto. Federal	19	—	—	1	13	—	29	24	9	30	8	331	464
Anzoátegui	105	9	9	20	13	6	9	157	78	62	40	21	529
Apure	25	3	3	2	—	—	—	—	—	2	5	1	41
Aragua	277	27	6	6	10	7	45	52	37	17	41	17	542
Barinas	1.805	16	28	36	10	18	21	19	26	17	27	21	2.044
Bolívar	252	5	2	1	—	—	10	1	3	5	19	9	307
Carabobo	186	38	—	1	32	10	20	65	55	112	104	27	650
Cojedes	77	—	—	—	—	—	10	6	10	2	12	3	120
Falcón	91	—	1	1	—	—	5	5	29	9	6	4	151
Guárico	62	—	—	1	—	—	—	—	3	—	1	4	71
Lara	350	28	78	31	24	19	21	75	75	132	258	92	1.183
Mérida	2.304	39	60	42	37	172	280	161	203	228	236	66	3.828
Miranda	195	10	9	7	4	4	37	5	35	232	209	28	775
Monagas	14	12	9	11	7	18	10	2	6	5	4	4	102
Nueva Esparta	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Portuguesa	463	10	24	27	10	—	15	23	14	63	25	11	685
Sucre	73	20	48	44	125	96	134	150	107	97	197	29	1.120
Táchira	2.720	54	147	64	64	94	126	139	170	145	113	107	3.943
Trujillo	1.791	103	62	101	25	134	164	146	185	171	193	79	3.154
Yaracuy	230	12	32	16	18	26	43	48	35	102	57	—	619
Zulia	853	16	21	25	9	4	16	12	16	28	19	9	1.028
T.F. Amazonas	6	—	—	—	18	—	96	73	106	29	50	—	378
VENEZUELA	11.898	402	539	437	419	608	1.091	1.163	1.202	1.488	1.624	863	21.734

FUENTE: Registro Nacional de Enfermos.

Incluye cifras hasta el 30 de mayo de 1984.

Sucre el mayor número de casos de Leishmaniasis visceral.

La enfermedad puede aparecer a cualquier edad (ver cuadro N° 2) 31.3% entre 15 y 44 años y el 19.8% de 45 años y más; aunque en cada foco hay particularidades dependientes de si es un foco reciente o antiguo.

El sexo registra una mayor incidencia, 57% para el sexo masculino. La población expuesta tradicionalmente eran los campesinos y personas que necesariamente transitaban por los bosques; pero el desarrollo agroindustrial así como la creación de nuevas urbanizaciones cercanas a focos activos y el incremento de zonas de recreación ha hecho posible el aumento progresivo de casos.

Los casos registrados están en la altitud de 0 a 1.000 mts. sobre el nivel del mar, aunque en Los Andes han encontrado casos hasta los 1.800 mts. sobre el nivel del mar<sup>(15)</sup>.

Las mejores condiciones parecen ser las que siguen a las lluvias, y los sitios húmedos.

"El hombre parece ser un huésped accidental, ya que no hay Leishmanias en la sangre y piel sana, sería una antropozoonosis donde aparece como huésped accidental el hombre" (Witremundo Torrealba). Pifano (1960) propone 3 tipos de focos: Endemia reciente con índice parasitario mayor de 20% e índice alérgico menor del 5%. Endemia alta con índice parasitario entre 10 X 20%, índice alérgico mayor de 20%, lesiones mucosas entre 5 y 10%; Endemia antigua con índice alérgico mayor de 50%, bajo índice parasitario, lesiones mucosas entre 15 y 30%<sup>(16)</sup>.

En la delimitación y caracterización epidemiológica de los focos se deben tener en cuenta los siguientes índices:

Índice de Leishmanias:

Índice de casos sospechosos

Índice de cicatrices

Índice parasitario

N° personas con Leishmaniasis + Total de personas (+ y -) estudiados.

N° personas con lesiones compatibles  
N° personas encuestadas.

N° personas con cicatrices compatibles  
N° personas encuestadas.

N° personas con parásitos demostrados  
N° personas de las cuales se le toman

## CUADRO N° 2

### CASOS DE LEISHMANIASIS REGISTRADOS EN VENEZUELA DISTRIBUIDOS POR: EDAD, SEXO, TOTAL Y % 1976 - 1983

EDAD	SEXO		TOTAL	%
	M	F		
0 - 1	93	117	210	2.84
2 - 4	242	236	478	6.45
5 - 9	411	329	740	9.98
10 - 14	482	408	890	12.00
15 - 19	581	366	947	12.73
20 - 24	395	299	694	9.36
25 - 29	337	273	610	8.23
30 - 34	261	220	481	6.49
35 - 39	263	215	478	6.45
40 - 44	248	172	420	5.66
45 - 49	218	152	370	4.98
50 - 54	178	104	282	3.80
55 - 59	164	89	253	3.41
60 y +	337	225	562	7.57
TOTAL	4.210	3.205	7.415	100.00

FUENTE: Registro Nacional de Enfermos y Contactos  
Departamento de Dermatología Sanitaria.

#### RESERVORIOS

Se considera que el sistema ecológico es lo que mantiene la población de parásitos en algunas especies de flebotomos vectores y uno o poco vertebrados. Así mismo estos vertebrados deben ser abundantes y longevos, el número que se infecta debe ser considerable. El curso de la infección es largo, los parásitos están presentes en la piel y sangre, es intenso el contacto entre el huésped y el flebotomo. General-

mente hay un reservorio para determinada región y especie. Existen huéspedes accidentales que sacan al parásito, de su biotipo enzootico<sup>(17)</sup>.

Entre los animales que se han descrito se encuentran: la pereza, Choloepus Hoffmani; oso hormiguero, Tamandua Tetradactyla; perro, rata, rattus rattus; Didelphus Marsupialis; roedores como Atolymys Phylotis, rata espinosa, Proehimys; rattus rattus<sup>(18,19)</sup>.

## TRANSMISORES

De la familia Phlebotomidae o subfamilia Phlebotominae de Psychodidae están: la subfamilia Phlebotominae que tiene 600 especies, de las cuales 70 han sido demostradas o sospechosas de ser vectores de la Leishmaniasis; en el viejo mundo pertenecen al género *Phlebotomus* y en el nuevo mundo al género *Lutzomyia*.

Los criterios para identificación se basan en la cría de *Flebotomus*, análisis de isoenzimas.

Un flebótomo hembra pone de 50 a 100 huevos, hay 4 estadios larvarios antes de la formación de las pupas; los adultos salen entre 7 a 10 días después. Las condiciones climatológicas influyen en la proliferación.

La reproducción comienza en un período aproximado de 7 días después de estar repleta de sangre; son las hembras las hematófagas y no pueden detectar al hombre a más de 10 metros.

Para capturarlos se busca la hora en que estén más activos por las noches; se les determina la actividad hematofágica y la actividad de ellos en general, lugares de reposo, dinámica demográfica, ciclos epidemiológicos.

Todos estos conocimientos son necesarios para realizar luchas contra ellos.

Los flebótomos hembra, por medio de las picaduras o por aplastarlas o por ingerirlas, son capaces de transmitir la enfermedad.

El mosquito ingiere amastigotes que se dividen y se transforman en promastigotes, este ciclo dura de 4 a 18 días; este hecho en sí no significa que puedan transmitir el parásito. Se necesita contacto entre el flebótomo y el hombre, contacto entre flebótomo y huésped, concordancia en la distribución del flebótomo y del parásito (20,21).

## CLINICA

La Leishmaniasis Cutánea Americana puede tener una localización cutánea, Leishmaniasis Cutánea (LC) y una localización mucosa, Leishmaniasis Mucosa (L.M.).

En ambas localizaciones se presentan diversidad de formas clínicas con respuestas histopatológicas, inmunológicas y al tratamiento.

La Leishmaniasis cutánea (L.C.) presenta un amplio espectro que va desde la Leishmaniasis Cutánea localizada (LCL), polo benigno con respuestas positivas a la Leishmanina, histología característica y curación espontánea o con medicamentos habituales anti-leishmánicos; comienza de 2 a 4 semanas después de la picadura del insecto; la lesión generalmente es única, aunque pueden ser varias las lesiones; se localizan generalmente en áreas expuestas cara, miembros, etc.; aunque la hemos visto en casi toda la superficie corporal. Comienza por una pequeña pápula que simula más bien una picadura banal por insectos; la forma de úlcera es la más frecuente con variados tamaños y formas, la superficie puede ser regular o no, con tejido de granulación, mamelones, secreción seropurulenta variable, bordes de diferentes formas, planos o levantados, gruesos o no.

Pueden adquirir aspecto de furúnculo (forma furunculoide) (Foto 1) o simular una esporotricosis (forma esporotricoides) (Foto 2) o tener un aspecto verrugoso que recuerda a la cromomicosis (forma cromomicoide) (Foto 3), otras veces simula un tumor (Foto 4) y se puede confundir con un carcinoma basocelular o espinocelular; a veces son úlceras extensas y el diagnóstico diferencial es con tuberculosis cutánea y úlceras de diferentes etiologías. (Fotos 5, 6, 7, 8).

El polo maligno lo representa la Leishmaniasis Cutánea Difusa (LCD) las lesiones son generalmente múltiples, se caracterizan por pápulas, nódulos y placas de diferentes tamaños, color de la piel, eritematosas, lisas en su mayoría y con poca tendencia a la ulceración; se localizan en cualquier parte de la superficie corporal, como la cara y miembros. (Foto 9).

La Leishmanina es negativa, histología característica con múltiples leishma-

nias y escasa o nula respuesta a terapias habituales.

El diagnóstico clínico diferencial es con la lepra lepromatosa, xantomas.

En la zona intermedia se encuentran lesiones de características variables, donde la cronicidad, tendencia a recaídas aún con tratamientos específicos, hipersensibilidad a la leishmanina, moderada población parasitaria en las lesiones son las características principales (24). (Foto 10).

La localización mucosa puede tener también un espectro. Puede seguir a los años de la lesión cutánea, aparece en un corto período después, o coincidir con ella, la lesión se inicia con un enrojecimiento de la mucosa nasal, cierto grado de infiltración que produce sintomatología de coriza y epistaxis.

Hay tendencias a perforar el tabique cartilaginoso y luego la nariz toma el aspecto de nariz en pico de loro o tapir. (Foto 11).

La forma benigna sería representada por una lesión única, con perforación del subtabique que luego cicatriza con tratamiento o sin él. Es la forma "Mitis", con una leishmanina fuertemente positiva.

Las otras lesiones son de carácter progresivo y pueden ser:

1. Lesiones únicamente de la mucosa nasal, sin invasión del paladar, con grados variables de compromiso mucoso.
2. Invasión nasal y del paladar blando.
3. Invasión nasal, paladar y faringe (Espundia).
4. Invasión nasal, palatina, faringe, laríngea.
5. Invasión nasal, palatina, faríngea, laríngea y parte superior de la tráquea.

En la mayoría de los casos, se encuentran pocos parásitos y leishmanina positiva. (24)

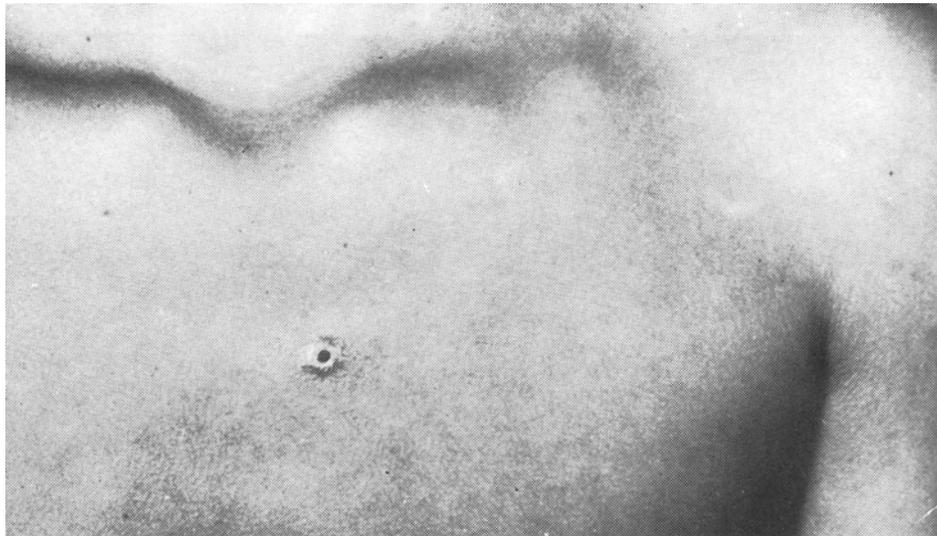
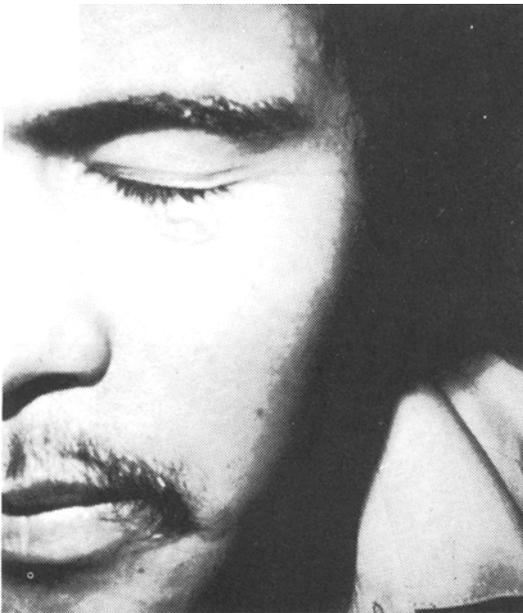


FOTO 1

Leishmaniasis "Furunculoide"



Leishmaniasis Furunculoide

FOTO 2



FOTO 3

Leishmaniasis "Cromomicroide"



FOTO 4

Leishmaniasis simulando un tumor.

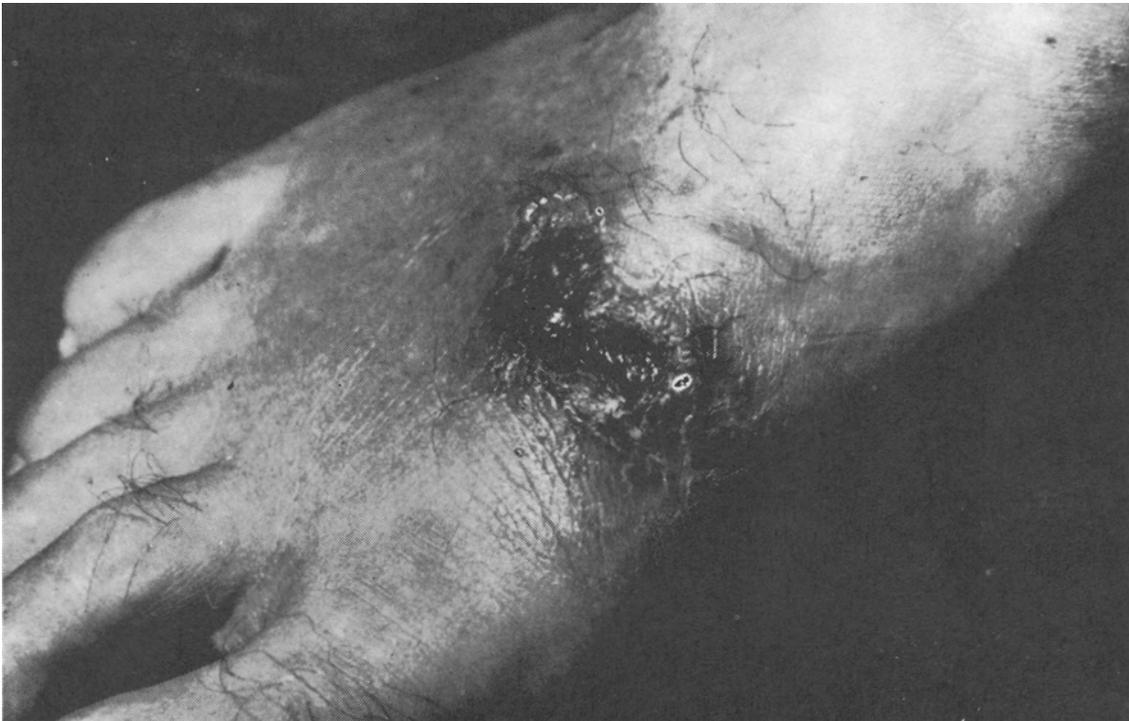


FOTO 5

Ulcera en dorso de pie.



FOTO 6  
Leishmaniasis en codo diagnóstico diferencial con psoriasis.



FOTO 7  
Placa infiltrada en dorso nasal. Diagnóstico diferencial: Lupus Discoideo, Sarcoidosis, Tuberculosis Cutánea, Linfoma Cutáneo, Tiña



FOTO 8  
Ulcera de los Chicheros. Diagnóstico diferencial CA Basocelular.



FOTO 9  
Aspecto clínico de Leishmaniasis Cutáneo Difusa.