

LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA EN EL HUILA

M. CAMPOS, R. HENRIQUEZ, L. LIMPIAS,
A. SANCHEZ, A. GIRALDO

La leishmaniasis Americana Tegumentaria es una zoonosis endémica de distribución amplia desde el sur de México. Su incidencia, distribución, reservorios y vectores en Colombia se han descrito previamente en varias publicaciones.

Este estudio informa hallazgos clínicos y epidemiológicos de esta entidad en 49 pacientes vistos en el Hospital General de Neiva (Huila) con diagnóstico presuntivo de Leishmaniasis.

Nuestros resultados muestran que la enfermedad es más frecuente en hombres (75.5%) que en mujeres y más frecuente en adultos (70.0%) que en niños. De los 49 pacientes, 39 promedian del Huila donde se identificaron dos áreas endémicas con características geográficas igual de definidas que las características clínicas de la enfermedad en cada una de ellas.

INTRODUCCION

La leishmaniasis tegumentaria americana es una enfermedad endémica, propia de los países americanos desde México hasta la Argentina, incluida Colombia, donde su incidencia y distribución en múltiples áreas ecológicas, con la existencia de vectores y reservorios del parásito en la ribera de los grandes ríos y zonas boscosas, ha sido informada en algunas publicaciones médicas (1-10).

El primero que describió clínicamente la leishmaniasis en nuestro país, fue Josué Gómez, en el año de 1872, trabajo incluido en la Tesis de Indalecio Camacho, presentada en Bogotá en el año de 1889. En el departamento del Huila, el primero en describirla fue N.

Téllez O., como casos procedentes de Garzón y Gigante, en trabajo publicado en la Revista Médica de Bogotá en enero de 1890. Posteriormente, José del Carmen Rodríguez en noviembre de 1929, en su tesis titulada "Contribución del estudio de la leishmaniasis en Colombia", señala casos de Garzón y Gigante; a este autor se le reconoce el mérito de haber sido el primero en el país en obtener cultivos de Leishmania.

Años más tarde, en la Revista de la Facultad de Medicina de Bogotá, enero de 1949, aparece el trabajo de Manuel J. Puello G. titulado "Leishmaniasis", donde describe varios focos endémicos en el país, anotando dos casos procedentes del municipio de Pitalito (10).

Recientemente, Antonio Giraldo y Lyders Limpas recopilaron 247 casos procedentes de los municipios de Colombia, Baraya, Tello y Neiva, durante los años de 1963 a 1967, lo cual se dio a conocer en el V Congreso Nacional de Dermatología en Bogotá, 1965 (11). El trabajo de Marcos Restrepo y col. (5) en 1975, describe dos casos más del departamento y en el Boletín Epidemiológico del Servicio de Salud del Huila (12), otros dos casos de Baraya y Gigante en 1979. Uno de los autores, en el XI Congreso Nacional de Dermatología celebrado en Pereira en 1976, presentó un Estudio Clínico y Patológico de 200 casos de leishmaniasis del Hospital San Juan de Dios de Bogotá, donde señaló tres casos más procedentes de Tesalia, Altamira y Pitalito.

El presente trabajo, provee datos clínicos y epidemiológicos que complementan a los ya disponibles, basado en el estudio de pacientes con lesiones sospechosas de Leishmaniasis que consultaron al Hospital General de Neiva, Huila.

MATERIAL Y METODOS

Se tomaron las historias clínicas de 49 pacientes con diagnóstico clínico presuntivo de

Drs. Marlio Campos Rivera, Rafael Henríquez, Lyders Limpas, Aquilino Sánchez y Antonio Giraldo: Servicio de Dermatología, Departamento de Medicina Interna y Departamento de Patología del Hospital General de Neiva, Huila.

Solicitud de separatas al doctor Campos.

leishmaniasis, que consultaron al Servicio de Dermatología y de Patología del Hospital General de Neiva, durante el período de junio de 1980 a febrero de 1984.

De cada uno de ellos se obtuvieron los siguientes datos generales: 1. edad, sexo, ocupación, procedencia y descripción, localización y tiempo de evolución de las lesiones; 2. los siguientes métodos de laboratorio: a) biopsia: se tomó un fragmento de tejido del borde de la lesión; se fijó en formol al 10% para cortes histológicos que se tiñeron con hematoxilina y eosina y b) intradermorreacción de Montenegro: se aplicó 0,1 ml, de una solución fenolizada de *Leptomonas*, intradérmicamente en el antebrazo izquierdo. La lectura se hizo a las 48 horas, considerando positiva la reacción cuando la induración era mayor o igual a 5 mm; y 3. tratamiento utilizado y respuesta.

RESULTADOS

Se estudiaron 37 (75.5%) hombres y 12 (24.5%) mujeres para una proporción de 3 a 1. La edad mínima de 3 años y la máxima de 67 años, para un promedio de 23,7 años. Su distribución se describe en la Tabla 1 donde se observa cómo el 90% están por debajo de los 45 años y como el 30% corresponde a menores de 14 años.

Todos los casos estudiados tenían actividades y residencia en el área rural, en el momen-

to de adquirir y desarrollar la enfermedad, a excepción de una paciente que residía en la ciudad de Neiva. La ocupación se describe en la Tabla 2.

Tabla 2. Casos y tasas según actividad ocupacional

Ocupación	No.	%
Agricultor	25	51
Estudiante	10	20
Ama de casa	8	16
Infante	4	9
Vaquero	2	4
Totales	49	100

Los pacientes procedían de los departamentos del Huila (39 casos, 79.5%), Caquetá (9 casos, 20%) y Tolima (1 caso, 0,5%). Se discriminan por veredas y municipios en la Tabla 3. Las veredas del departamento del Huila se localizan en el noreste hacia las estribaciones de la cordillera Oriental y parte del valle medio y bajo Magdalena, con temperaturas que oscilan entre 23 y 28°C para una altura sobre el nivel del mar que va de los 400 a 1.000 metros, que corresponde a un piso térmico cálido con formación vegetal correspondiente a bosque muy seco tropical y bosque seco subtropical y su transición.

Tabla 1. Casos y tasas de Leishmaniasis según edad y sexo

Grupos etareos (años)	SEXO				TOTAL	
	Hombres		Mujeres		No.	%
	No.	%	No.	%		
0 - 1	0	0	0	0	0	0
1 - 4	0	0	1	2	1	2
5 - 14	8	16	5	10	13	26
15 - 44	25	51	6	12	31	63
45 - 64	3	7	0	0	3	7
65 ...	1	2	0	0	1	2
Totales:	37	76	12	24	49	100%

Tabla 3. Casos y tasas de Leishmaniasis por departamentos, municipios y veredas

Departamento	Municipio	Vereda	No.	%
Huila	Neiva	El Triunfo	12	25
	Neiva	El Caguán	3	6
	Neiva	Vegalarga	2	4
	Neiva	Neiva	1	2
	Rivera	La Ulloa	10	20.5
	Rivera	El Dinde	5	10
	Tello	San Andrés	2	4
	Tello	La Sierra	2	4
	Baraya	La Troja	1	2
	Colombia	Monguí	1	2
Caquetá	Llanos	Yarí	7	14.5
	San Vicente	San Vicente	1	2
	Guacamayas	Guacamayas	1	2
Tolima	Natagaima	San Juan	1	2
Totales	9	14	49	100

De forma clínica úlcero-costrosa cutánea pura hubo 39 casos (79.5%) y con compromiso de mucosa nasal pura de forma erosiva granulomatosa, los 10 casos restantes (20.5%); de éstos, tres tenían perforación del tabique y dos tenían compromiso del paladar blando. No hubo casos de compromiso mucocutáneo. Presentaron compromiso cutáneo con lesión única 27 casos (55%) y lesiones múltiples 12 casos (28%). El tamaño de la lesión varió de 0.5 a 9 cm. La distribución anatómica se anota en la Tabla 4. Se puede apreciar que las lesiones se encuentran localizadas en todo el cuerpo, siendo las extremidades superiores e inferiores las más afectadas con 34 lesiones (60%) de las 62 encontradas.

El tiempo de evolución fue variable: con un rango de 1 mes a 25 años, para un promedio de 17 meses. El 81% (40 casos) tenían evolución menor de 1 año. Para los pacientes con compromiso cutáneo (39), 38 casos tenían evolución menor de un año; sólo 1 caso tenía 3 años. Para este grupo de pacientes el rango varió de 1 mes a 3 años, con promedio de 5 meses. Esto difiere notablemente del

grupo de pacientes con compromiso de mucosa nasal (10), en el cual el rango va de 6 meses a 25 años, y un promedio de 6 años.

Se revisaron sólo 25 biopsias, las cuales muestran los siguientes cambios histopatológicos: 1. Reacción granulomatosa histiocítica con numerosos plasmocitos y linfocitos, en 20 casos de lesión cutánea con evolución de 1 a 6 meses y 1 caso de lesión de mucosa nasal de 6 meses de evolución. El microorganismo en escaso número se pudo identificar microscópicamente sólo en 6 casos de lesión cutánea con evolución de 1 a 3 meses y 2. Reacción granulomatosa crónica con células gigantes tipo Langhans, escasos histiocitos, linfocitos y plasmocitos, muchos fibroblastos y cierto grado de fibrosis, en dos casos de lesión de mucosa nasal de 3 a 7 años de evolución; en este grupo no se observó parásito alguno.

La prueba de Montenegro se practicó a todos los pacientes, pero se realizó lectura sólo en 41 casos, siendo positiva en 36 (88%) con lesiones evolutivas de 1 mes a 25 años. Los 5 casos negativos tuvieron evolución de 1 mes.

Tabla 4. Localización anatómica de las lesiones de Leishmaniasis según sexo.

Sitio de Localización	SEXO				TOTAL	
	Hombres		Mujeres		No.	%
	No.	%	No.	%		
Cara	5	8.0	0	0	5	8.0
Oreja	1	1.6	0	0	1	1.6
Cuello	1	1.6	3	4.9	4	6.5
Pecho	2	3.4	0	0	2	3.4
Espalda	3	4.6	0	0	3	4.6
Abdomen	4	6.5	0	0	4	6.5
Brazos	6	9.7	1	1.6	7	11.3
Antebrazos	4	6.5	1	1.5	5	8.0
Manos	1	1.6	2	3.0	3	4.6
Muslos	1	1.6	1	1.6	2	3.4
Piernas	8	12.9	6	9.6	14	22.5
Pies	1	1.6	1	1.6	2	3.4
Mucosa nasal	7	11.5	3	4.7	10	16.2
Totales	44	70.9	18	29.1	62	100.0

Tabla 5. Reactividad de la prueba de Montenegro, promedio y procedencia.

Procedencia		Prueba de Montenegro (+) en m.m.									Promedio
HUILA:	27										
1. Foco reciente	21										15 mm.
La Ulloa	9	10	14	15	16	16	16	17	18	20	
El Triunfo	6	10	15	15	15	16	18				
El Dinde	2	10	15								
Caguán	3	10	17	18							
Neiva	1	15									
2. Foco antiguo	6										8.1 mm.
Vegalarga	2	8	15								
San Andrés	1	5									
La Troja	1	10									
Monguí	1	6									
La Sierra	1	5									
CAQUETA:	8										10 mm.
Llanos Yará	6	8	10	10	12	15					
San Vicente	1	5									
Guacamayas	1	6									
TOLIMA:	1										
Guayaquil	1	15									
Totales	36										12.8

Las 36 pruebas positivas medidas - en milímetros tuvieron un rango de 5 a 20 para un promedio de 12.8 mm, En el Huila, para el foco reciente, el rango fue de 10 a 20 mm para un promedio de 15 mm, y para el foco antiguo su rango va de 5 a 15 mm para un promedio de 8.1 mm. En los pacientes del Caquetá, el rango varió de 5 a 15 mm para un promedio de 10 mm. En el paciente pro-

cedente del Tolima midió 15 mm (Tabla 5).

Los casos de Leishmaniasis con lesiones cutáneas se trataron así: treinta casos -con N-metil glucamina a dosis de 20 mg/Kg/día por 10 días (ciclo), descanso de 10 días y reinicio de la droga en aquellos casos de poca respuesta clínica. Se controlaron 20 casos (66.6%) que llegaron a su cicatrización total: los 10 casos (33.4%) restantes no retornaron

a control terminado su primer ciclo. Tres casos se trataron con Ketoconazole, con controles cada 15 días y suspensión de la droga cuando se alcanzó la cicatrización de sus lesiones. Recibieron las siguientes dosis totales de la droga: 7, 14 y 16.8 gramos respectivamente. Se practicó crioterapia con nitrógeno líquido a seis casos, obteniéndose cicatrización total controlada en cinco casos; el otro no regresó a control.

Los 10 casos de Leishmaniasis de mucosa nasal se trataron así: con Anfotericina B: dos casos hospitalizados, con dosis de 0,5 mg/Kg (sin exceder de 50 mg) interdiario disueltos en solución glucosada al 5% intravenosa lenta. Se obtuvo la cicatrización en ambos. Los ocho casos restantes se trataron con N-metilglucamina, así: 1 caso con 10 ampollas y sin control; 4 casos con 20 ampollas y buena respuesta; y 3 casos con 30 ampollas, de los cuales 2 curaron y el restante no fue controlado. No se presentaron reacciones adversas a ninguno de los esquemas terapéuticos empleados.

DISCUSION

En el presente estudio, el diagnóstico de la enfermedad se basó en criterios relativos, como son: morfología clínica, epidemiología, estudio histopatológico compatible, reacción de Montenegro positiva y respuesta terapéutica curativa.

El único criterio absoluto, la demostración del microorganismo, el cual fue escaso, sólo se consiguió en 6 pacientes por biopsia del borde de la ulceración cutánea. No se realizó examen directo ni cultivo.

El análisis de varios parámetros del estudio están de acuerdo con las observaciones de todos los autores, esto es: la enfermedad es más frecuente en hombres (75.5%) que en mujeres y en adultos (70%) que en menores de edad (1, 3-5), por razón de que sus viviendas y labores de agricultura, tala de bosques, vaquería, etc., se encuentran enclavados en los propios nidos ecológicos o en su vecindad, con exposición a adquirir la infección.

Los pacientes (20%) que adquirieron la enfermedad en el Departamento del Caquetá, todos hombres, eran emigrantes que se encontraban desarrollando labores de ganadería

(vaquería), que retornaron a su lugar de origen (Huila) en busca de atención médica. Tres casos tenían compromiso de mucosa nasal, procedentes de los municipios de San Vicente (2) y de Guacamayas (1), a lo largo de la falda oriental de la Cordillera Oriental, asiento de colonización y, por qué no, de exposición al microorganismo, durante muchos años, ya que el compromiso mucoso (secundario) de la Leishmaniasis es más tardío. Los 7 casos restantes tenían compromiso cutáneo y procedían de los Llanos del Yará, asiento reciente de colonización.

La procedencia de los pacientes del Departamento del Huila (39 casos: 79.5%), así como otras características que se analizan más adelante, determinan dos zonas y/o focos endémicos, llamados: foco reciente y foco antiguo, y se describen así (Figura 1):

1. *Foco reciente*: localizado en el área nor-este baja del departamento vecino a la ciudad de Neiva y comprende las siguientes veredas: El Triunfo, La Ulloa, El Dinde, Caguán y Neiva, pertenecientes a los municipios de Neiva y Rivera. Proceden de esta región 31 casos (63%) de edad promedio de 20 años, incluidos todos los menores de 14 años (14 casos). El compromiso era cutáneo puro de morfología ulcerocostrosa única o múltiple, localizada más frecuentemente en extremidades y con una evolución promedio de 5 meses. La reactividad de la prueba de Montenegro era de 15 mm. El primer caso consultó en octubre de 1980. Todas las mujeres, a excepción de dos, pertenecían a este foco.

2. *Foco antiguo*: localizado a continuación del foco reciente, hacia el noroeste alto, a lo largo del flanco occidental de la Cordillera Oriental y comprende las siguientes veredas: Vegalarga, San Andrés, La Sierra, La Troja y Monguí, perteneciente a los municipios de Neiva, Tello, Baraya y Colombia, descrito anteriormente por A. Giraldo y L. Limpías, en los años de 1963 a 1967, con 247 casos de compromiso cutáneo puro.

De este foco se describen ocho casos (16%) de los cuales siete presentaban lesión de mucosa nasal, con una evolución promedio de cuatro años, y una edad promedio de 28 años. La reactividad promedio de la prueba de Mon-

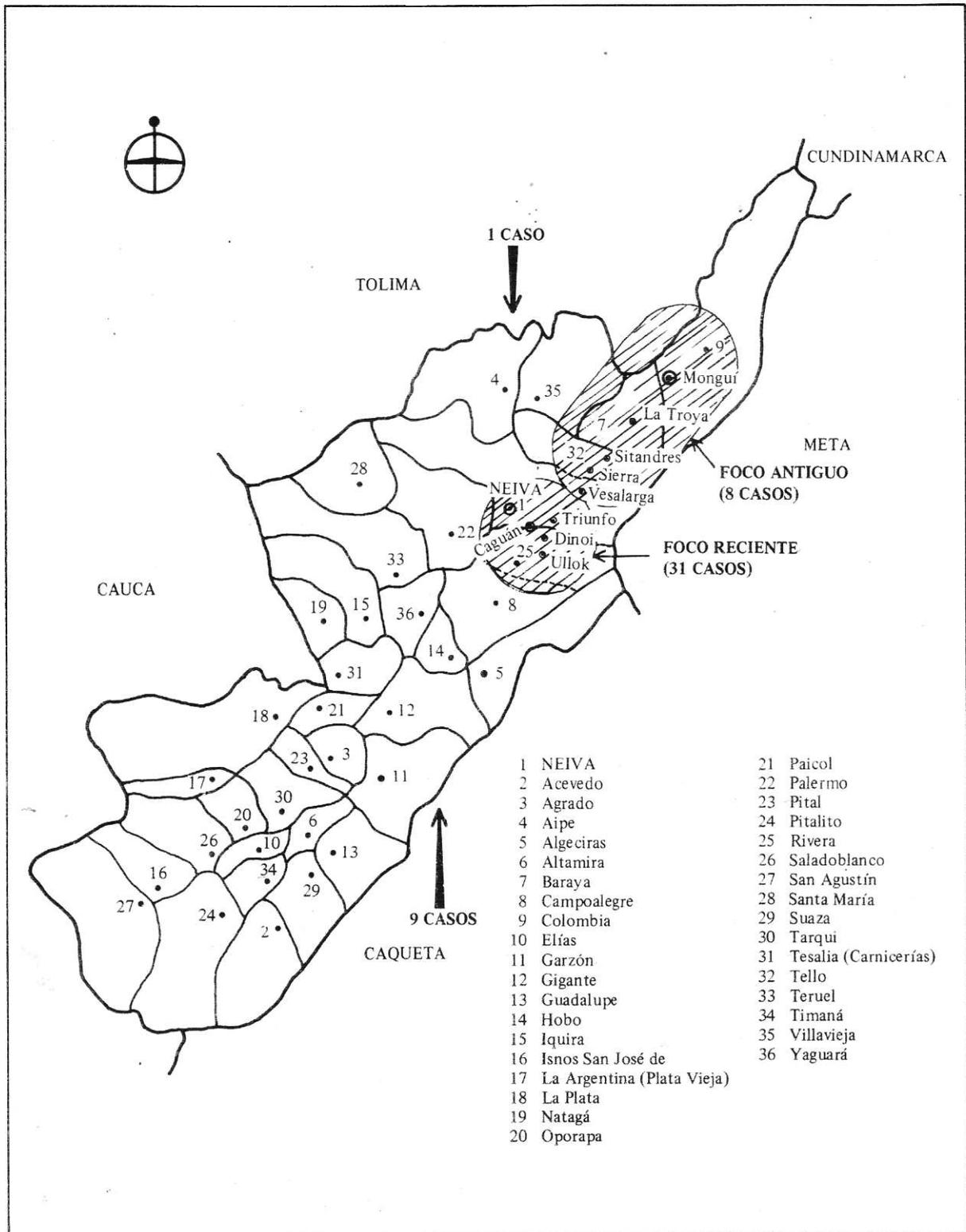


Figura 1. Mapa del departamento del Huila que muestra la procedencia de los casos y los focos.

tenegro era de 8.1 mm. Lo que está sucediendo en la actualidad en el llamado Foco reciente (geográficamente prolongación del área del Foco antiguo), es en parte reflejo de la situación que se describió hace 15 a 20 años en la región que se ha llamado Foco antiguo.

La información precedente corresponde únicamente a los registros existentes de los casos que consultan al Hospital General de Neiva, desconociéndose los registros de otros hospitales regionales, lo cual hace difícil aceptar la presente casuística como representante en buena proporción de la incidencia de la enfermedad en todo el departamento. Falta realizar un estudio sistemático para dilucidar los diferentes factores que intervienen en la epidemiología de la infección.

Se sabe que en Colombia se han descrito casos clínicos pertenecientes tanto al complejo *Leishmania* mexicana como al complejo *Leishmania Brazilensis*. A pesar de no poder contar con el aislamiento del parásito por falta de recursos técnicos para su identificación, con la presente casuística sugerimos, por el número escaso del microorganismo en las lesiones cutáneas, así como el compromiso secundario tardío de la mucosa nasal, donde el hallazgo de *Leishmanias* es excepcional, y con un diagnóstico basado en la clínica, epidemiología y positividad de la prueba de Montenegro, que se trate de un microorganismo perteneciente al grupo de *Leishmania Brazilensis*.

SUMMARY

American cutaneous Leishmaniasis is an endemic zoonosis continuous in distribution from México southward. Its incidence, distribution, vectors and reservoirs in Colombia have been described in several publications. This study reports clinical and epidemiologi-

cal findings of the disease in 49 patients seen at the Hospital General of Neiva (Huila, Colombia) with a presumptive diagnosis of Leishmaniasis. Our results agree with those of previous studies: the disease is more frequent in men (75.5%) than in women and in adults (70.0%) than children.

Of the 49 patients, 39 proceed from Huila where 2 endemic areas are identifiable. The geographic location of these 2 areas as well as the clinical characteristics of the disease in each one of them are described,

BIBLIOGRAFIA

- 1.- LAVERDE A. Leishmaniasis Americana en los Hospitales de Bogotá. Am. Soc. Biol. 1952; S: 22-44.
- 2.- KLARH, S. Leishmaniasis Americana en niños. Rev. Col. Ped. Puer. 1955; 15: 7-19.
- 3.- REYES G. Algunos aspectos de la Leishmania en el Hospital de San Juan de Dios de Bogotá. Rev. Fac. Med. Univers. Nal. 1957; 15: 371-391.
- 4.- ROBLEDO M., CALLE G., CARDENAS V. Leishmaniasis Tegumentaria en Antioquia. Ant. Méd. 1965; 15: 321-322.
- 5.- RESTREPO M., VELASQUEZ, J. P., CORTES A., CARDENAS V., ROBLEDO M. Leishmaniasis Tegumentaria Americana. Trib. Méd., 1975; 52: A-13-A-16.
- 6.- M. CAMPOS R. y G. GUTIERREZ A. Leishmaniasis Americana en Cundinamarca. Trib. Méd.
- 7.- RESTREPO M. Reacción de Montenegro en la Epidemiología de la Leishmaniasis Americana. Bol. Of. San Pan, 1980; 89: 2.
- 8.- RENDON, I., HENAO, M. Tratamiento de la Leishmaniasis con Anfotericina B. Act. Méd., 1963; 13: 748-176.
- 9.- CALLE, VELASQUEZ, J. P. Leishmaniasis, su tratamiento con Pirimetamina. Ant. Méd., 1971; 21: 57-67.
- 10.- PUELLO. Leishmaniasis. Rev. Fac. Med. de Bogotá, 1949; 17: 338-359.
- 11.- GIRALDO A., LIMPIAS, L. Leishmaniasis Cutánea en el Huila. Resúmenes V Congreso Nacional de Dermatología en Bogotá, 1965.
- 12.- LOZANO G. Leishmaniasis en el Huila durante los años de 1975 a 1979. Boletín Epidemiológico del Servicio de Salud del Huila, 1980; 2 (No. 1): 5-9.