



VI. DISCUSIÓN

Las primeras descripciones de la Leishmaniasis Cutánea se remontan al siglo 9 (16) y desde entonces permanecen como uno de los mayores problemas de salud en el mundo.

La leishmaniasis ha sido estudiada en el Perú por diversos autores, desde la identificación de los vectores transmisores de la enfermedad (12) y especies de Leishmania que predominan (10), su distribución geográfica y clínica (10), hasta la evaluación de la respuesta terapéutica al uso de diferentes medicamentos antiparasitarios (22).

Se han reportado a nivel nacional un incremento de casos en el Perú en el año 1999 con un total de 3153 casos (2), de los cuales corresponden a nuestro estudio 115 casos, coincidiendo, la mayor frecuencia para el año 1999, con lo reportado por el MINSA.

Los estudios clínicos epidemiológicos nos permiten señalar factores de riesgo de exposición a la enfermedad y diseñar estrategias de prevención. La edad y el sexo, constituyen factores de riesgo para leishmaniasis, pues, las personas jóvenes o adultos jóvenes, principalmente varones, incursionan mayormente en áreas endémicas exponiéndose al vector transmisor, si bien, nuestro estudio no permite obtener conclusiones generales por tratarse de una población sesgada joven menores de 40 años (y en su totalidad varones), existen estudios (33) que demuestran que la población mayormente afectada son menores de 35 años (84.8%), más en varones que en mujeres (10,33). Otros estudios de Lucas C. y col (10) reportan edades entre los 10 y 51 años y Tejada V. y col (32) encontraron que el 57.14% correspondieron a menores de 20 años de



Estudio clínico epidemiológico de la Leishmaniasis en el Hospital Militar Central: en el periodo enero 1997 a diciembre 2000. Chávez Mancilla, Miguel Ángel; Sáenz Anduaga, Eliana María.

edad, comparado con el 60.9% de nuestra población, resultados casi similares. Ese mismo estudio encontró que el 52.9% fueron del sexo masculino y 47.1% del sexo femenino. Salomon y col. (34) no encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres (9 : 6) y el promedio de edades fue 35.4 para hombres y 20.3 para mujeres, nosotros tuvimos un promedio de edades de 20.8. Seminario y col. (11) encontraron que 39.3% de las Leishmaniasis cutáneas tuvieron entre 20 a 29 años y 40.6% de Leishmaniasis mucocutáneas entre 30 a 39 años, encontraron predominancia en varones. Resultados que se correlacionan con los mencionados aunque no se estudiaron de acuerdo a la forma clínica. La Leishmaniasis mucocutánea es posible que ocurra a mayor edad por el hecho de desarrollarse posteriormente a una presentación cutánea.

La predominancia de leishmaniasis en personal de tropa (81.3%) se explica por el hecho de que son ellos quienes mayoritariamente se desplazan a zonas endémicas, por otro lado la población militar está conformada principalmente por ellos, es posible que el estado de inmunidad también esté venido a menos, en todo caso, no se puede determinar como factor de riesgo por que se desconoce cuanto de la población de oficiales, subalternos o tropa se movilizó a áreas endémicas y cuantos de ellos desarrollaron la enfermedad.

En el Perú 12 departamentos son endémicos de leishmaniasis, entre 1000 y 3000 msnm. (4, 10), diversos estudios señalan característicamente los departamentos de Ancash, Ucayali, Junín, Loreto, San Martín, Amazonas, Ayacucho, Cajamarca, Cuzco, Huánuco, Cerro de Pasco y Madre de Dios, aunque difieren en la frecuencia con la que se presenta en cada uno de ellos. Nuestro estudio reporta más frecuentemente a Junín como lugar de contagio (43.7%), con focos endémicos en Satipo, Pichanaqui, Somaveni y Mazamari; le sigue Loreto con focos endémicos de Leishmaniasis cutánea en Nueva Barranca seguido de Caballococha, la mayoría de LMC corresponden a este departamento; en tercer lugar Amazonas; luego Cuzco donde se señala como



Estudio clínico epidemiológico de la Leishmaniasis en el Hospital Militar Central: en el periodo enero 1997 a diciembre 2000. Chávez Mancilla, Miguel Ángel; Sáenz Anduaga, Eliana María.

foco endémico a Pichari. En el estudio de Seminario y col., 46.4% de L.C. procedían de Ucayali y el 53.1% de L.M. de Madre de Dios. El MINSa (2, 3), reporta en 1999, 560 casos de L.C en Ancash, seguido de 471 casos en Lima (probablemente por encontrarse los hospitales referenciales y no por ser foco endémico), 313 casos en Junín, 279 casos en Loreto; para L.M. reporta mayores casos en Junín (51 casos) seguido de Loreto (47 casos). En el estudio de Salazar y col. (35) se encontró que el 74% de los pacientes adquirieron la enfermedad en Ucayali y sólo un 13% en Loreto, resultados similares presentan Escate y col en el HCPNP (36) 70% para Ucayali y 12% para Loreto. Siendo ésta una población similar a la nuestra, difieren en la mayor frecuencia del lugar de contagio, Junín para HMC y Ucayali para HCPNP, en todo caso en ambas, Loreto ocupa el segundo lugar.

El tiempo de permanencia en el lugar de contagio no fue evaluado por los autores de nuestras revisiones bibliográficas, nosotros encontramos que permanencias prolongadas aumentan la posibilidad de contraer la enfermedad, resultado estadísticamente significativo que demuestra que en permanencias entre 1 mes y 4 meses, la posibilidad de encontrar la leishmania en el estudio histopatológico es mayor, esto en relación al tiempo de enfermedad; cuanto mayor es el tiempo de demora del diagnóstico, mayor la posibilidad de no encontrar el agente y de que el estudio histopatológico sea no compatible.

La literatura reporta que las lesiones se producen principalmente posteriores a picadura de insecto, pero existen algunos hechos aislados en que el desencadenante de la lesión es un trauma, o posterior a accidentes por artrópodos como la garrapata. Sería interesante realizar una evaluación de estos hechos.

El tiempo de enfermedad fue un indicador importante para el diagnóstico preciso con la presencia de la leishmania en el tejido biopsiado, en nuestro



estudio se encontró la leishmania más frecuentemente cuando el tiempo de enfermedad fue 1 a 2 meses (38%). Tejada y col (33%) reportan mayormente un tiempo de enfermedad menor a un año, no en meses, no pudiéndose comparar sus resultados. En el estudio de Salazar (35) el tiempo de enfermedad de 1 a 3 meses al momento del diagnóstico fue lo más frecuente (67%)

El antecedente de leishmaniasis constituye un importante indicador en pacientes que desarrollan leishmaniasis mucocutánea, lo cual tiene que ver con la respuesta inmunológica y los mecanismos complejos en torno a la fisiopatogenia de la leishmaniasis, mecanismos que no son completamente entendidos y que probablemente constituyen la base para el ensayo de terapéuticas futuras como la inmunoterapia (31).

En nuestro estudio, podemos decir que, todas los casos de Leishmaniasis fueron de la forma clínica selvática, dentro de ella se presentó principalmente la forma cutánea y en menor frecuencia la mucocutánea. La L.C. se presenta más frecuentemente (88.4% en nuestro estudio), el HNPNP (36) presenta una mayor frecuencia de L.C (94%) con sólo 4% de LMC, siendo esta frecuencia en nuestro estudio 3.5% para LMC y 8.1% para L.M. puras, resultados comparables con los reportados por Tejada (33). No hubieron casos de LCD en nuestro estudio.

Todos los estudios clínicos epidemiológicos coinciden en señalar que las localizaciones preferentes de las lesiones cutáneas son en miembros inferiores (pierna y pie), 37.2% en nuestro estudio comparable con 38.8% reportado por Salomón y col (37), 43% reportado por Salazar (35) entre otros estudios (38). Las lesiones únicas y ulcerativas son de largo las más frecuentes, con tamaño de 1 a 2 cm, diversos autores así lo demuestran (32,33,34,35,36,37,38). La L. mucosas tienen una localización preferente en el septo (42.4%) que se



corresponde con lo encontrado por otros autores, siendo en el HNPN en el 100% de los casos quizás por que su frecuencia de L.MC fue sólo 4%.

El test de leishmanina fue positivo en 27 casos (47.4%) de 59 que se hicieron a diferencia de otros estudios que reportan 85% de positividad de la prueba (39). Esta no es una prueba específica que nos determine si hay o no enfermedad sólo nos revela la exposición o no al parásito, lo que hace realmente que no sea una ayuda diagnóstica en nuestros protocolos. En cambio si nos permite determinar el grado de hiperergia o anergia por parte del huésped.

Nosotros empleamos como tratamiento principalmente el antimonio de meglumine preferentemente si fueron LC. La Anfotericina se prefirió usar en casos de LMC, donde se observó que la estancia hospitalaria fue mayor, no pudimos evaluar retrospectivamente la eficacia del medicamento utilizado por no contar con parámetros definidos.

El manejo de la Leishmaniasis es, sin duda alguna, un reto terapéutico, la utilidad de éste debe ser valorado 6 semanas después de completarse el tratamiento y los pacientes deben ser seguidos hasta 6 meses después, lo cual normalmente no ocurre por las dificultades económicas, geográficas y sociales del país.

Este estudio contribuye a confirmar las características generales clínicas y epidemiológicas ya estudiadas por otros autores en diferentes regiones del país, pero sobre todo es una motivación para investigar en el futuro aspectos relacionados con la biología del vector y el medio ambiente, pero sobre todo la respuesta inmunológica de nuestra población (mezcla de diferentes razas, por lo tanto con genética compleja) a las diferentes especies de Leishmania.