

## Leishmaniasis tegumentaria en pacientes pediátricos atendidos en el Instituto Especializado de Salud del Niño. 1996 – 2002

TEGUMENTARY LEISHMANIASIS IN PEDIATRIC PATIENTS ATTENDED IN THE “INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD DEL NIÑO”. 1996 – 2002

WALTER SIFUENTES GIRALDO\*, PAOLA GONZÁLES SALDAÑA\*\*,  
GIALINA TOLEDO MÉNDEZ\*\*\*

### RESUMEN

**Objetivo:** Describir las características clínico-epidemiológicas de los casos de leishmaniasis tegumentaria atendidos en el Instituto Especializado de Salud del Niño (IESN) en el período 1996 - 2002. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, se revisó los casos de leishmaniasis reportados por la Oficina Técnica de Epidemiología del IESN. **Resultados:** Se encontraron 19 casos de leishmaniasis tegumentaria, 84% correspondieron a la forma cutánea y 16% a la mucocutánea. En la forma cutánea, 56% fueron varones y 44% mujeres; el 62,5% tenía entre 5 a 14 años. Todos los casos de la forma cutánea se presentaron con una lesión ulcerosa única, la ubicación más frecuente fue en cara (56%). La mayoría de casos fueron referidos de comunidades de Lima (43,75%). Un caso de leishmaniasis mucocutánea correspondió a la variedad selvática y 2 a la andina. El tipo de transmisión más frecuente fue peridomiciliario en la forma cutánea y laboral en la mucocutánea. Todos los casos se diagnosticaron con histopatología y fueron tratados con antimonio de meglumina, no se reportaron efectos colaterales serios, sólo un caso de la forma mucocutánea presentó falla terapéutica y uso de anfotericina B como medicamento de segunda línea. **Conclusiones:** Los casos de leishmaniasis atendidos en el IESN presentan características clínico-epidemiológicas similares a las descritas a nivel nacional. El grupo etáreo más afectado fue de 10 a 14 años. Los

pacientes son referidos con mayor frecuencia de las localidades de la DISA Lima – Norte.

**Palabras clave:** *Leishmaniasis tegumentaria, Pediatría, Perú.*

### ABSTRACT

**Objective:** To describe clinic-epidemiological characteristics on tegumentary leishmaniasis cases attended in “Instituto Especializado de Salud del Niño” (IESN) 1996 to 2002. **Material and Methods:** A retrospective observational and descriptive study was carried out. Cases of leishmaniasis reported by the Technical Epidemiology Office, was revisited. **Results:** Nineteen tegumentary leishmaniasis cases were found, 84% corresponded to the cutaneous form and 16% to the mucocutaneous one. In the cutaneous form, 56% were males and 44% females; 62,5% was found among 5 to 14 years old. All cutaneous cases were presented as single ulcer, face was the most frequent location (56%). The greatest number cases were referred from Lima communities (43,75%). One case of mucocutaneous leishmaniasis correspond to sylvatic variety and 2 cases to the andean. The most frequent transmission was peridomiciliary in cutaneous form and laboural was in mucocutaneous. All cases were diagnosed with histopathology, they were treated with antimonio of meglumina, not serious collaterals effects were reported, only one case presented therapeutic failure and anfotericine B was used as second line treatment. **Conclusions:** Leishmaniasis's cases attended in IESN present similar clinic-epidemiological characteristics to them described to national level. The age group more affected was from 10 to 14 years old. Patients are referred often from localities of Northern Region of Lima.

**Keywords:** *tegumentary leishmaniasis, Pediatrics, Peru.*

\* Médico Cirujano. OTE. Instituto Especializado de Salud del Niño.

\*\* Médico Pediatra. Epidemióloga. OTE. Instituto Especializado de Salud del Niño.

\*\*\* Estadista. OTE. Instituto Especializado de Salud del Niño.

## INTRODUCCIÓN

El término leishmaniasis se emplea para designar al complejo grupo de enfermedades producidas por protozoos del género *Leishmania* (1). Su amplio rango de manifestaciones clínicas que va desde la infección localizada en piel y mucosas en la forma tegumentaria, a la infección diseminada que comprende todo el sistema retículo endotelial en la forma visceral, dependen de muchos factores conocidos y otros aún por explorar, dentro de los cuales la investigación se ha centrado en las características del parásito (parasitismo intracelular en macrófagos, factores de virulencia) y la respuesta inmune del hospedero (desequilibrio de las respuestas TH1/TH2) (2). La transmisión ocurre por la picadura de mosquitos de los géneros *Phlebotomus* y *Lutzomyia*, en el viejo y nuevo mundo respectivamente, no afectando exclusivamente al hombre ya que en la naturaleza existen muchos mamíferos que sirven como reservorios del parásito (3), por lo que puede ser considerada como una zoonosis.

La leishmaniasis tegumentaria, que comprende las formas cutánea y mucocutánea, tiene alta prevalencia en áreas tropicales y subtropicales. Su extensión abarca casi todo el continente americano, siendo en nuestro país un serio problema de salud pública (4). En el Perú la leishmaniasis constituye la segunda endemia de tipo tropical y la tercera causa de morbilidad por enfermedades transmisibles después de la malaria y la tuberculosis, reportándose anualmente un promedio de 7000 a 9000 casos probables (5). Su área de endemicidad cubre casi el 74% del territorio nacional comprendiendo 15 departamentos y extendiéndose a través de los andes y valles interandinos, para la leishmaniasis cutánea y, las zonas de selva alta y baja, para la leishmaniasis mucocutánea (6); sin que estas áreas sean excluyentes habiéndose reportados casos autóctonos de la forma mucocutánea en zonas andinas, lo que ha llevado a reformular la clasificación tradicional de leishmaniasis cutánea andina ("Uta") y leishmaniasis mucocutánea selvática ("Espundia") (7). La mayor parte de los casos de leishmaniasis

tegumentaria (hasta en un 80%) en el Perú corresponden a la forma cutánea pura (5).

En la mayor parte de los casos de leishmaniasis cutánea el cuadro se inicia en la edad pediátrica debido a que la exposición e infección ocurren principalmente en etapas tempranas de la vida, lo cual se evidencia en estudios realizados en nuestro medio (8). Debido a la importancia que conlleva el estudio de esta enfermedad en pacientes pediátricos, se decidió realizar el presente estudio que comprende los casos de leishmaniasis tegumentaria atendidos en el Instituto Especializado de Salud del Niño (IESN), durante el período 1996 - 2002.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, para lo cual se llevó a cabo la revisión del registro de casos de leishmaniasis tegumentaria atendidos en el IESN durante el período 1996 - 2002.

Se ejecutó entre los meses de mayo del 2003 y enero del 2004 en el Área de Investigación de la Oficina Técnica de Epidemiología (OTE) del IESN.

Los datos fueron recolectados a partir del registro de casos de leishmaniasis tegumentaria reportados como parte del sistema de vigilancia epidemiológica de la OTE. La leishmaniasis es una entidad de notificación obligatoria por lo que este registro se lleva a cabo de manera minuciosa y los casos son reportados periódicamente a las instancias pertinentes (Dirección de Salud Lima Ciudad, Ministerio de Salud).

Las variables tomadas en cuenta para el presente estudio de acuerdo a los objetivos planteados fueron edad, sexo, procedencia, tiempo de enfermedad, tipo de transmisión, tipo de lesión, localización, exámenes auxiliares y tratamiento recibido.

Los datos, fueron transferidos a una base de datos y luego analizados a través del paquete estadístico SPSS 10.0 para Windows 1998 (SPSS Inc., Chicago IL).

**RESULTADOS**

Durante el período correspondiente a 1996 – 2002 el IESN registró un total de 19 casos atendidos por leishmaniasis tegumentaria, con un promedio de 2,7 casos por año, registrándose el mayor número en el 2000 (6 casos), y no habiéndose registrado casos en los años 1998 y 2002. De los casos atendidos 16 casos (84%) correspondieron a la forma cutánea mientras 3 casos (16%) presentaron la forma mucocutánea (Figura 1). Se establecieron 4 grupos de edad: < 1 año, 1 – 4 años, 5 – 9 años, 10 – 14 años, ≥ 15 años.

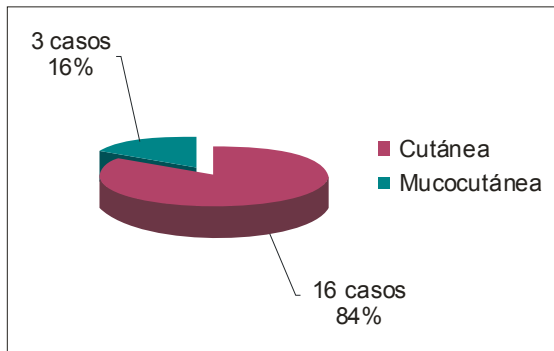


Figura 1. Distribución de casos de leishmaniasis tegumentaria en el IESN según el tipo de lesión.

Dentro de los casos de leishmaniasis cutánea (n=16), se encontró ligera preponderancia del género masculino (56%) sobre el femenino (44%). Los grupos etáreos más afectados fueron de 5-9 y de 10-14 años con 5 casos cada uno, concentrando el 62,5% de casos; sólo se encontró 1 caso en el grupo de lactantes y otro en el de 15 años a más (Figura 2). Todos los casos presentaron lesiones únicas, siendo la localización más frecuente en cara (56%), seguida del compromiso de miembros superiores (31%), e inferiores (13%). La localización más frecuente de las lesiones en función al grupo etáreo fue en todos los grupos la cara, siendo la única forma de presentación en menores de 5 años; entre los 5 y 14 años aparecen lesiones en miembros, comprometiéndose los superiores más frecuentemente que los inferiores (Figura 3). En cuanto al lugar de referencia, se observó que el 43,75% de los pacientes fue referido a

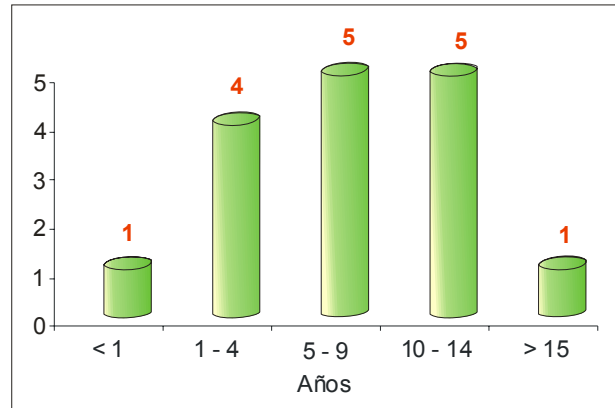


Figura 2. Distribución de casos de leishmaniasis cutánea atendidos en el IESN según el grupo etáreo.

partir de localidades de Lima (Canta, Chancay, Churín, Huacho, Huarochirí y Huaura); del interior del país fueron referidos desde Ancash, San Martín, Cerro de Pasco y La libertad (Tabla 1). El tiempo de enfermedad por lo general fue mayor a 1 mes. El tipo de transmisión más frecuente fue peridomiciliaria, 8 casos; seguido de la laboral, 2 casos; en 6 casos no se logró identificar la forma de transmisión (Figura 4).

De los 3 casos de leishmaniasis mucocutánea, uno correspondió a una paciente de 1 año edad, mientras que los otros 2, a pacientes de 12 y 13 años. El mecanismo de transmisión en el primer caso fue peridomiciliario y en los otros 2 fue laboral. El tiempo de enfermedad fue corto, de 3 meses a un año.

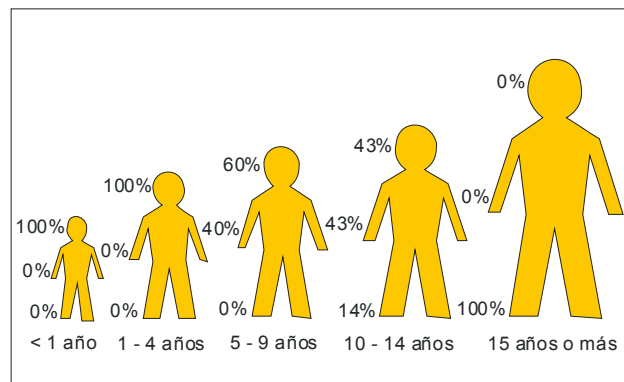


Figura 3. Localización de la lesiones de leishmaniasis cutánea según el grupo etáreo.

Tabla 1. Distribución de los casos de leishmaniasis cutánea en el IESN según la procedencia.

Procedencia	n	%
Ancash	4	25,00
San Martín	2	12,50
Pasco	1	6,25
Junín	1	6,25
La Libertad	1	6,25
Lima:	7	43,75
Canta	2	
Chancay	1	
Churín	1	
Huacho	1	
Huarochiri	1	
Huaura	1	

Todos los pacientes tenían el antecedente de algún caso previo en el grupo familiar y la madre precisaba la presencia del vector en su entorno geográfico. En todos los casos se llegó al diagnóstico definitivo por la comprobación de la presencia del parásito en las lesiones a través del estudio del frotis. El motivo de referencia en todos los casos fue falla terapéutica tras un ciclo de tratamiento de primera línea, motivo por el cual ingresaron a un segundo ciclo obteniéndose remisión del cuadro en 18 de los casos, sin que se reporten efectos colaterales serios. El tratamiento empleado fue antimonio de meglumina (Glucantime®) como fármaco de primera línea a dosis de 20 mg/Sb<sup>v</sup>/Kg/día EV

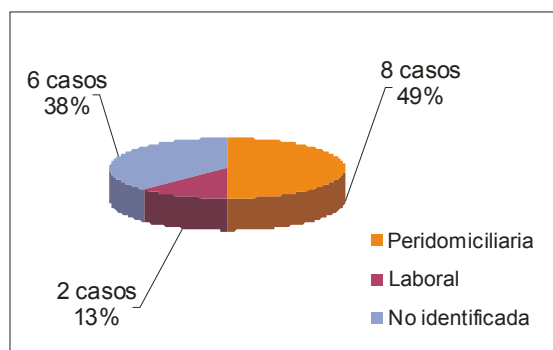


Figura 4. Distribución de los casos de leishmaniasis cutánea atendidos en el IESN según el tipo de transmisión.

por 20 días en el caso de leishmaniasis cutánea y 30 días para la leishmaniasis mucocutánea. Sólo en un caso correspondiente a la forma mucocutánea hubo falla terapéutica tras 2 ciclos de tratamiento de primera línea, requiriéndose el empleo de anfotericina B como fármaco de segunda línea a dosis de 0,5mg/Kg/día EV, con tolerancia aceptable y remisión de la lesión.

## DISCUSIÓN

Existen tres niveles de atención en leishmaniasis: 1) el nivel primario, que lo constituyen los establecimientos que pueden administrar medicamentos de primera línea, 2) el nivel secundario que son los establecimientos capaces de administrar medicamentos de primera y segunda línea, y 3) el nivel terciario (dentro del cual se encuentra el IESN) que corresponde a los establecimientos capaces de atender todos los casos de leishmaniasis, incluyendo las formas graves, y a los cuales son referidos los pacientes de niveles inferiores cuando se presenta falla terapéutica o reacción adversa (5). Una de las razones por las cuales no se refiere en forma frecuente casos de leishmaniasis a este Instituto podría ser un manejo efectivo en los niveles primario y secundario.

En la literatura revisada no se han reportado diferencias según sexo para la forma cutánea, pero si un predominio del género masculino en los casos de leishmaniasis mucocutánea que se relaciona con la exposición laboral más frecuente en este grupo (6). En el presente estudio no se encontró diferencia significativa en cuanto a la distribución según género para la forma cutánea, sin embargo en la forma mucocutánea todos los pacientes afectados fueron mujeres, pudiendo atribuirse al tamaño de la muestra (n=3).

En cuanto al grupo etéreo, para la leishmaniasis cutánea el grupo más afectado fue el de los pacientes entre los 10 y 14 años, seguido del grupo entre 5 y 9 años, lo cual es compatible con los datos epidemiológicos obtenidos en estudios realizados en nuestro medio en los que se encontró que la edad media de los pacientes con lesiones activas fue de 13,7 años y la edad

media para el inicio de la infección de 9,7 años <sup>(5)</sup>. A medida que la edad aumenta, así como el número de exposiciones, se desarrolla cierto grado de resistencia a la infección, lo que se relaciona con la poca frecuencia de casos en el grupo de 15 años a más. La forma mucocutánea se presenta más frecuentemente en adultos jóvenes comprendidos entre los 21 a 40 años <sup>(5)</sup>, lo que explica el pequeño número de pacientes (n=3) con esta forma de leishmaniasis encontrados en el estudio, 2 de las cuales eran adolescentes y una preescolar. En las pacientes adolescentes hubo el antecedente de exposición laboral, mientras que en la preescolar la transmisión fue peridomiciliaria.

La forma clínica más frecuente correspondió a la cutánea con 84% de los casos frente a 16% de la forma mucocutánea, ubicándose muy cercanamente al rango que se estima a nivel nacional para ambas formas, de 75 a 85% para la forma cutánea y 15 a 20% para la mucocutánea <sup>(6)</sup>. Todos los pacientes con forma cutánea presentaron la lesión típica de este cuadro, es decir, la úlcera redondeada, indolora, de bordes bien definidos e indurados cuyo centro se encuentra cubierto por exudado amarillento que progresa a costra que cubre un fondo granuloso y limpio sin tendencia a sangrar <sup>(5)</sup>. Existen formas menos típicas de presentación de esta entidad pero que pueden observarse con relativa frecuencia, tales como las papulosas, nodulares, verrucosas, vegetantes y combinadas. También pueden alterarse las características de una lesión típica por infección agregada o uso de sustancias cáusticas <sup>(2)</sup>. La forma cutánea comprometió en niños pequeños más frecuentemente la zona de la cara, lo que se relaciona con la mayor exposición de esta zona sobre todo en menores de 1 año, en los que representa el 75,8% de los casos, mientras que a medida que la edad aumenta el porcentaje en cara va disminuyendo y aumenta la presentación en miembros, sobre todo inferiores llegando a invertirse la proporción <sup>(5)</sup>, lo cual es compatible con lo encontrado en este estudio.

Respecto a la procedencia de los casos, las regiones de las que provenían más frecuentemente los pacientes fueron Lima,

Ancash y San Martín, lo cual difiere ligeramente de la estadística nacional que coloca a Amazonas, Ancash y Madre de Dios como las de mayor prevalencia <sup>(5)</sup>. Probablemente el factor espacio-temporal juega un rol importante debido a la distancia a la que se encuentra este Instituto de las regiones de Amazonas y Madre de Dios, por lo que la mayor parte de estos casos no llegarían a ser referidos a este Instituto, a diferencia de las localidades correspondientes a Lima así como sus regiones vecinas que cuentan con un acceso mucho más fácil. Los casos de Leishmaniasis mucocutánea del presente estudio fueron referidos de Lima y San Martín (a nivel nacional las zonas más prevalentes son Madre Dios, Loreto y Cusco). Uno de los casos tenía el antecedente claro de provenir de zona endémica de leishmaniasis mucocutánea selvática, los otros 2 provenían de Yauyos y no tenían tal antecedente, por lo que fueron considerados autóctonos de dicha zona, es decir casos de leishmaniasis mucocutánea andina <sup>(7)</sup>, los cuales si bien es cierto se reportan con menos frecuencia que los de la variedad selvática, se presentan en la práctica y por tanto es importante tenerlo en cuenta cuando tenemos a un paciente con un cuadro de este tipo sin el antecedente de proceder o haber viajado a zona endémica de leishmaniasis selvática.

Debido a que una de las características clínicas de la leishmaniasis es su tendencia a la cronicidad <sup>(1)</sup>, la mayor parte de pacientes acudieron tras un tiempo de enfermedad prolongado, por lo general mayor de un mes. En la forma cutánea pura existe la tendencia a la cicatrización espontánea antes del año, mientras la forma mucocutánea, sin tratamiento, tiende a la progresión de las lesiones destructivas de la mucosa de las vías aéreas altas pudiendo llegar a comprometer planos más profundos <sup>(2)</sup>. Por lo general se describe en la forma mucocutánea un tiempo de latencia prolongado entre la primoinfección cutánea y la aparición de lesiones en mucosas, en promedio de 5 años, llegando a presentarse tras períodos aún más largos del orden de los 20 a 30 años, a veces con escaso o ningún antecedente de la infección cutánea inicial <sup>(5)</sup>. En el presente estudio el tiempo de progresión de la forma mucocutánea

fue bastante acelerado, menor a 5 años, encontrándose el caso de una paciente preescolar con un tiempo de evolución de 3 meses, lo que lleva a postular que la situación inmunológica especial del niño menor o una elevada virulencia del parásito, o una mezcla de ambos factores, podrían haber determinado este hecho.

En cuanto al tipo de transmisión, debido a que el vector habita en el bosque, zonas desérticas y algunos en el peridomicilio, esto determina que exista mayor riesgo de adquirir la infección cuando el paciente vive en zonas donde vive el vector o cuando tiene que ingresar a estas zonas debido al trabajo (5). El tipo de transmisión más frecuente fue el peridomicliario, debido probablemente a que la mayor parte de los pacientes estudiados fueron menores de 10 años, por lo cual probablemente aún no habían sido integrados al trabajo, pero vivían en zonas donde habitaba el vector.

El “gold estándar” para el diagnóstico de leishmaniasis es la demostración histopatológica del parásito en las lesiones sea a través de frotis o biopsia (9). En todos los casos presentados se llegó al diagnóstico definitivo a través de la demostración del parásito a través de frotis.

Los antimoniales pentavalentes como el antimonio de meglumina y el estibogluconato de sodio son considerados los fármacos de primera línea para el tratamiento de la leishmaniasis (5). En nuestro medio se emplea el antimonio de meglumina y fue la terapia indicada en todos los casos, con remisión en 18 de ellos y sin que se reportaran efectos colaterales importantes. En la mayor parte de los casos hubo remisión del cuadro tras 2 ciclos de tratamiento de primera línea, encontrándose sólo un caso de falla a este tratamiento en un paciente con la forma mucocutánea, por lo que se requirió del empleo de anfotericina B, considerado fármaco de segunda línea en el tratamiento de la leishmaniasis, con una eficacia de cura de hasta

90%, pero que presenta efectos colaterales serios con mayor frecuencia. Se han descritos casos de resistencia del parásito a las drogas de primera línea en nuestro medio, sin embargo son escasos (5) y la forma mucocutánea tiene la tendencia a ser de más difícil manejo que la cutánea pura (2), por lo que probablemente ambos factores puedan haber influido para que se presente esta falla terapéutica. Existen otros fármacos alternativos para la leishmaniasis como la pentamidina, la aminosidina y los compuestos imidazólicos, pero el éxito de estos es menor que el alcanzado con los fármacos mencionados antes (10).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goddard J. Bug Vectors: Leishmaniasis. *Infect Med.* 1999;16:566-9.
2. Grevelink S. Leishmaniasis. *J Amer Academ Dermatol.* 1996;34:257-72.
3. Wisner M. Vectors of protozoan parasites. *Medical Protozoology – Tulane University*, 2001. Accedido el 15 de julio de 2004. Disponible en: <http://www.tulane.edu/~wiser/protozoology/notes/vector.html#contents>.
4. Guithmann J. Patients association and the control of leishmaniasis in Peru. *Bull World Health Organ.* 1997;75:39-44.
5. Ampuero J. Leishmaniasis. Lima: MINSA, OGE, INS; 2001.
6. Lucas C. Geographic distribution and clinical description of leishmaniasis cases in Peru. *Am J Trop Med Hyg.* 1998;59:312-7.
7. Burstein Z. Leishmaniasis cutánea y mucocutánea (CIE-10 B55 1-B55-2) en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2002;19:215-8.
8. Davies C. Cutaneous leishmaniasis in the peruvian andes: risk factors identified from a village cohort study. *Am J Trop Med Hyg.* 1997;56:85-95.
9. Cuba C. Diagnóstico parasitológico de la leishmaniasis tegumentaria americana. *Rev Med Exp.* 2000;17:1-4.
10. Alkhawajah A. Recent trends in the treatment of leishmaniasis. *Ann Salud Med.* 2000;185:4-7.

Correspondencia:  
Dra. Paola Gonzáles Saldaña  
Email: [pjgosa@yahoo.es](mailto:pjgosa@yahoo.es)