



LEISHMANIASIS VISCERAL Y TEGUMENTARIA EN NIÑOS DE DOS ZONAS ENDEMICAS DE BOLIVIA

Sergio Mollinedo,* Maruska Muñoz,** Dolly Hervas,** Nina Yaksic,** Miguel Torres,* Philippe Desjeux*** y Francois Lepont.****

VISCERAL AND CUTANEOUS LEISHMANIASIS IN CHILDREN FROM TWO ENDEMIC ZONES OF BOLIVIA

Clinical histories of 1570 patients were reviewed at the Parasitology service at the I.B.B.A. (Bolivia) between 1982 to 1988. Among 74 children younger than 12 years there were: 70 with cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis and with visceral leishmaniasis. The origin of the children were investigated in two endemic zones: the Yungas (old colonization) and Alto Beni (new colonization) and the age, number of lesions, predominance of the first lesions over the face, laboratory result (indirect immunofluorescent antibody test, intradermal test, culture, smears) and treatment were recorded.

Key words: Human leishmaniasis, Leishmaniasis in Bolivia, *Leishmania* sp. Protozoa.

INTRODUCCION

La leishmaniasis tegumentaria americana ya fue conocida por los Incas en el foco de los "Yungas" del actual departamento de La Paz.¹⁻³ En la actualidad esta enfermedad se ha diseminado a gran parte del territorio boliviano, por la creación de nuevas zonas de colonización (Alto Beni, Yacumo, Tumupasa, Inicua, Madidi, Apolo, San Borja, Reyes, Yapacani, Chapare, Carrasco tropical, Chimore, Araras), propicia para la explotación agrícola, ganadera, minera, petrolera, apertura de vías de comunicación, etc.⁴ La leishmaniasis visceral descrita por nosotros en 1982.⁵ es aún mal conocida

en el foco de los Yungas; existiendo comunicaciones confusas de hallazgos de casos humanos en la frontera con el Brasil.^{6,7} En los grupos poblacionales del área campesina o colonizadora, los niños son generalmente los menos favorecidos en el aspecto salud, por lo que decidimos precisar el grado de incidencia y prevalencia de estas enfermedades en este grupo poblacional, en lo que corresponde al área geográfica del Departamento de La Paz en los focos de los Yungas (Valles interandinos entre 900 a 2500 m.s.n.m.; colonización antigua de foresta prima) y la zona del Alto Beni (que conecta con la Amazonía Boliviana (250 a 800 m.s.n.m), colonización reciente, poco poblada con foresta primaria virgen).

* Ministerio de Salud-I.B.B.A. Casilla 7444, La Paz, Bolivia.

** Departamento de Parasitología I.B.B.A.

*** OMS PDP/TDR Leishmanniose 1211 Geneve 27 Suisse

**** ORSTOM, 24 Rue Bayard 75008 Paris, France.

Tabla 1. Número y porcentaje de niños por sexo y edad con leishmaniasis tegumentaria americana y leishmaniasis visceral

Grupos de edad	Total (N°/%)	Varones (N°/%)	Mujeres (N°/%)
Total	74/100	37/50	37/50
0 - 3	13/ 17,5	7/ 9,4	6/ 8,1
4 - 6	12/ 16,1	7/ 9,4	5/ 6,7
7 - 9	10/ 13,5	4/ 5,4	6/ 8,1
10 - 12	39/ 52,6	19/25,6	20/27

PACIENTES Y METODOS

Se revisaron 1570 historias clínicas confeccionadas en el Servicio de Parasitología del Instituto Boliviano de Biología de la Altura (1982 - 1988), de pacientes que vinieron al servicio para su estudio y/o tratamiento de especialidad. Se separaron 74 pacientes menores de 12 años (el 4% del total de consultas), en los cuales se realizó: una historia clínica dirigida de especialidad; frotis de la lesión cutánea o cutáneo-mucosa (leishmaniasis tegumentaria americana); biopsia para estudio anatomopatológico y aislamiento del parásito para cultivo e inoculación en hámster; punción biopsia de médula ósea (leishmaniasis visceral); toma de sangre venosa periférica para estudio serológico (inmunofluorescencia indirecta), e intradermoreacción de Montenegro (inoculación de leishmanina en el antebrazo). Por diversos factores (negación del paciente, despistaje activo en el campo, ausencia de reactivos, valoración negativa del médico), no se pudo realizar todas las pruebas en todos los pacientes.

RESULTADOS

Del total de 74 niños se encontraron: 53 niños (71,6%) con lesiones cutáneas puras, 17 (22,9) con lesiones cutáneo-mucosas y 4 (5,4%) con leishmaniasis visceral.

No existe diferencia en lo que respecta a sexo; encontrándose que el grupo de 10 a 12 años de edad es el más afectado. (Tabla 1).

El número de lesiones primarias (cútaneas y o cutáneo-mucosas) variaron entre cero en pacientes con leishmaniasis visceral en los cuales no se detectaron lesiones activas, hasta un niño que presentó 17 úlceras primarias en todo el cuerpo. El 40% de los pacientes presentaron una sola lesión primaria. (Tabla 2); el 60% restante presentó más de una lesión difundidas en todo el cuerpo con

predominancia en cabeza y miembros inferiores .

De acuerdo a la procedencia de los niños se encontró que: 58 (78,4%) eran de la zona de los Yungas y 16 (21,6%), de la zona de Alto Beni.

En referencia a las localizaciones de las úlceras, se observó que la zona más afectada es la cabeza, seguida por los miembros inferiores, miembros superiores y tronco. En las figuras 1 y 2 se presentan lesiones observadas en cabeza (orejas y cara) de dos niños de Bolivia.

En el 40% de los pacientes se efectuó tratamiento con glucantime (26 pacientes), glucantime + metronidazol (1 paciente), ketoconazol (1 paciente) y pomada sebastiana^R (1 paciente). Se utilizaron dosis habituales

Tabla 2. Número y porcentaje de niños por número de lesiones cutáneas y/o cutáneo-mucosas de leishmaniasis

Número de lesiones	Número de niños	Porcentaje de niños
Total	74	100,0
Ninguna*	4	5,4
1	30	40,5
2	15	20,2
3	10	13,5
4	2	2,7
5	4	5,4
6 ó más	9	12,1

* Pacientes con leishmaniasis visceral.

hasta la completa cicatrización de las úlceras primarias, disminución de la tasa de inmunoglobulinas y alta médica previa valoración de especialidad. Los niños en los que no se realizó tratamiento (60%), se los retornó con los resultados de laboratorios al médico tratante.

Los exámenes de laboratorio que se realizaron a los niños se aprecian en la Tabla 3.

DISCUSION

Las poblaciones migrantes que colonizan las áreas del Oriente Boliviano, se desplazan por etapas: primero ingresan los hombres que construyen la



Figura 1. Leishmaniasis tegumentaria americana, mutilación de cartilago de la oreja.



Figura 2. Leishmaniasis tegumentaria americana, invasión de mucosas por continuidad.

Tabla 3. Resultados de los exámenes de laboratorio de niños con leishmaniasis

Tipode examen	Nº total de pacientes	Positivo (+)	Negativo (-)
IFI	74	74	-
LDR	10	7	3
Cultivo y/o Inoc. en hámster	8	6	2
Frotis de lesión o médula ósea	7	5	2

IFI = Inmunofluorescencia indirecta (se utilizaron 2 Ag según el caso; Ag.L.b.b.; Ag.L.d.ch.). IDR = Intradermoreacción de Montenegro.

casa y preparan el terreno en uno o dos años, época de mayor incidencia de la enfermedad⁸ y posteriormente, lo hace la familia. Por el hecho de ser Alto Beni una colonización reciente, existen pocos grupos constituidos con todos los miembros familiares y por esta razón se presenta un mayor número de casos de la zona de los Yungas.

Las lesiones primarias en los niños se localizan principalmente en la cabeza y miembros inferiores, diferenciándose de los estudios en adultos de las mismas zonas en los cuales prevalece en los miembros superiores, inferiores y cabeza (Yungas) y en los miembros inferiores (Alto Beni).⁴ La gran incidencia de picaduras del insecto vector en la cabeza de los niños (54,2%) está en favor de una transmisión nocturna, intradomiciliaria. El 60% de las lesiones son únicas o dobles, siendo el grupo de 10 a 12 años el más afectado, probablemente debido a su rol de 'peque-