

Leishmaniasis en Honduras*

Dr. Eduardo Fernández h. (**)

A pesar de la gran frecuencia de esta parasitosis cutánea y cutáneo-mucosa, con sus graves formas destructivas y deformantes, que ataca principalmente a nuestras masas campesinas y que con la excepción de El Salvador, existe en todos los países centroamericanos, se le ha dado relativamente poca importancia en nuestro medio, aunque ya en algunas de nuestras reuniones el que esto escribe había propuesto que fuera señalada como un problema de salud pública en el área mesoamericana.

Los dermatólogos costarricenses han sido los que más han insistido sobre el tema y han hecho grandes avances en el sentido de su epidemiología y tratamiento, presentando interesantes investigaciones sobre dicha parasitosis. Sin duda alguna, es posible que oigamos en este Congreso, que los colegas ticos nos tienen preparados trabajos sobre inmunidad y estudios sobre las formas tegumentarias difusas o anérgicas, de las cuales los autores venezolanos con Convit y Kerdel-Vegas (1) a la cabeza han querido crear una nueva entidad clínica. Entidad sumamente interesante y cuyo estudio sistemático promete grandes sorpresas en el campo de la inmunología.

De esta manera, este trabajo, no tiene la pretensión de enseñar algo nuevo, sino una contribución más para el estudio de la Leishmaniasis en Centroamérica, para ir completando nuestra patología dermatológica tropical y de esta manera también en nuestra patología geográfica.

Honduras, país poco poblado, con extensas regiones montañosas por doquier y zonas a veces casi inexploradas, presenta zonas endémicas de Leishmaniasis bastante bien conocidas y que están indicadas en el mapa. En estos lugares las condiciones climáticas son muy favorables para el desarrollo del agente etiológico y del vector. La enfermedad en estas áreas se presenta en forma endémica en los grupos de población, habiendo casos donde familias completas son atacadas simultáneamente. Recuerdo que en varias ocasiones internamos en nuestros servicios de Dermatología, al padre, la madre e hijos pequeños, en quienes comprobamos Leishmaniasis cutánea.

Todos los autores están de acuerdo en que la Leishmaniasis produce un alto índice de inmunidad y que un ataque protege por largo tiempo al individuo; tan es así que en algunos países suramericanos y africanos existe la costumbre de los padres de inocular de una manera empírica a sus hijos pequeños, para que éstos desarrollen una inmunidad duradera.

Trabajo presentado ante el 5º Congreso C. A. de Dermatología, San José, Costa Rica, Diciembre 1965.

* Jefe Servicio Dermatología Hombres, Hospital General San Felipe, Tegueigalpa, Honduras, C. A.
Profesor Adjunto de Medicina, Escuela de Medicina, U.N.A.H.
Profesor Patología Oral, Escuela Dental, U.N.A.H.

Sin embargo nuestra experiencia es diferente y las formas recidivantes, con inmunidad baja o nula son relativamente frecuentes; más adelante presentaremos ejemplos, lo mismo que un caso en el cual se trata sin lugar a dudas de una forma difusa o diseminada anérgica, que coincide con todo con las formas presentadas por los brasileños y venezolanos. Se debe esto a: ¿ausencia total o parcial de anticuerpos antileishmania?, o ¿a la aparición de cepas diferentes o más virulentas? Respuestas éstas que necesitan más estudios sobre todo desde el punto de vista inmunológico, que desgraciadamente nosotros no estamos en condiciones de hacer por el momento, pero que representan un campo extenso de investigación, además de su utilidad práctica, ya que conocemos que estas formas anérgicas son de tratamiento muy difícil, aún con las modernas armas terapéuticas como la anfotericina B.

Una pregunta que siempre me he hecho, es por qué es tan frecuente la Leishmaniasis cutánea y mucosa en nuestro país y sin embargo otra enfermedad producida por leishmanias, el Kala-azar, que es el tipo visceral de la enfermedad, que tiene prácticamente los mismos vectores y condiciones climáticas favorables para su desarrollo, no ha sido encontrado en Honduras. Ha sido informado en El Salvador, en el cual prácticamente no existe Leishmaniasis cutánea.

Las diferentes formas de Leishmanias, tanto las causantes de las formas viscerales como tegumentarias y mucosas o sea *L. donovani*, *L. Trópica*, *L. Brasillensis* son idénticas o imposibles de diferenciar, tanto desde el punto de vista morfológico, como en cultivos en medio N.N.N. Es posible que los modernos estudios inmunológicos, demuestren dichas diferencias desde ese punto de vista o también demuestren como pretenden los autores venezolanos, que sean causadas por variantes de *L. brasiliensis*, con características específicas de algunas cepas, especialmente en pacientes con Leishmaniasis cutánea difusa.

ESTUDIO GEOGRÁFICO ESTADÍSTICO.

Honduras, país situado en el Centro de América Central, sumamente montañoso, con climas y altitudes variables, grandes zonas cubiertas de enormes bosques, muchos de ellos casi vírgenes, presenta condiciones ambientales ideales para el desarrollo de los flebótomos vectores de la Leishmaniasis, como se puede observar en el mapa adjunto.

Nuestra estadística comprende el estudio de 100 pacientes, desde 1957 a 1965, tanto de los internados en los Servicios de Dermatología del Hospital General, como de los observados en la consulta externa Dermatológica del mismo. Todos los enfermos proceden de diferentes zonas del país, que presentan la enfermedad en forma endémica y no se puede considerar en manera alguna, que ellos representan la totalidad de casos, ya que estamos seguros son la minoría, es decir los que tienen la oportunidad de trasladarse a la capital, para recibir atención en el único centro especializado que existe en el país.

De estos 100 pacientes, 68 pertenecen al sexo masculino y 32 al femenino. Esta diferencia a favor de los hombres, se explica fácilmente por sus condiciones de vida y trabajo, que los hace exponerse más a la picadura del flebotomo infectante. Insistimos que todos ellos pertenecen a la clase campesina y que no hemos observado al presente ningún paciente de zonas urbanas.

Formas Clínicas. En nuestra casuística, encontramos que la forma clínica predominante, es la de ataque puramente Cutáneo, con un 67%. Las partes del cuerpo más afectados siempre son las zonas desnudas expuestas a la picadura del insecto vector, es decir cara, miembros superiores e inferiores, no siendo raras las lesiones múltiples, con las características clínicas que han sido yfi magistralmente descritas formando las úlceras típicas. La Forma Muco-cutánea que según los autores es causada casi siempre por *Leishmania brasiliensis*, da un total de 32%, afectando en su mayoría, nariz, labios y cavidad oral, causando las conocidas y tremendas lesiones destructivas. Estos pacientes afectados de esta forma muco-cutánea, casi siempre necesitan de la cirugía reparadora (Plástica) después de su curación clínica.

De la Forma Diseminada o anérgica solo obtuvimos un caso del Hospital del Instituto Hondureño de Seguridad Social, quien fue visto roiginalmente por el Dr. Héctor Láinez y comprobado histológicamente por el Dr. Raúl A. Durón M., con todas las características informadas por los Drs. Convit y Kerdel-Vegas en su trabajo original y que son demostradas perfectamente por las fotografías. Los autores antes mencionados creen que esta forma diseminada es una variante de la Leishmaniasis cutánea americana, con sus propias características clínicas, inmunológicas y parasitológicas, por lo cual debe de ser distinguidos de ésta.

Ellos piensan que el parásito causante es una variedad de *L. brasiliensis*. Hasta la fecha solamente 16 casos han sido informados en Venezuela y sus características clínicas son tan importantes que consideramos oportuno consignarlas en este trabajo:

CARACTERÍSTICAS DE LA LEISHMANIASIS DISEMINADA (CONVIT y KERDEL-VEGAS)

- 1) Extensa invasión cutánea
- 2) Abundancia extraordinaria de parásitos en las lesiones.
- 3) Anergia (Montenegro negativa)
- 4) Ausencia de invasión visceral
- 5) Gran resistencia a la terapéutica
- 6) Evolución sumamente crónica y progresiva.

Infelizmente nuestros medios de investigación no nos permiten llevar este caso hasta la investigación exhaustiva (Inoculación a animales de laboratorio .anticuerpos inmunofluorescentes, microscopía electrónica etc.) Pero es importante hacer constar, que el caso antes mencionado llena completamente los requisitos antes mencionados desde el punto de vista clínico, parasitológico e inmunológico (Reacción de Montenegro negativa en varias ocasiones).

Posiblemente el primer caso de esta nueva forma de Leishmaniasis tegumentaria difusa o diseminada fue informado en 1948 en Brasil (3). En el caso antes mencionado del IHSS, al principio le fue instituido el tratamiento con las medicaciones clásicas (Glucantim, Repodral) sin obtener ningún resultado, luego se puso bajo tratamiento con Amfotericina

B., con una dosis total de 1.200 miligramos, en fracciones diarias de 100 miligramos, habiéndose obtenido una respuesta buena con el desaparecimiento de las lesiones, pero el resultado definitivo no se conoce, en cuanto a posibilidad de recidivas se refiere.

Epidemiología. Prácticamente puede decirse, que la Leishmaniasis es endémica en todo el país y que las zonas no sombreadas de rojo en el mapa, no significan que la enfermedad no exista en ellas, sino que no se han obtenido datos de pacientes procedentes de dichas zonas; porque estamos seguros por ejemplo, que en el departamento de Gracias a Dios (Mosquitia hondureña), del cual no hemos recibido ningún paciente, sea tal vez por sus condiciones* especiales, la mayor zona afectada por esta parasitosis. Para esto creemos que la reacción de Montenegro ayudaría en una campaña de tipo sanitario a descubrir los individuos que han sido atacados por la enfermedad y que presentan una inmunidad duradera.

Estamos actualmente haciendo estudios, para determinar cuáles de los flebotomos, vectores de la enfermedad, son los más frecuentes en nuestro país, para de esta manera, poder sentar pautas profilácticas en la destrucción de los mismos, aunque actualmente con las luchas antimaláricas, los rociados de insecticidas, indudablemente son beneficiosos en la exterminación de los flebotomos. También la educación de los campesinos en las zonas endémicas como usar ropa adecuada, repelentes, protección de partes expuestas, evitar la deambulación después de la puesta del sol, son medidas que ayudarían a bajar la incidencia de la parasitosis.

Inmunología: En las formas cutáneas puras (Úlcera Oriental) causada por la variedad de *L. Trópica*, hemos encontrado que en la mayoría de los casos, el paciente desarrolla una inmunidad duradera a la enfermedad, evolucionando las lesiones en un período de 6 meses a 1 año, dejando cicatrices tan características, que el diagnóstico retrospectivo se hace fácilmente. En todos ellos, la reacción de Montenegro es siempre francamente positiva.

En cambio, nuestra experiencia cambia, en la Leishmaniasis Cutáneo-mucosa por *L. brasiliensis*, que causa las conocidas lesiones* destructivas especialmente localizadas en nariz y orofaringe, pues a pesar de que la reacción de Montenegro resulta positiva en la mayoría de pacientes, las recidivas son sumamente frecuentes, a pesar de los tratamientos intensivos y en nuestra casuística varios pacientes han tenido que ser reingresados repetidas veces al servicio para nuevos tratamientos, por la activa recidiva de las lesiones que se suponía ya estaban curadas.

Nuestra experiencia con la forma diseminada o anérgica es muy limitada, ya que hasta la fecha solo hemos tenido un caso, en el que la reacción de Montenegro practicada, con dos antígenos diferentes y en distintas regiones cutáneas, fue totalmente negativa, lo que está de acuerdo con las observaciones de Convit y Kerdel-Vegas (2).

Los acuciosos investigadores venezolanos creen que esta variedad clínica de la enfermedad, puede ser debida a una variante genética de *L. brasiliensis* con poderes enzimáticos propios capaces de destruir los mecanismos defensivos del huésped o también como una rara forma de la enfermedad, que le ocurre únicamente a individuos que son incapaces de formar anticuerpos específicos.

Tratamiento de la LEISHMANIASIS

- 1) **Gluconato antimónico sódico (Solustibosan)**
- 2) **Neostibosan, Repodral, tartrato antimónico sódico**
- 3) **Tártaro emético, fuadina.**
- 4) **Esparseno (derivado de arsfenamina).**
- 5) **Sulfato de Berberina o Atebrina (infiltración)**
- 6) **Clorquina Aralen, infiltración.**
- 7) **Anfoteridna B (formas difusas o anérgicas)**
- 8) **Pamoato de Dihidrotriazina (A. Peña Chavarría, E. Kotcher, K. O. Courtney) Nov. 1965, New Orleans, Reunión Anual Soc. Am. Trop. Medicine.**
- 9) **Control infección secundaria.**
- 10) **Corticosteroides.**
- 11) **Electrocoagulación.**

Se resume la lista de medicamentos que hemos querido publicar, para beneficio especialmente de los que no están en relación muy íntima con la especialidad. En general se puede decir, que los antimoniales pentavalentes (Repodral, Solustinbusan, etc.), son medicamentos bastante efectivos, lo mismo que los **antimaláricos** de síntesis (Cloraquina, atebrina), especialmente cuando se usan en pequeñas lesiones resistentes al tratamiento por antimoniales y en la forma de infiltración local.

En nuestra experiencia el uso combinado de corticosteroides, **potencializa** la acción de las drogas antes mencionadas, por su potente acción anti-inflamatoria, sobre todo en los casos rebeldes, dándonos en general buenos resultados.

La **anfotericina B**, solo la hemos usado en el caso de la Leishmaniasis tegumentaria difusa, con buen resultado inicial, pero sin poder evaluarla; la experiencia de los venezolanos-, indica la recidiva como regla.

El Dr. Peña Chavarría, de Costa Rica, presentó con sus colaboradores, en reciente reunión de la Sociedad Americana de Medicina Tropical, verificada en New Orleans (Nov. 1965) un informe preliminar sobre una nueva droga de acción prolongada: Pamoato de Dihidrotriazina, en Leishmaniasis, cuyos resultados parecen ser prometedores, aunque no conozco en detalle dicho trabajo **(4)**.

RESUMEN:

Se presenta un estudio Geográfico-estadístico de 100 casos de Leishmaniasis en Honduras (1957-1965). Sólo un paciente presentó la forma diseminada o anérgica. Hacemos consideraciones epidemiológicas y terapéuticas. Consideramos este estudio como una contribución a la patología geográfica de la Leishmaniasis en América.

SUMMARY

A study of the problem represented by Leishmaniasis in Honduras and its geographical distribution is discussed (100 cases in our Dermatological Service, from 1957 to 1965, Hospital General, Tegucigalpa D. C.)

One patient with the disseminated or anergic form of Leishmaniasis is reported.

The epidemiologist and the different drugs used in its treatment are reviewed.

This paper is considered by the author, as a contribution to the study of Leishmaniasis in América.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—J. CONVIT C. J. ALARCON, O. REYES; F. KERDELL, II Cong. Ib. Lat. Am. de Dermatología Oct. 1956.
- 2.—J. CONVIT, F. KERDEL-VEGAS; Disseminated Cutaneous Leishmaniasis, Arch. Derm. 91: 1965.
- 3.—PRADO BARRIENTOS L.: y un caso atípico de Leishmaniasis cutáneo-mycosa (espundia) Mem. Inst. Cruz, 46: 417 1948. 417-418.
- 4.—A. PEÑA-CHAVARRIA, EMIL KOTCHERQUEL K. O. CONITNEY, "Preliminary therapeutic Evaluation of Dihydrotriazine Pamoate in demal Leishmaniasis", Louisiana State University ICMR.T, San José, Costa Rica and Parke Davis and Co. Ann Arbor Michigan.