

Leishmaniasis Visceral en Niños

La Experiencia en 35 casos

*Dr. Aliño López, * Dra. Clara A. de Molina, ** Dr. Agustín Bueso, *** Dr. Fructuoso Fuentes M.*

RESUMEN

Presentámoslos **resultados de** una revisión retrospectiva de los 35 casos confirmados de Leishmaniasis Visceral en niños menores de 13 años diagnosticados en el bloque Materno Infantil del Hospital Escuela, durante el período de Enero de 1983 a Julio de 1990. Se diagnosticaron un promedio de 3 niños con Leishmaniasis Visceral durante los años de 1984 a 1987, pero la incidencia aumentó marcadamente durante los últimos meses que abarcó el Estudio, cuando se diagnosticaron 22 casos. El 95% provenían de la región centro-sur distribuyéndose en los departamentos de Francisco Morazán (38%), Valle (26%), Choluteca (17%) y El Paraíso (14%). Los hallazgos más frecuentes al examen físico fueron, la palidez, la fiebre, y la hepato-esplenomegalia descritas en el 100% de los pacientes. En el hemograma inicial se constató compromiso de las tres series, todos los niños cursaban con anemia y de éstos el 40% con niveles de hemoglobina menores de 7gr/dl, leucopenia y trombocitopenia en el 70 y 55% respectivamente. El método de diagnóstico más confiable, resultó ser el aspirado de médula ósea, pues permitió mediante coloración o cultivo el hallazgo del protozoo en el 97% de los casos.

Pediatra Hospital Escuela Bloque Materno Infantil.
Pediatra Ex-Residente Hospital Materno Infantil
Residente III Pediatría Hospital Materno Infantil

El único tratamiento empleado fue la N-Metigluamina (Glucantime), en un 91% de curación, únicamente 3 niños requirieron un segundo ciclo por mala respuesta clínica.

Un niño falleció poco después de su ingreso y no alcanzó a recibir tratamiento. Se concluye que la procedencia de una área endémica y hallazgos como fiebre, anemia y hepato-esplenomegalia deberán hacernos sospechar esta enfermedad.

INTRODUCCIÓN

La Leishmaniasis Visceral Infantil (LVI), es una enfermedad infecciosa crónica, causada por el protozoo o hemoflagelado *Leishmania donovani*.

El insecto vector es el simúlido *Lutzomyia longipalpis* y está clasificada por la OMS como una zoonosis, ya que los mamíferos actúan como huéspedes reservorios (en nuestro medio más frecuentemente, los perros).

Tiene una distribución mundial y el clima de ciertas regiones de nuestro país le es propicio para tornarse endémica.

La Leishmaniasis Visceral en Honduras ha sido estudiada y publicada. Hacemos éste Estudio con el propósito de actualizar la experiencia acumulada durante siete y medio años en el diagnóstico y tratamiento de ésta enfermedad en niños que acuden espontáneamente y que son remitidos a éste Hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

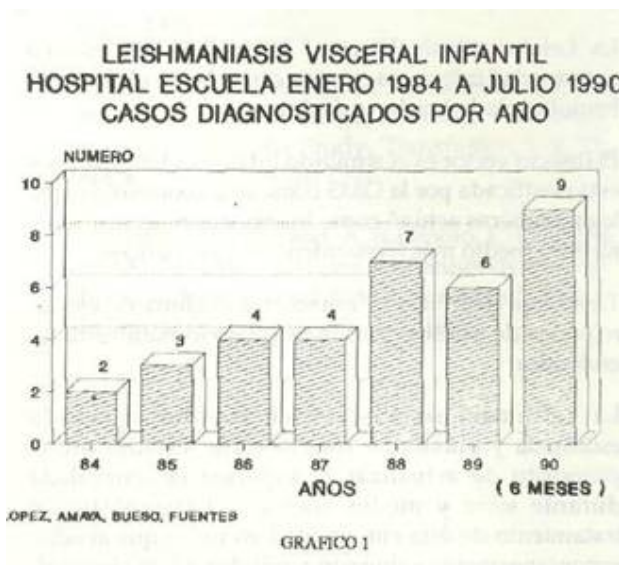
Se revisaron retrospectivamente todos los expedientes clasificados bajo el diagnóstico de Leishmaniasis Visceral en niños menores de 13 años en el Bloque Materno Infantil del Hospital Escuela, durante siete y medio años (Enero 1983 a Julio 1990), procediendo a analizar finalmente los 35 casos que pudieron ser confirmados mediante identificación directa, cultivo y/o seroaglutinación y descartando aquellos en los cuales por alguna causa no pudo confirmarse éste diagnóstico.

Analizamos la procedencia de los pacientes, las manifestaciones clínicas, los métodos de diagnóstico utilizados, los hallazgos laboratoriales y su evolución luego del tratamiento con antimonials pentavalentes.

RESULTADOS

Durante los primeros 5 años que comprendió el Estudio, se diagnosticaron solamente 35% de los casos, mientras durante los últimos 30 meses se confirmaron el 65%.

En el período comprendido entre Enero de 1984 hasta Diciembre de 1987, el promedio de casos confirmados en el Bloque Materno Infantil del Hospital Escuela de Leishmaniasis Visceral Infantil fue de 1 cada 4 meses, pero ascendió en el período de Enero de 1988 a Julio de 1990 a un promedio de casi 1 por mes. (Gráfica 1).



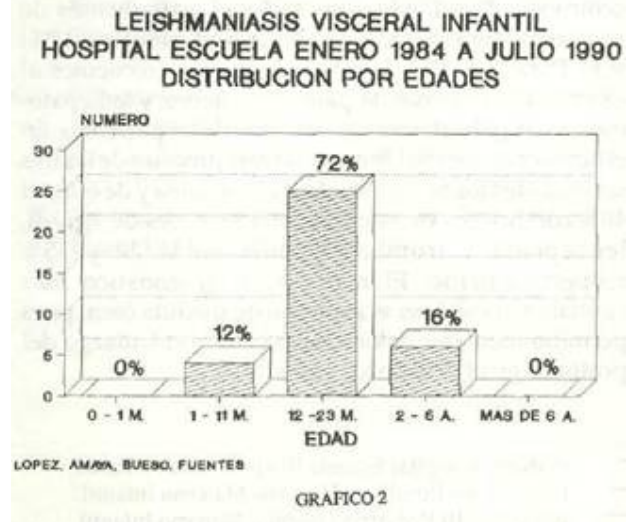
La distribución entre ambos sexos fue semejante habiéndose confirmado el diagnóstico en 17 paciente; del sexo masculino y 16 en el femenino. El grupo etario en el que se hizo el diagnóstico más; frecuentemente lo constituyeron los lactantes, con un 82% de los casos y entre éstos, los comprendidos entre los 12 - 23 meses con 71 %. El niño con menor edad entre los afectados contaba al momento del diagnóstico con 4 meses y el mayor con 6 años, no encontrando casos entre pacientes recién nacidos ni en edad escolar, (cuadro 1,

CUADRO # 1

EDAD	No.CASOS	%
0 - 1 MES	0	0
1 - 11 MESES	4	12
12 - 23 MESES	25	72
2 - 6 AÑOS	6	16
MAYOR DE 6 AÑOS	0	0
TOTAL	35	100

gráfica 2)

Leishmaniasis Visceral Infantil: Hospital Escuela, Enero 1984 Julio 1990. Distribución por Edades.



Los departamentos con mayor número de casos fueron, Francisco Morazán con 13 casos (38%), Valle con 9 (26%), Choluteca con 6 (17%), El Paraíso con 5 (14%) y finalmente Olancho e Intibucá con un caso cada uno (5%). (Figura 1)



En la anamnesis al momento de su ingreso la totalidad de los pacientes refirieron fiebre, palidez y la presencia de masa abdominal que correspondía a hepato-esplenomegalia.

La fiebre resultó de evolución muy variable: desde 8 días (un caso) hasta 7 meses (también un caso), pero el 50% tenía entre 1 y 3 meses de presentarla. El promedio de evolución de la fiebre antes de su ingreso fue de 21 / 2 meses. En el 100% de los casos se corroboró durante las primeras 24 horas intrahospitalarias.

También en la totalidad de los casos se constató la palidez y la visceromegalia. Se encontró aumento del tamaño tanto del hígado como de bazo en los 35 niños, con un rango entre los 3 y 8 cms. bajo el borde costal para el hígado y entre 3 y 12 para el bazo.

Solamente en un paciente se consignó hepatomegalia mayor que la esplenomegalia. Otros signos descritos fueron el aumento del perímetro abdominal (94%), pérdida de peso (87%), dolor abdominal (64%), vómitos (21%), ictericia y petequias en un paciente.

Solamente 3 niños tenían un peso adecuado para su edad, presentando el resto distintos grados de desnutrición, distribuidos como lo muestra el Cuadro #2: (Gráfica 3)

CUADRO # 2

ESTADO NUTRICIONAL	No. CASOS	%
EUTROFICO	3	9
DESNUTRICION GRADO I	2	6
DESNUTRICION GRADO II	25	70
DESNUTRICIÓN GRADO III	3	9
NO CONSIGNADO	2	6
TOTAL	35	100%

Leishmaniasis Visceral Infantil: Hospital Escuela, Enero 1984 Julio 1990. Distribución por Estado Nutricional.

LEISHMANIASIS VISCERAL INFANTIL HOSPITAL ESCUELA ENERO 1984 A JULIO 1990 DISTRIBUCION POR ESTADO NUTRICIONAL

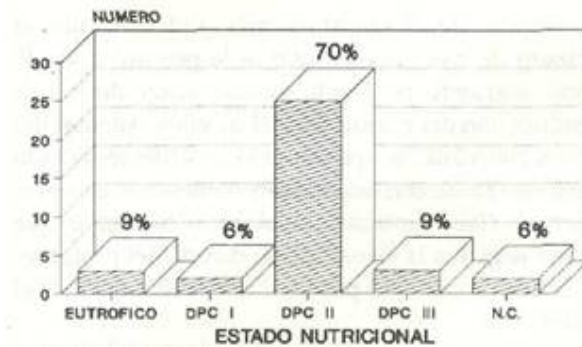


GRAFICO 3

Respecto a los hallazgos en la biometría hemática se encontró la hemoglobina entre 7 y 10 gramos/dl en el 57% de los casos y por debajo de 7 gr/dl en el 39%. Sólo un niño presentaba un valor superior a 10 gr/dl y sin embargo mostraba palidez. Dos niños cursaban con valores de 2 gr/dl. Leucopenia se encontró en 24 pacientes (70%), trombocitopenia en 19 (55%), mientras en otros 10 se reportaron en el frotis de sangre periférica "plaquetas disminuidas" pero sin recuento.

Para los 34 pacientes que egresaron vivos la mínima estancia hospitalaria fue de 15 días y el máximo de 35.

EVOLUCIÓN POST-TRATAMIENTO

FIEBRE: Como promedio la fiebre desapareció en el transcurso de las dos primeras semanas de tratamiento de Glucantime (en 18 desapareció durante la primera semana y en 15 durante la segunda).

HEPATOMEGALIA: Al finalizar el tratamiento, 20 niños tenían un hígado de menor tamaño que al momento del ingreso, sin llegar a la normalidad, en 11 no se consigno la evolución de la hepatomegalia, en 2 desapareció y 2 egresaron con igual tamaño.

ESPLENOMEGALIA: En 22 niños (63%) tamaño del bazo disminuyó pero sin llegar a la normalidad, en 3 no se consigno la evolución y en los restantes (29%) no se modificó.

ANEMIA: Al momento del alta solamente 2 pacientes tenían hemoglobina menor de 7gr/dl, 16 tenían hemoglobina mayor de 10gr/dl y 16 la tenían entre los 7 y 10gr/dl. El restante no se contabiliza por haber fallecido. Varios de ellos requirieron transfusiones sanguíneas.

LEUCOPENIA: Los valores de glóbulos blancos se normalizaron en 20 de 24 niños en quienes se practicaron controles.

TROMBOCITOPENIA: Se normalizaron los valores en 17 de 22 pacientes a los que se les solicitó recuento de control, los restantes se persistieron por debajo de los 150,000/mm³.

CONTROL EN CONSULTA EXTERNA

De los 34 pacientes egresados 14 (41 %) no regresaron a control, ignorándose su evolución. De los que acudieron sólo uno tuvo reactivación de la Leishmaniasis comprobado por nuevo frotis de aspirado de médula ósea. Se trataba del mismo niño que había contraído el SIDA y cursaba además con múltiples procesos infecciosos concomitantes. En 23% de ellos se constató ganancia ponderal. En ninguno se practicaron exámenes laboratoriales de control. Ninguno acudió a más de un control ambulatorio pese a que se les extendió cita.

DISCUSIÓN

Las publicaciones sobre Leishmaniasis Visceral no son precisamente frecuentes. En éste Estudio se recolectó un importante número de casos confirmados de Leishmaniasis Visceral Infantil (LVI), la cual se sabe comienza a originar crecientes problemas de Salud Pública en todo el orbe, siendo hasta hoy insuficientes los esfuerzos para combatirla.

El comité de expertos de la OMS ha lanzado un llamado de alerta a nivel mundial ante la creciente propagación de la Leishmaniasis, resaltando el hecho de que la ignorancia de la verdadera prevalencia de ésta enfermedad y la subestimación del consumo de recursos y del sufrimiento que causa, obstaculiza la lucha en su universalmente válida para combatirla y en Honduras no ocurre lo contrario.

Para fines del Estudio se extrajeron de los expedientes, datos de relevancia como ser el hecho de que el grupo etario más frecuentemente afectado es el de los lactantes, lo cual concuerda con estudios previos que se interesaron en éste dato (1,5,6,7,8).

Más aún resulta alarmante la alta incidencia entre lactantes de 12-23 meses respecto a los demás grupos. Como ya lo consignaron Nevin, Custodio y cols (1) es difícil establecer porqué los niños de tan corta edad tiene mayor riesgo de adquirir la Leishmaniasis Visceral. Se sabe que el contacto entre el hombre y el vector aumenta cuando se duerme al aire libre o se hacen visitas temporales a zonas con flebotomos infectados.

Las viviendas de áreas rurales del sur de Honduras son construidas de manera que existan grandes grietas en sus paredes o se acumulan grandes cantidades de leña en sus alrededores, son húmedas y están cerca de bosques en donde abundan los criaderos de flebotomos. Todos éstos son factores contribuyentes, pero permanece sin respuesta clara, el hecho del porqué la zona sur es donde existe el foco más importante de ésta enfermedad, siendo que las condiciones para su propagación parecen ser óptimas en extensas áreas de nuestro territorio.

El número de casos de Leishmaniasis Visceral entre niños del sexo masculino fue ligeramente mayor que entre los del sexo femenino.

Dos estudios previos en nuestro país con una característica importante (1,6), revelaron predominio de casos entre el sexo femenino, en cambio nuestro hallazgo es similar al reportado en países como la India (9) e Italia (8).

Resulta evidente que la enfermedad no respeta sexo y ataca ambos por igual.

El hecho de encontrar fiebre, palidez y hepato-esplenomegalia en la totalidad de los casos tiene apoyo en la fisiopatología de ésta enfermedad en la que la hiperplasia reticuloendotelial afecta el bazo, hígado, médula ósea y demás tejidos linfoides al estar parasitados muchas de éstas células la hematopoyesis es al inicio normal pero poco después se abrevia la vida de los granulocitopenia y tendencia al sangrado. El parasitismo crónico provoca justamente una fiebre de éste tipo. (7)

La literatura reporta hallazgos constantes en niños con Leishmaniasis Visceral, como ser la función hepática normal, la hiperglobulinemia y la hipoalbuminemia (7). Los hallazgos de nuestro Estudio apoyan estos datos, pero lastimosamente no hay estandarización para la solicitud de éstos análisis en niños sospechosos de Leishmaniasis Visceral en el Hospital.

No se utiliza en la institución la técnica de aspirado de material esplénico para confirmar el diagnóstico pese a que tiene hasta un 98% de positividad (7), pero en cambio se practica de rutina la coloración y el cultivo de aspirado de médula ósea con una excelente sensibilidad y especificidad por lo que recomendamos su empleo, ante la sospecha de LVI.

Respecto al tratamiento se sabe que en proporción con su peso, los niños necesitan más antimonio pentavalente que los adultos y lo toleran mejor. La OMS recomienda como terapia inicial para LVI una inyección diaria de antimonio pentavalente de 20 mg/Kg hasta un máximo de 850 mg y con una duración mínima de 20 días. (7)

Nuestra Experiencia. López y col. (6) en su reporte de 25 casos en ésta misma institución en el período de

1978 a 1982, constató altas tasas de curación sin reportar casos de intoxicación, utilizando Glucantime a dosis de 30mg/Kg/día en los 2 primeros días y luego 60 mg/Kg/día por los siguientes 12 días. Los hallazgos del presente Estudio reafirman la buena tolerancia de los niños a éste fármaco y las altas tasas de curación obtenidas.

A diferencia de lo que sucede con el antimonio trivalente, la rápida excreción renal del antimonio pentavalente, así como su acumulación limitada, hacen innecesario interrumpir el tratamiento con periodos de descanso por temor a toxicidad acumulativa. (7)

Los resultados nivelan serias deficiencias en el seguimiento ambulatorio de éstos pacientes. Las recomendaciones al respecto son, que deben vigilarse semanalmente el peso, tamaño del hígado y bazo, niveles de hemoglobina y en el mejor de los casos el registro diario de la temperatura.

Otros índices de mejoría son el aumento de la albúmina sérica y recuentos mayores de neutrófilos, cosnófilos y linfocitos. (2,8).

Suponemos que la mala situación económica impide a las familias viajar a controles periódicas para brindarle a éstos niños un adecuado seguimiento.

Finalmente creemos que la LVI puede llegar a constituir un problema de Salud Pública en nuestro país, ya que su frecuencia a aumentado en forma alarmante en los últimos años pese a que debe existir un enorme subregistro de casos debido a que la enfermedad afecta a personas que viven en zonas rurales, casi incomunicados, pobres y que no siempre estarán en disposición de viajar largas distancias para poder ser diagnosticados y tratados.

El médico hondureño deberá familiarizarse cada vez más con ésta patología y tenerla siempre presente en lactantes provenientes del área sur y cuyos síntomas principales sean fiebre, palidez, y hepato-esplenomegalia.

LEISHMANIASIS VISCERAL EN NIÑOS

TRATAMIENTO

N-METILGLUCAMÍNA (GLUCANTIME)

ESQUEMA:

30mg/kg/día DURANTE LOS 2 PRIMEROS DÍAS

60mg/kg/día A COMPLETAR 14 DÍAS

RESULTADOS:

CURACIÓN:

97% CASOS (34/35)

DE ESTOS SOLO EL 9% (3/34) RECIBIERON DOS CICLOS

FALLECIÓ SOLO UN PACIENTE (3%)

REACCIONES ADVERSAS: UN CASO DE HEPATITIS MEDICAMENTOSA

BIBLIOGRAFÍA

1. Navin, T.R., Sierra, M., Custodio, R., Sturer, F., Porter, Charles., and Ruebush, T.. Epidemiologic study of visceral leishmaniasis in Honduras, 1975-1983. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* Vol 34 No. 4 July 1985.
2. Organización Mundial de la Salud. Zoonosis parasitarias. Informe de un comité de expertos de la oms. Serie de Informes Técnicos No. 637 Ginebra, Suiza. 1979.
3. Nuemberger, S.P., and Ramos, C.V. Leishmaniasis visceral, Informe del primer caso en Honduras. *Rcv. Med. Hondur.*, 42:234-241., 1974.
4. Nuernberger, S.P., Ramos, C.V., and Custodio, R, Visceral Leishmaniasis in Honduras: Report of Thre proven cases and a suspected case. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 24:917-920,1975.
5. Ponce T.M., and Padilla. L., Leishmaniasis Visceral. *Honduras Pediátrica*, 6:813-820,1977.
6. López, A., Montes, F., Colindres, E. Leishmaniasis Visceral en niños. *Honduras Pediátrica*, Vol. 11 No. 2 Abr.-May.-Jun. 1987 pp. 14-19.
7. Organización Mundial de la Salud. Las Leishmaniasis. Informe de un Comité de expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos No. 701, Ginebra, Suiza. 1984.
8. Bettini, S., Maroli, M., and Gradoni, L. Leishmaniasis in Tuscany (Italy): (IV) Analysis of all recorder human cases. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 75:338-344,1981.
9. Naik, S.R., Rao, P.N., Datta, D.V., Mehta, S.K., Mahajan, r.c, Mehta, S., and Chhuttani, D.N.. Kala-azar in northwestern India: a study of 24 patients. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.* 73:61-65. 1979.