

---

# Características clínicas y epidemiológicas de la leishmaniosis cutánea Estudio de pacientes atendidos en Medellín (1986-1988)<sup>1</sup>

ANGELA M. RESTREPO, LOURDES JARAMILLO,  
OSCAR DE J. OCAMPO, IVAN D. VELEZ.

---

En la mayor parte del territorio colombiano se encuentran endémicamente las formas cutánea y mucocutánea de leishmaniosis; en algunos focos se ha detectado, además, la forma visceral. En el Servicio de Leishmaniosis de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia se atienden pacientes sospechosos de la enfermedad, procedentes en su mayoría del noroccidente del país. En este estudio se evaluaron las características clínicas y epidemiológicas de los 169 pacientes con leishmaniosis comprobada, atendidos entre 1986 y 1988. Las pruebas diagnósticas constaron de exámenes directos, cultivos, biopsias, Inmunofluorescencia indirecta (IFI) y prueba de Montenegro. Hubo 118 hombres (69.8%) y 51 mujeres (30.2%); el grupo de edad con mayor número de pacientes fue el de 15-44 años

(113; 66.9%); la región de la que provinieron más pacientes fue la del valle del Río Cauca (56; 33.1%) seguida por la de la Costa Pacífica (40; 23.7%). Las lesiones fueron, clínicamente, muy polimorfas; sólo 13 pacientes (7.7%) tuvieron compromiso de mucosas. El examen directo resultó positivo en 65.8% de 152 casos; el cultivo en 58.7% de 126; la biopsia en 51.8% de 81; la inmunofluorescencia indirecta en 68.0% de 72 y la prueba de Montenegro en 95.5% de 134. Se llama la atención hacia los si-

---

ANGELA M. RESTREPO, LOURDES JARAMILLO, OSCAR DE J. OCAMPO, Estudiantes, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. DR. IVAN D. VELEZ, Profesor Asociado de Parasitología y Coordinador del Servicio de Leishmaniosis, Departamento de Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Mención de Honor en el Segundo Congreso Nacional Estudiantil de Investigación Médica, Bogotá, mayo 31-junio 3/1990

gulentos aspectos adicionales, de importancia en nuestro medio: la historia de lesiones similares en el pasado y la de tratamientos inespecíficos.

## **PALABRA CLAVE** **LEISHMANIOSIS**

### **INTRODUCCION**

La leishmaniosis es una antropozoonosis causada por protozoarios del género *Leishmania* y transmitida por picadura de insectos de los géneros *Phlebotomus* y *Lutzomyia* en el viejo y el nuevo mundo, respectivamente. Las lesiones pueden ser cutáneas, mucosas o viscerales. Según estimativos de la Organización Mundial de la Salud esta enfermedad afecta, mundialmente, 12 millones de individuos; es una de las 7 enfermedades prioritarias para actividades de estudio y control. Se extiende en América desde el sur de Estados Unidos hasta el norte de Argentina; se la conoce en Colombia desde la época precolombina y es de notificación obligatoria desde 1981; en Antioquia se inició su vigilancia epidemiológica en 1983.

No se dispone de un registro confiable de su prevalencia; se subestiman los sufrimientos e incapacidades, incluyendo los de índole psicológica, producidos por las mutilaciones y desfiguraciones a que da lugar; no se piensa suficientemente en sus formas viscerales que, sin un tratamiento adecuado, son mortales; por todo ello se pretendió con este estudio ampliar la información sobre el comportamiento clínico y epidemiológico de la leishmaniosis en nuestro medio, para poner en evidencia su magnitud y motivar a una búsqueda más activa de los casos. Se trató de determinar las características clínicas, la distribución por edad, sexo, raza, ocupación y procedencia, la positividad de las diferentes pruebas diagnósticas, la identificación de las cepas y la respuesta al tratamiento.

### **MATERIALES Y METODOS**

Se adelantó, durante los años 1986 a 1988, un estudio prospectivo-descriptivo de los pacientes remitidos al Servicio de Leishmaniosis de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, con la

impresión diagnóstica de esta enfermedad; la mayoría provenían de la zona noroccidental de Colombia; en total se estudiaron 426 individuos; a 169 (39.7%) se les comprobó el diagnóstico; en estos últimos se basa el informe.

### **METODOS DIAGNOSTICOS**

Las diferentes pruebas se llevaron a cabo según técnicas estándar; incluyeron el examen directo de un raspado de los márgenes de una incisión practicada en el borde activo de la lesión; el cultivo de un aspirado y el estudio anatomopatológico de una biopsia del mismo borde activo; la inmunofluorescencia indirecta (IFI) con antígeno de promastigotes de *L. panamensis* y la prueba intradérmica (IDR) con 0.1 ml de antígeno de Montenegro; esta prueba se leyó a las 48 horas utilizando la técnica del bolígrafo recomendada por la OMS (1). Se la consideró positiva cuando la induración era de 5 mm o más.

### **CRITERIOS DIAGNOSTICOS**

La enfermedad se sospechó con base en criterios clínicos y epidemiológicos y se estableció el diagnóstico mediante la visualización del parásito por examen directo, cultivo o biopsia; la IFI y la IDR fueron confirmatorias.

### **TRATAMIENTO**

Se siguió el esquema del programa de leishmaniosis del Servicio Seccional de Salud de Antioquia, con Antimoniato de N metil Glucamina (Glucantime) como droga única a la dosis de 10-20 mg Sb<sup>5+</sup> (antimonio pentavalente)/kg/día para la forma cutánea; 20 mg Sb<sup>5+</sup>/kg/día para la mucocutánea (máximo dos ampollas día); la administración fue ininterrumpida y se hicieron revisiones periódicas para observar el efecto de la droga.

### **RESULTADOS** **GENERALIDADES**

Hubo 118 hombres (69.8%) y 51 mujeres (30.2%); la edad fluctuó entre 3 meses y 70 años; 10 pacientes (5.9%) tenían 4 años o menos; 20 (11.8%) entre 5 y 14 años; 113 (66.9%) entre 15 y 44 años y 26 (15.4%) 45 años o más. La edad media fue 26 años.

Se hallaron 119 mestizos (70.4%); 30 negros (17.8%); 13 blancos (7.7%) y 7 indios (4.1%). Cuarenta y un pacientes (24.3%) eran agricultores; 83 (49.1%) se distribuían en una miscelánea de ocupaciones; 17 (10.1%) eran menores y 28 (16.6%) no especificaron su ocupación.

### ANTECEDENTES

Once pacientes (6.5%) habían tenido anteriormente lesiones similares a las actuales, que en el momento de la consulta ya estaban cicatrizadas; sólo 4 de ellos habían recibido tratamiento específico para leishmaniosis. Sesenta y cinco pacientes (38.5%) conocían personas de sus zonas de procedencia con lesiones similares a las propias.

### LUGAR DE INFECCION

En cuanto al lugar de infección (Tabla Nº 1) predominó la región noroccidental del país; 56 pacientes (33.1%) se infectaron en el valle del Río Cauca; 40 (23.7%) en la región de la Costa Pacífica; 34 (20.1%) en el valle del Río Magdalena; 29 (17.2%) en la región de la Costa Atlántica; 7 (4.1%) en la Cordillera Central; 2 (1.2%) en la Amazonía y 1 (0.6%) en los Llanos Orientales.

**TABLA Nº 1**

#### LUGAR DE INFECCION DE 169 PACIENTES CON LEISHMANIOSIS

LUGAR	Nº	%
Valle del Río Cauca	56	33.1
Región de la Costa Pacífica	40	23.7
Valle del Río Magdalena	34	20.1
Región de la Costa Atlántica	29	17.2
Cordillera Central	7	4.1
Amazonía	2	1.2
Llanos Orientales	1	0.6
<b>TOTAL</b>	<b>169</b>	<b>100.0</b>

Ciento treinta y dos de los pacientes (78.1%) trabajaban o residían en el lugar donde se infectaron; los 37 restantes fueron visitantes ocasionales del foco por razones recreativas o de otra índole.

Cien pacientes (59.2%) habían recibido tratamiento previo para sus lesiones pero sólo en 6 éste había sido específico; en algunos casos fue incompleto; en otros completo pero se planteó la posibilidad de resistencia de la cepa.

### NUMERO Y LOCALIZACION DE LAS LESIONES

Las lesiones fueron únicas en 91 pacientes (53.8%); había 2 a 4 lesiones en 64 (37.9%) y 5 ó más en 14 (8.3%).

En la Tabla Nº 2 se resume la distribución anatómica de las 324 lesiones halladas en los 169 pacientes: 221 (68.2%) afectaban las extremidades, principalmente su mitad distal; 51 (15.7%) la cara; 39 (12.0%) el tronco y 13 (4.0%) las mucosas (tabique nasal, paladar y epiglotis).

**TABLA Nº 2**

#### LOCALIZACION ANATOMICA DE 324 LESIONES DE LEISHMANIOSIS

SITIO	Nº	%
Extremidades inferiores	114	35.2
Extremidades superiores	107	33.0
Cara	51	15.7
Tronco	39	12.0
Mucosas	13	4.0
<b>TOTAL</b>	<b>324</b>	<b>100.0</b>

### EVOLUCION DE LAS LESIONES

En 110 pacientes (65.1%) las lesiones tenían 3 ó menos meses; en 30 (17.8%) entre 4 y 12 meses; en 21 (12.4%) más de 12 meses; de éstos había 4 con lesiones de más de 6 años de evolución, en su mayoría de las mucosas; el tiempo máximo de evolución fue 12

años en un hombre con perforación del tabique nasal. En 8 pacientes (4.7%) no se puntualizó el tiempo de evolución.

### ASPECTO DE LAS LESIONES

Se hallaron 146 lesiones ulcerosas francas (45.1%); 94 úlceras costrosas-purulentas (29.0%); 45 lesiones nodulares (13.9%); 26 úlceras verrucosas (8.0%) y 13 lesiones de las mucosas (4.0%); entre éstas las del tabique nasal eran nódulos, úlceras o perforaciones y las del paladar y la epiglottis úlceras vegetantes. (Tabla N° 3). Las úlceras verrucosas fueron más frecuentes en personas de raza negra. En las figuras N° 1 a 6 se presentan ejemplos ilustrativos de las lesiones.

TABLA N° 3

### ASPECTO DE LAS LESIONES

ASPECTO	Nº	%
Úlceras francas	146	45.1
Úlceras costrosas-purulentas	94	29.0
Lesiones nodulares	45	13.9
Úlceras verrucosas	26	8.0
Compromiso de mucosas	13	4.0
<b>TOTAL</b>	<b>169</b>	<b>100.0</b>

En 74 pacientes (43.8%) se halló adenitis regional pero su frecuencia disminuía a medida que avanzaba la duración de la enfermedad, desde 86.0% en los casos con menos de 3 meses a 47.0% en los de 3 a 12 meses y ausente en los de más de 12 meses.

### PRUEBAS DIAGNOSTICAS

En la Tabla N° 4 se resumen los resultados de las diferentes pruebas; el examen directo fue posi-



FIGURA N° 1  
Úlceras de forma oval de bordes levantados y bien definidos; fondo con tejido de granulación; distribución linfagítica (forma esporotricoides).



FIGURA N° 2  
Lesión úlcero-vegetante en el puente nasal, que requiere diagnóstico diferencial con un carcinoma.



FIGURA N° 3  
Cicatriz atrófica y deprimida de una úlcera leishmánica que curó espontáneamente; está rodeada de pequeñas lesiones úlcero-costrosas, supurativas, correspondientes a una reactivación.



FIGURA Nº 4  
Lesión pápulo-hipertrófica fija, como las formas de leishmaniosis mediterránea; esta lesión imita la esporotricosis facial fija de los niños, común en nuestro medio.



FIGURA Nº 5  
Lesión úlcero-costrosa con gran edema periférico, que invade la mucosa nasal (forma lupoides de la leishmaniosis mucocutánea).



FIGURA Nº 6  
Lesiones úlcero-costrosas de formas irregulares y bordes imprecisos, más sugestivas de piodermitis que de leishmaniosis.

tivo en 65.8% de 152 casos; el cultivo en 58.7% de 126; la biopsia en 51.9% de 81; hubo, además, compatibilidad de la biopsia en 36 casos (44.4%); la IFI fue positiva en 68.0% de 72 casos y la IDR en 95.5% de 134.

TABLA Nº 4

POSITIVIDAD DE LAS DIFERENTES PRUEBAS DIAGNOSTICAS

Prueba	Positivo/total	%
Examen directo	100/152	65.8
Cultivo	74/126	58.7
Biopsia	42/81	51.9
IFI	49/72	68.0
IDR	128/134	95.5

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

Hubo curación o mejoría notoria de todos los pacientes hasta los 20 días de seguimiento; sólo en 3 personas hubo reacciones secundarias a la administración de la droga; ellas consistieron en lesiones eritematopapulosas y pruriginosas, acompañadas de cefalea, náuseas y vómito (1 caso); dolores musculares con limitación de los movimientos extensores y flexores (1 caso) e insuficiencia cardíaca congestiva (1 caso); estos tres episodios cedieron con la suspensión de la droga.

ESPECIES DE *LEISHMANIA*

De las 74 cepas aisladas se pudieron identificar 65 que correspondieron a *L. panamensis* (56 cepas; 86.2%) y *L. braziliensis* (9 cepas; 13.8%).

DISCUSION

Cabe destacar algunas de las circunstancias que han influido en el aumento de la incidencia de leishmaniosis cutánea en Colombia; ellas son:

1. Las migraciones a zonas de endemia sea por razones económicas (tala de bosques, minería), por huir de la violencia o para controlarla.

2. Las actividades relacionadas con el cultivo de la coca en áreas boscosas.

3. El fomento del turismo.

4. La disminución gradual de las fumigaciones de control de la malaria ha permitido a la *Lutzomyia* invadir el intradomicilio e infectar el núcleo familiar.

5. La búsqueda activa de casos por parte de grupos multidisciplinarios (2).

En este estudio se encontró que la mayoría de los pacientes atendidos en el Servicio de Leishmaniosis de la Universidad de Antioquia son hombres entre 15 y 44 años; en otras investigaciones realizadas por personal del mismo Servicio en focos de endemia se halló que la leishmaniosis cutánea afectaba principalmente a la población infantil de ambos sexos y que el contagio se daba tanto en el intra como en el peridomicilio. Nuestros datos coinciden con los del Servicio Seccional de Salud de Antioquia (10) y cabe considerar las explicaciones del predominio anotado por sexo y edad: él puede deberse a que son los hombres los que salen a la zona urbana a vender sus productos y a adquirir provisiones y aprovechan su estancia para consultar al médico por sus lesiones, que son indoloras y no incapacitantes; las mujeres y los niños tienen menos oportunidad de consultar porque quedan en las casas al cuidado de los animales y de los enseres. Hay que destacar, no obstante, que en algunas zonas la enfermedad se presenta como ha sido descrita clásicamente (11) o sea en quienes visitan el interior del bosque: dado que el hombre es quien más a menudo lo hace para propósitos de caza, pesca y tala, él es, por lo general, el que se infecta.

Saravia y colaboradores (12) encontraron recrudescencia o reinfecciones hasta en 20.0% de los casos de leishmaniosis cutánea en la Costa Pacífica colombiana; con ello coincide el hallazgo de que 11 de nuestros pacientes tenían historia previa de la enfermedad. Puede ser que la leishmaniosis americana, a diferencia del botón de oriente, no deje inmunidad duradera (13).

En este estudio 10 de las 51 mujeres estaban en embarazo; ello evidencia la necesidad de hallar alternativas terapéuticas puesto que, en mujeres embarazadas, están contraindicados los antimoniales pentavalentes (14). En la actualidad se adelantan

trabajos tendientes a extraer principios activos contra la *Leishmania* de plantas utilizadas tradicionalmente para combatirla; esta línea de trabajo y la de asociar el antimonio de N metil Glucamina con otras drogas para disminuir sus efectos adversos y las posibles resistencias son de gran importancia en el caso de esta enfermedad cuya frecuencia es creciente en el país.

Dada la movilidad de la población colombiana, que es creciente por razones turísticas y de orden público, se hace más importante un interrogatorio a fondo sobre los desplazamientos de los pacientes en los tres meses anteriores a la aparición de las lesiones; las personas se pueden infectar por una visita breve a las zonas de endemia como ocurrió con 37 de nuestros pacientes. Parece oportuno insistir en la necesidad de que se piense en la mayor frecuencia de la leishmaniosis y en su polimorfismo clínico frente a pacientes con lesiones cutáneas de evolución superior a un mes, sobre todo si viven en zonas endémicas o las han visitado; así se incrementa el índice de diagnósticos correctos y se evitan los tratamientos inespecíficos que son inútiles o perjudiciales; esto último porque se usan hierbas o caústicos que favorecen la superinfección bacteriana o producen quemaduras que cambian la morfología típica de la lesión y dificultan los diagnósticos clínico y parasitológico.

La precocidad de la sospecha clínica es un factor favorable a la comprobación del parásito por exámenes directos, cultivos o biopsias; para los casos de más evolución es mayor la positividad de las pruebas de IFI y de Montenegro.

---

#### SUMMARY

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGIC FEATURES OF CUTANEOUS LEISHMANIOSIS IN MEDELLIN**  
Cutaneous and mucocutaneous leishmaniosis are endemic in most of the Colombian territory; the visceral form has been detected in some areas. At the Leishmaniosis Service, University of Antioquia, School of Medicine, we evaluated the clinical and epidemiologic features of 169 patients with proven leishmaniosis, diagnosed between 1986 and 1988. Diagnostic tests included: direct examination, cultures, biopsies, indirect immunofluorescent stain and

Montenegro's test. There were 118 men (69.8%) and 51 women (30.2%); two thirds of the patients were between 15 and 44 years-old; most of them came from the northwestern part of Colombia. There was striking clinical polymorphism of the lesions; only 13 patients (7.7%) had mucous involvement. Positivity rate of the diagnostic tests was as follows: direct examination 65.8%, culture 58.7%, biopsy 51.8%, indirect immunofluorescent stain 68.0%, Montenegro's test 95.5%. We call on the attention to some other important aspects, namely: frequency of previous lesions similar to the present ones, use of nonspecific treatments and the need of an increased clinical suspicion in patient's with cutaneous lesions lasting for more than one month.

#### AGRADECIMIENTOS

Las siguientes personas y entidades contribuyeron decisivamente a la realización de este trabajo: Dr. Walter León (Laboratorio de Dermatopatología, Universidad de Antioquia); Licenciada María E. Gómez (Laboratorio Departamental del SSSA); Dra. Nancy Saravia (CIDEIM); Dr. Diego Jaramillo (Sección de Dermatología, Universidad de Antioquia); señor Epifanio Tintinago; Sección de Tecnología Educativa (Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia); Licenciada Sonia Agudelo, Dr. Laurent Brutus y nuestros pacientes.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Las leishmaniosis. OMS. Serie de informes técnicos. 1984; 701: 1-150.
2. VELEZ ID, LEPAPE P. Estrategia para el estudio de la leishmaniosis en el noroccidente colombiano. Medellín: Universidad de Antioquia, 1987; 46p.
3. RODRIGUEZ G. Leishmaniosis. *Biomédica* 1983; 3: 77-99.
4. RESTREPO M, VELASQUEZ JP, CORTES A, CARDENAS V, ROBLEDO M. Leishmaniosis tegumentaria americana. *Tribuna Médica* 1975; 605: A13-A16.
5. RESTREPO M, DE LOS RIOS J, CARVAJAL P. Leishmaniosis tegumentaria americana en Antioquia 1965-1979 *Boletín Epidemiológico de Antioquia SSSA* 1980; 5: 3-10.
6. ANGULO VM, MUÑOZ G, ECHEVERRY J. Leishmaniosis tegumentaria en Santander. Aspectos clínicos y epidemiológicos. *Biomédica* 1987; Supl 1: 29.
7. ALZATE A, LOYOLA E. Epidemiología de la leishmaniosis mucocutánea en el foco natural del bajo Calima. Buenaventura, Colombia. *Biomédica* 1987; Supl. 1: 20.
8. VELEZ ID, ECHAVARRIA LW, CAÑAS L. Leishmaniosis tegumentaria en Montebello, Antioquia. Aspectos clínico-epidemiológicos. *Biomédica* 1987; supl. 1: 29-30.
9. VELEZ ID, OSPINA S, HENAO G, et al. Epidemiología de la Leishmaniosis cutánea en San Roque, Antioquia. *Boletín epidemiológico de Antioquia SSSA* 1987; 12: 354-359.
10. OSPINA S. Comportamiento epidemiológico. Antioquia. 1983-1987. *Boletín Epidemiológico de Antioquia SSSA* 1987; 12: 127-135.
11. VELEZ ID, VILLEGAS WM, HURTADO M, MEJIA F, TORO A. Leishmaniosis en Antioquia. Estudio de un foco en el corregimiento San Miguel. *Biomédica* 1987; supl. 1: 26-27.
12. ENTREVISTA CON NANCY SARAVIA, CIDEIM, CALI. Noviembre, 1990.
13. BOTERO D, RESTREPO M. Leishmaniosis cutánea del viejo mundo. En: Parasitosis humanas. Medellín: Carvajal, 1984; 272-277.
14. BRUCKER G. Las leishmaniosis en América Latina. París: Fondation Rhone Paulenc Santé. 30p.
15. VILLEGAS FJ, ESCOBAR JI. Leishmaniosis en Ituango 1988. *Boletín Epidemiológico de Antioquia SSSA* 1989; 12: 46-50.