

Leishmaniasis : Un problema de Salud Pública

Leishmaniasis: A public health problem

Soky Del Castillo-Cabrera¹

RESUMEN

La leishmaniasis es una enfermedad de evolución crónica que se adquiere en zonas rurales y es producida por parásitos del género Leishmania. El cuadro clínico varía de acuerdo al tipo del parásito, al medio ambiente y a la respuesta inmune del huésped. La leishmaniasis es una de las enfermedades tropicales desatendidas en el Perú. En estos últimos 12 años la tendencia histórica de casos es a la disminución hasta el año 2013, con un incremento de casos especialmente de la forma cutánea en el año 2007 y 2011. Perú es considerado como uno de los 10 países que concentró el 70-75% de casos de Leishmaniasis cutánea a nivel mundial entre el 2007-2011. El 69,6% de los casos en el Perú se concentran en los departamentos de Madre de Dios, Cusco, San Martín, Piura, Junín, Cajamarca, Lima y Ancash. Es importante conocer el comportamiento de los vectores, su distribución, la forma de transmisión lo cual permitirá establecer nuevas estrategias de intervención.

PALABRAS CLAVES: Leishmaniasis, salud pública.

DERMATOL PERU 2015; 25 (1): 23-28

ABSTRACT

Leishmaniasis is a disease of chronic evolution that is acquired in rural areas and is caused by parasites of the genus Leishmania. The clinical manifestations vary according to the type of parasite, the environment and the host immune response. Leishmaniasis is a neglected tropical disease in Peru. In the last 12 years the historical trend of cases is decreasing until 2013, with an increase in cases of the cutaneous form especially in 2007 and 2011. Peru is considered as one of the 10 countries that accounted for 70-75% of cases of cutaneous leishmaniasis worldwide between 2007- 2011. The 69.6% of cases in Peru are concentrated in the departments of Madre de Dios, Cusco, San Martín, Piura, Junín, Cajamarca, Lima and Ancash. It is important to know the behavior of the vectors, their distribution, the mode of transmission which will establish new intervention strategies.

KEY WORDS: Leishmaniasis, public health.

INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis sigue siendo una de las enfermedades más desatendidas en todo el mundo, y afecta predominantemente a los más pobres, sobre todo en los países en desarrollo; se

considera que hay 350 millones de personas en riesgo de contraerla, y cada año se producen 2 millones de casos nuevos. En los últimos 10 años se han hecho grandes avances científicos en el tratamiento, diagnóstico y prevención de la leishmaniasis, y se han reducido los precios de varios medicamentos fundamentales. Ello ha facilitado la aplicación de programas de control nacionales y regionales sostenibles, pese a lo cual todavía hay pocos programas de control en funcionamiento, y la mortalidad y la morbilidad mundiales de la leishmaniasis presentan una preocupante tendencia al aumento.⁽¹⁾

La leishmaniasis es una enfermedad de evolución crónica que se adquiere en zonas rurales y es producida por parásitos del género Leishmania. El cuadro clínico varía de acuerdo al tipo del parásito, al medio ambiente y a la respuesta inmune del huésped. Se distinguen cuatro formas clínicas.⁽²⁾

La leishmaniasis está presente en 5 continentes y es endémica en 98 países. Entre el período 2001-2011, fueron 18 países de América Latina que registraron casos de leishmaniasis cutánea y mucocutánea. El 40,36% (257 812) de los casos se han concentrado en la Sub Región Andina (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela), el 75,8% de los casos de leishmaniasis a nivel de América del sur

1. Médico Residente Dermatología HCFAP.

están concentrados en los países de Brasil, Colombia y Perú y sólo la forma mucocutánea de leishmaniasis se limita en América del Sur.⁽²⁾

FACTORES DE RIESGO PARA LA TRASMISIÓN DE LEISHMANIA

Condiciones socioeconómicas

La pobreza aumenta el riesgo de leishmaniasis. Las malas condiciones de vivienda y las deficiencias de saneamiento de los hogares (por ejemplo, la ausencia de sistemas de gestión de residuos, alcantarillado abierto) pueden promover el desarrollo de los lugares de cría y reposo de los flebotomos y aumentar su acceso a la población humana. Los flebotomos se ven atraídos por el hacinamiento, ya que constituye una buena fuente de ingesta de sangre. Las pautas de comportamiento humano (por ejemplo, dormir a la intemperie o en el suelo) también es probable que aumenten el riesgo. El uso de mosquiteros tratados con insecticida reduce el riesgo.⁽³⁾

Malnutrición

Las dietas bajas en proteínas, hierro, vitamina A y Zinc aumentan el riesgo de que la infección logrando su progresión hacia el kala-azar.⁽³⁾

Movilidad de la población

Las epidemias de las dos formas principales de leishmaniasis (cutánea y mucocutánea) a menudo se asocian con la migración y el desplazamiento de personas no inmunizadas a zonas donde ya existen ciclos de transmisión. La exposición en el trabajo y el aumento de la deforestación siguen siendo factores importantes. Por ejemplo, asentarse en zonas previamente boscosas significa acercarse al hábitat del flebotomo, lo que puede llevar a un aumento rápido del número de casos.⁽³⁾

Cambios ambientales

Los cambios ambientales que pueden influir en la incidencia de la leishmaniasis son, entre otros, la urbanización, la integración del ciclo de transmisión en el hábitat humano y la incursión de las explotaciones agrícolas y los asentamientos en las zonas boscosas.⁽³⁾

Cambio climático

La leishmaniasis es sensible a las condiciones climáticas, y los cambios en las precipitaciones, la temperatura y la humedad influyen en gran medida en la enfermedad. El calentamiento de la Tierra y la degradación del suelo afectan en muchos aspectos a la epidemiología de la leishmaniasis:

los cambios de temperatura, precipitaciones y humedad pueden tener efectos importantes en los vectores y los reservorios animales, al alterar su distribución e influir en las tasas de supervivencia y el tamaño de la población; pequeñas fluctuaciones en la temperatura pueden tener un acusado efecto en el ciclo de desarrollo de los promastigotes de *Leishmania* en los flebotomos, y permitir que el parásito se transmita en zonas donde la enfermedad no era previamente endémica; las sequías, las hambrunas y las inundaciones que se producen como consecuencia del cambio climático pueden llevar a desplazamientos masivos y la migración de personas hacia zonas de transmisión de la leishmaniasis, y la desnutrición puede debilitar la inmunidad de las poblaciones afectadas.⁽³⁾

LEISHMANIASIS EN LAS AMÉRICAS

Leishmaniasis cutánea en las Américas

En las Américas se observa una amplia gama de manifestaciones clínicas causadas por múltiples especies de *Leishmania* filogenéticamente distintas. Aunque algunas de esas manifestaciones se asocian con más frecuencia a alguna especie o subgénero en particular, ninguna es exclusiva de una especie. Además hay una proporción considerable, pero variable, de infecciones asintomáticas. Las formas clínicas son las leishmaniasis cutáneas y mucocutáneas localizadas, diseminadas, difusas y atípicas.

La leishmaniasis cutánea localizada es causada por múltiples especies de los subgéneros *Leishmania* y *Viannia*, cuya prevalencia es variable dentro de la región de las Américas. Las lesiones pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, pero generalmente se originan en el punto de inoculación como una mácula seguida de una pápula que se ulcera y extiende para formar una lesión crateriforme redondeada u ovalada atípica, o bien evolucionan como lesiones nodulares. Las lesiones pueden aparecer semanas, meses o incluso años después de la infección. Las lesiones primarias pueden ser únicas o múltiples. La afectación linfática se manifiesta por linfadenitis o linfadenopatías, y es frecuente en las lesiones causadas por especies del subgénero *Viannia*. Las lesiones causadas por *L. mexicana* suelen curarse espontáneamente en 3 a 4 meses, mientras que las causadas por las especies *L. braziliensis*, *L. panamensis*, *L. guyamensis* y *L. peruviana* del subgénero *Viannia* pueden curarse sin tratamiento pasados 6 meses. Puede haber lesiones cutáneas o mucosas secundarias; la enfermedad mucosa se asocia con más frecuencia a la infección por *L. braziliensis* y *L. panamensis*, pero puede deberse a la infección por otras especies.

La leishmaniasis cutánea por *L. infantum*, especie generalmente asociada a la leishmaniasis visceral, suele ser atípica. Las lesiones consisten en nódulos o placas localizadas que entran dentro del espectro clínico de las lesiones causadas por las especies dermatotropas de América. La leishmaniasis cutánea por *L. infantum* se observa principalmente en Centroamérica; en las zonas donde la leishmaniasis visceral es endémica, afecta a niños mayores y adultos jóvenes, mientras que la leishmaniasis visceral afecta sobre todo a menores de 5 años⁽¹⁾

Leishmaniasis mucocutánea en América

El término “leishmaniasis mucocutánea” solo se aplica correctamente a la enfermedad observada en el Nuevo Mundo, donde es causada principalmente por *L. braziliensis* y *L. panamensis*, especies del subgénero *Viannia*. La mayoría de los casos se registran en Bolivia, Brasil y Perú. La característica destacada de las especies causantes de leishmaniasis mucocutánea es que producen metástasis en la mucosa de la boca y las vías respiratorias



Distribución geográfica de la leishmania cutánea y mucocutánea en América.
Fuente: Informe técnico Control de la Leishmania – OMS 2012

altas por diseminación linfática o hematogena. En pacientes inmunodeprimidos se han descrito trastornos similares causados por otras especies de *Leishmania*.

Estudios realizados en Brasil han revelado que la leishmaniasis mucocutánea puede presentarse desde varios meses hasta más de 20 años después de una lesión cutánea. Los adultos jóvenes, varones, migrantes y malnutridos corren un riesgo especial. Otros factores de riesgo son la localización de la lesión primaria por encima de la cintura, las lesiones primarias grandes o múltiples y el retraso de la curación de la leishmaniasis cutánea primaria. Las lesiones nasales están siempre presentes, con nódulos e infiltración del septo cartilaginoso anterior, que conduce a la obstrucción del orificio nasal y, más tarde, a la perforación y colapso del septo, con ensanchamiento de la nariz.

La piel de la nariz puede estar engrosada, tumefacta e hiperémica. En un tercio de los casos hay otros lugares afectados: por orden de frecuencia, la faringe, paladar, laringe, tráquea y labio superior. Son frecuentes las linfadenopatías locales. En la fase final hay mutilación grave, con obstrucción y destrucción de la nariz, faringe y laringe. La leishmaniasis mucocutánea casi nunca se cura espontáneamente. Las infecciones bacterianas secundarias son frecuentes, y la causa de muerte más frecuente es la neumonía intercurrente.⁽¹⁾

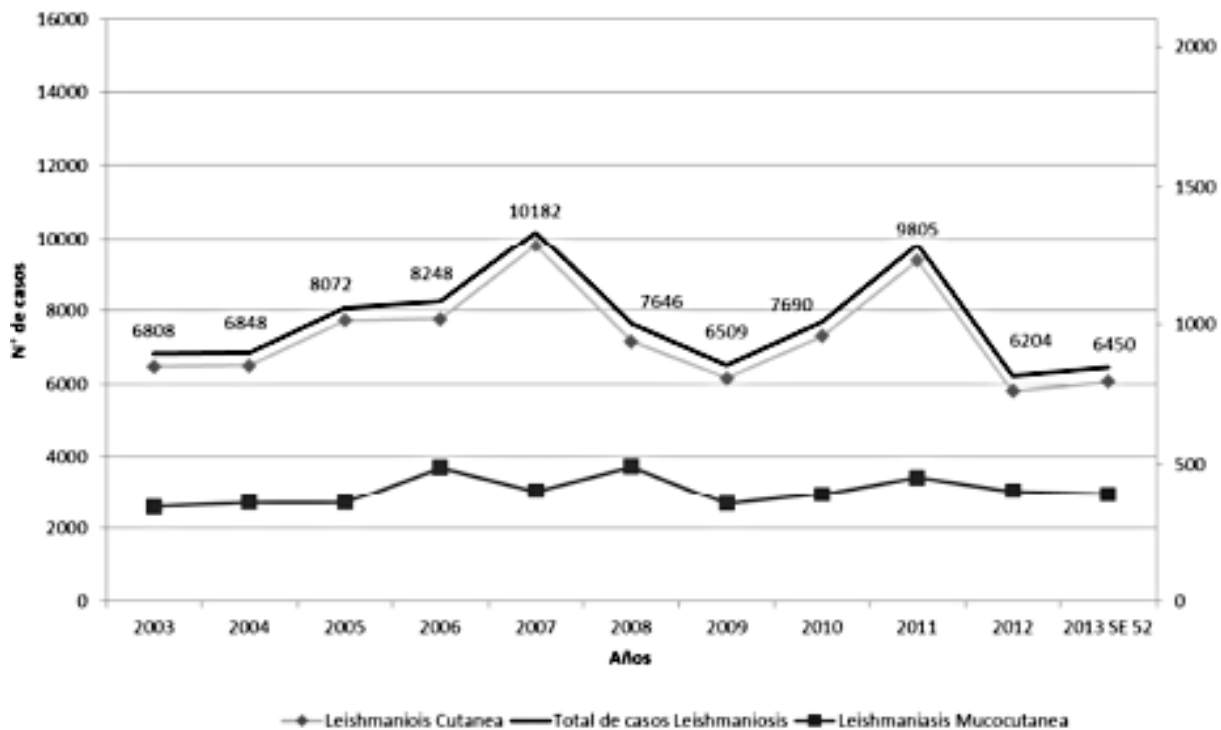
Leishmaniasis cutánea difusa en América

La leishmaniasis cutánea difusa, es similar al del resto de los continentes, desde el punto de vista clínico y patológico. Generalmente no hay lesiones mucosas. La enfermedad no se cura espontáneamente. Al principio responde al tratamiento convencional, pero después recidiva y deja de responder. Se ha asociado únicamente con *L. mexicana* y *L. amazonensis*. En la República Dominicana se produjo un foco inusual.⁽¹⁾

Leishmaniasis en el Perú 2003-2013

A nivel nacional entre año 2003 al 2013, se han reportado un acumulado de 84 462 casos entre confirmados y probables. El 94,8% por leishmaniasis cutánea y el 5,2% por leishmaniasis mucocutánea. El promedio anual de casos por la forma cutánea fue de 7277 y por la forma mucocutánea fue de 401 casos⁽²⁾. La tendencia en los años es a la disminución de casos.⁽²⁾

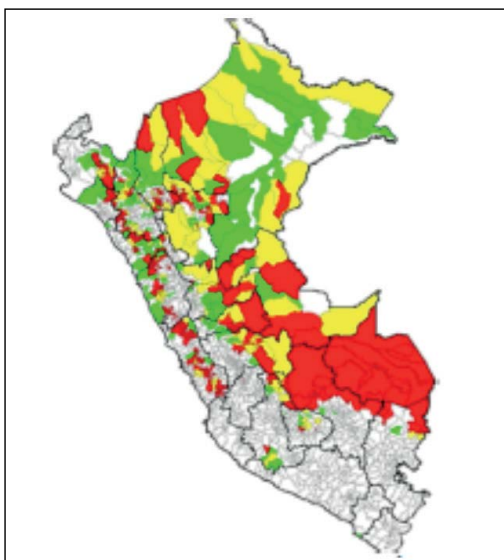
En el Perú son 19 departamentos que tienen transmisión activa. En los últimos 11 años son 9 departamentos los que concentran el 78% de los casos: Cusco, San Martín, Cajamarca, Piura, Junín, Madre de Dios, Ancash, Lima y Amazonas.



Fuente: Dirección General de Epidemiología – MINSA. Boletín Epidemiológico (Lima) 23 (01)

Departamentos	Casos		TIA x 100 000	Forma clínica			
	Nº	%		Leishmania Cutanea		Leishmania Mucocutanea	
				Nº	(%)	Nº	(%)
Madre de Dios	934	14,5	713,7	877	93,9	57	6,1
Cusco	890	13,8	68,4	763	85,7	127	14,3
San Martín	580	9,0	70,9	550	94,8	30	5,2
Piura	548	8,5	30,2	544	99,3	4	0,7
Junín	477	7,4	35,8	448	93,9	29	6,1
Cajamarca	372	5,8	24,5	367	98,7	5	1,3
Lima	358	5,6	3,8	355	99,2	3	0,8
Ancash	331	5,1	29,1	328	99,1	3	0,9
Ucayali	298	4,6	61,6	296	99,3	2	0,7
Amazonas	296	4,6	70,6	283	95,6	13	4,4
Loreto	260	4,0	25,5	206	79,2	54	20,8
Puno	241	3,7	17,3	219	90,9	22	9,1
La libertad	236	3,7	13,0	236	100,0	0	0,0
Huanuco	217	3,4	25,6	195	89,9	22	10,1
Pasco	153	2,4	51,0	141	92,2	12	7,8
Lambayeque	145	2,2	11,7	145	100,0	0	0,0
Ayacucho	89	1,4	13,2	84	94,4	5	5,6
Apurímac	23	0,4	5,1	23	100,0	0	0,0
casos en investigación	2	0,0	-	2	-	0	-
Total General	6,450	100	21,2	6062	94,0	388	6,0

Distribución por regiones de los casos de leishmania en el Perú
Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública – DGE – MINSA



Tasa de incidencia acumulada leishmania cutánea Perú 2013.
Fuente: Dirección General de Epidemiología – MINSA. Boletín Epidemiológico (Lima) 23 (01)

El departamento de Cusco es el que concentra el mayor número de casos de leishmaniosis mucocutánea y el departamento de San Martín por leishmaniosis cutánea⁽²⁾. Así mismo, la tasa de incidencia anual (TIA) a nivel nacional es de 21,4 por 100 000 habitantes.

El 65,5% de los casos de leishmaniosis son varones. El promedio de edad es 27 años. Al agruparlos en etapas de vida, la mayoría de casos corresponde al grupo etéreo de 20 a 39 años con 33,8% seguido del grupo etéreo de 40-59 años con 17,1%.

En leishmaniosis cutánea, se han reportado 6062 casos autóctonos en el 2013 (4,4% más que el año anterior) El 69,8% del total se concentran en departamentos de Madre de Dios, Cusco, San Martín, Piura, Junín, Cajamarca, Lima y Ancash. El departamento de Madre de Dios concentra el mayor número de casos, 14,5%. Los distritos con mayor riesgo son: Las Piedras (Madre de Dios) y Magdalena (Amazonas).⁽²⁾

En leishmaniosis mucocutánea, se han reportado 388 casos autóctonos en el 2013 (3,2% menos que el año anterior). El 69,1% de los casos están concentrados en los departamentos de: Cusco, Madre de Dios, Loreto y San Martín. El departamento de Cusco concentra el mayor número de casos, 32,7%. Los distritos con mayor riesgo son: Kosñipata (Cusco) y Quellouno (Cusco).⁽²⁾

Prevención y control

La prevención y el control de la leishmaniasis requieren una combinación de estrategias de intervención, ya que la

transmisión se produce en un sistema biológico complejo que engloba el huésped humano, el parásito, el flebótomo vector, y, en algunos casos, un reservorio animal⁽⁶⁾. Las principales estrategias tienen en cuenta lo siguiente:

El diagnóstico temprano y la gestión eficaz de los casos reducen la prevalencia de la enfermedad y previenen la discapacidad y la muerte. Actualmente existen medicamentos muy eficaces y seguros contra la leishmaniasis, y cada vez hay un mejor acceso a ellos.

El control de los vectores ayuda a reducir o interrumpir la transmisión de la enfermedad al controlar los flebótomos, especialmente en el contexto doméstico. Entre los métodos de control figuran los insecticidas en aerosol, los mosquiteros tratados con insecticida, la gestión del medio ambiente y la protección personal.

La vigilancia eficaz de la enfermedad es importante. La detección y el tratamiento temprano de los casos ayuda a reducir la transmisión y contribuye a vigilar la propagación y la carga de la enfermedad.

El control de los reservorios animales resulta complejo y debe adaptarse a la situación local.

La movilización social y el fortalecimiento de alianzas. Significa movilizar e informar a las comunidades a través de intervenciones efectivas para modificar las pautas de comportamiento mediante estrategias de comunicación adaptadas a la situación local. Las alianzas y la colaboración con diferentes sectores interesados y otros programas de lucha contra enfermedades transmitidas por vectores son esenciales a todos los niveles.

CONCLUSIONES

- ▲ La leishmaniosis es una de las enfermedades tropicales desatendidas en el Perú⁽⁴⁾. En estos últimos 12 años la tendencia histórica de casos es a la disminución hasta el año 2013, con un incremento de casos especialmente de la forma cutánea en el año 2007 y 2011.
- ▲ Perú es considerado como uno de los 10 países que concentró el 70-75% de casos de Leishmaniosis cutánea a nivel mundial entre el 2007-2011.
- ▲ Existe una reducción del 5,3% de casos de leishmaniosis en el año 2013 comparado al año 2003, con incremento del 14,1% de la forma mucocutánea y una reducción del 6,3% en la forma cutánea.
- ▲ Es importante conocer el comportamiento de los vectores, su distribución y conocer el papel en la transmisión para conocer mejor la dinámica de transmisión, que permitirán establecer nuevas estrategias de intervención.

- ▲ Afecta más a los varones, el grupo etario con mayor riesgo para la forma cutánea es de 15-9 años y para la forma mucocutánea es de 60 o más años.
- ▲ El 69,6% de los casos en el Perú se concentran en los departamentos de Madre de Dios, Cusco, San Martín, Piura, Junín, Cajamarca, Lima y Ancash.
- ▲ Las zonas fronterizas entre los departamentos de Cusco y Madre de Dios, son áreas de alto riesgo para la transmisión de leishmaniasis, por la intensa migración de la población económicamente activa a zonas mineras y/o madereras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Control de la leishmaniasis. Informe técnico 949. 2012
2. Perú, Ministerio de Salud. Oficina General de Epidemiología. Protocolos de Vigilancia Epidemiológica Parte I
3. Organización Mundial de la Salud, Leishmaniasis, Nota descriptiva 375. 2014.
4. Boelaert M., Sundar S. Leishmaniasis. Manson's Tropical infectious diseases (Twenty-Third Edition) 2014; 631-651
5. Sanchez-Saldaña, L. Sáenz-Anduaga, E. Pancorbo-Mendoza, J. Zegarra-Del Carpio, R. Garcés-Velasco, N. Regis-Roggero, A. Leishmaniasis. Dermatología Peruana 2004;Vol 14: N 2

Correspondencia:
Dra. Soky Del Castillo Cabrera
Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú
sokydelcastillo@yahoo.es

Fecha de recepción: 11-12-14
Fecha de aprobación: 18-12-14