

Leishmaniosis cutánea en la Región Sanitaria No. 3, República de Honduras, enero 1998-septiembre 2002

Cutaneous leishmaniasis in Health Region No. 3, Republic of Honduras, January, 1998 - September, 2002

Dra. Grisel E. Risco Oliva^I; Lic. Omar Fuentes González^{II}; Dr. Fidel Núñez^{III}

^I MSc. en Entomología Médica, Control de Vectores y Epidemiología. Profesora Instructora. Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología, municipio Regla. Ciudad de La Habana, Cuba.

^{II} Licenciado en Biología. Investigador Auxiliar. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí". Ciudad de La Habana, Cuba.

^{III} Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Asistente. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí". Ciudad de La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el área metropolitana de la Región Sanitaria No. 3 de Honduras, con el propósito de identificar características sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas de la leishmaniosis. Los datos se obtuvieron de las fichas de vigilancia existentes en el área de salud. Para el análisis se utilizaron las distribuciones de frecuencias y el *test* de comparación de proporciones. El sexo masculino resultó ser el más afectado por esta enfermedad, así como los estudiantes. La forma clínica que predominó fue la úlcera, con lesiones únicas situadas fundamentalmente en piernas y brazos. La solicitud de servicios médicos se produjo entre 1 y 3 meses después de presentarse las lesiones. La entrada a zonas boscosas fue fundamental para la aparición de la enfermedad. No hubo recaídas en los pacientes que hicieron un tratamiento adecuado. La leishmaniosis es una enfermedad más que todo social en Honduras y nuestros médicos deben poder reconocerla.

Palabras clave: leishmaniosis cutánea, Honduras, América Central.

ABSTRACT

A descriptive study was conducted in metropolitan area of Health Region No. 3 of Honduras to identify the sociodemographic, clinical and epidemiological features of leishmaniasis. Data were collected from surveillance record cards available in health area. In analysis frequencies distribution and ratio comparison test were used. The

more affected sex was the male one as well as the students. Clinical form predominant was the ulcer with single lesions located mainly in legs and arms. Medical services request was between 1 and 3 months after lesions appearance. Entry to wooded zones was the main cause of disease appearance. There were not relapses between patients who fulfilled with the treatment parameters. In Honduras, leishmaniasis is a social disease and our physicians must to know it.

Key words: Cutaneous leishmaniasis, Honduras, Central America.

INTRODUCCIÓN

La leishmaniosis es una enfermedad polimorfa de la piel y de las membranas mucosas que se presenta en regiones tropicales del planeta^{1,2} y es causada por varias especies de protozoos pertenecientes al género *Leishmania*.³⁻⁶ La transmisión al hombre se produce por la picadura de la hembra de un grupo de insectos conocidos con el nombre de flebótomos.⁷ En un principio, esta era una enfermedad zoonótica de los animales selváticos y llega al hombre accidentalmente al ponerse en contacto con el vector,⁸ cuando por razones socio-económicas se introduce dentro del área de actividad de los flebótomos. Actualmente la transmisión se ha convertido en peri domiciliar con animales domésticos involucrados, evolucionando hacia un ciclo intradomiciliario que se hace cada día más frecuente.⁹ La destrucción progresiva de la selva y sus bosques ha conllevado a la alteración de los ecosistemas, provocando el incremento de esta enfermedad en muchas regiones.

La leishmaniosis cutánea es reconocida como la forma más frecuente de la enfermedad en Honduras desde principios del siglo XX.¹⁰ Se presenta especialmente a lo largo de la costa de Caribe, pero se han registrado casos en los departamentos de El Paraíso, Olancho, Colón, Atlántida, Yoro, Cortés, Santa Bárbara, y Gracias a Dios. Tanto la leishmaniosis cutánea como la mucocutánea, están presentes en el país y figuran dentro de las 10 primeras causas de morbilidad.^{7,9,11,12}

En la Región Sanitaria No. 3 correspondiente a los departamentos de Cortés, Santa Bárbara y Yoro, encontramos que en el año 1998 se reportó una tasa general de 15,9 por 100 000 habitantes; en el año 1999 la tasa disminuyó a 5,4; para el año 2000 volvió a verse un incremento moderado en la tasa a 9,1. En el año 2001 solo se reportaron 75 casos, por lo que la tasa fue de 4,5 por 100 000 habitantes.

El área de salud más afectada en estos años ha sido fundamentalmente la metropolitana, correspondiente al municipio San Pedro Sula, en el departamento Cortés, ya que en ella inciden factores de riesgo importantes para la enfermedad, como son: el constituir una zona de foco natural del vector, la introducción del hombre con ropas inadecuadas en la misma, la destrucción de los bosques, y la construcción de viviendas o fincas para el cultivo de café en estas zonas.

El objetivo de nuestro trabajo fue identificar algunas características sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas de la leishmaniosis cutánea en el área metropolitana de la Región Sanitaria No. 3, así como algunos aspectos de la transmisión.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el área metropolitana, correspondiente al municipio San Pedro Sula de la Región Sanitaria No. 3, en el período comprendido de enero de 1998 a septiembre del 2002.

Esta zona fue escogida por ser la que aportó el mayor número de casos de leishmaniosis en el período estudiado en toda la Región Sanitaria No. 3, una de las 8 con que cuenta el país.

La población de este estudio correspondió a las Unidades para la Salud (UPS), estructura básica de atención primaria con que se cuenta en el país, correspondientes a Tomalá, Buenos Aires y Santa Martha, las cuales están ubicadas en la zona montañosa del área metropolitana y constituyen zonas de foco natural de leishmaniosis.⁹ El clima de esta zona es tropical húmedo, la población vive en condiciones de extrema pobreza, dedicándose como actividad fundamental a la cosecha de café¹³ y hortalizas.

Para analizar las diferentes variables se revisaron 161 fichas de vigilancia epidemiológica de leishmaniosis,¹¹ las cuales se correspondían con el número total de casos que se diagnosticaron de enero de 1998 a septiembre del 2002.

Análisis estadísticos

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, ocupación, evolución de la enfermedad antes del diagnóstico, síntomas generales, características de las lesiones, forma de presentación y distribución anatómica de estas. Entre los antecedentes epidemiológicos se registró la entrada a zonas boscosas, el contacto con el vector, la existencia de padecimiento anterior de la enfermedad y el tratamiento previo. Para el análisis de los datos se utilizaron las distribuciones de frecuencias. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando las pruebas de comparación de proporciones y de Chi cuadrado (X^2) para comparar las frecuencias o porcentajes. En todos los casos las diferencias fueron consideradas estadísticamente significativas cuando el valor de P fue menor que 0,05. Todos los análisis fueron desarrollados empleando el paquete de programas EPIINFO, versión 6.04.

RESULTADOS

En la distribución de los pacientes por sexo, el mayor número correspondió al masculino con 92 casos, para el 57,14 %. La razón hombre mujer fue 1,4: 1. La prueba de comparación de proporciones mostró una $P= 0,0103$, siendo significativa ([tabla 1](#)).

Tabla 1. Número de casos de leishmaniosis según el sexo y la edad en el área metropolitana de la Región 3 de Honduras, 1998-2002

Variable	No.	%
<i>Sexo</i>		
Femenino	69	42,85
Masculino	92	57,14
<i>Edad de los pacientes</i>		
< 1 año	1	0,62
1 a 4	16	9,94
5 a 14	55	34,16
15 y más	89	55,28

(n= 161); sexo, P= 0,0103 (P< 0,05); edad, P< 0,001.

En el análisis de la edad, se encontraron diferencias entre los porcentajes de los diferentes grupos de edades (P< 0,01), siendo los más afectados los de 5 a 14 años y el grupo de los mayores de 15, con el 34,16 y el 55,28 %, respectivamente (tabla 1).

Podemos apreciar que se reportó el mayor número de casos durante los primeros 3 meses del año: enero (21,1 %), febrero (15,5 %) y marzo (9,3 %); constituyendo solo este primer trimestre el 46 % de todos los casos; el resto del año se continúa el reporte, aunque con una menor cantidad de casos. El *test* de comparación de proporciones reflejó que existen diferencias significativas en el número de casos en el primer trimestre con respecto al resto del año (P< 0,05) ([tabla 2](#)).

Tabla 2. Número de casos mensuales de leishmaniosis en el área metropolitana de la Región 3 de Honduras, 1998-2002

Mes del año	No.	%
Enero	34	21,1
Febrero	25	15,5
Marzo	15	9,3
Abril	10	6,2
Mayo	9	5,6
Junio	8	5,0
Julio	9	5,6
Agosto	12	7,4
Septiembre	12	7,4
Octubre	8	5,0
Noviembre	8	5,0
Diciembre	11	6,8

(n= 161) P< 0,05.

De acuerdo con la ocupación de los pacientes, se observó que los estudiantes son los que mayormente se enfermaron (32,92 %). Otros grupos más afectados son los

labradores (24,22 %), así como los domésticos, que comprenden las amas de casas, que representó el 20,50 % ($P < 0,001$) ([tabla 3](#)).

Tabla 3. Número de casos de leishmaniosis según la ocupación y afiliación educacional en el área metropolitana de la Región 3 de Honduras, 1998-2002

Ocupación o afiliación educacional	No.	%
Pre-escolar	16	(9,94)
Estudiante	53	32,92
Doméstico	33	20,50
Labrador	39	24,22
Técnico	9	5,59
Comerciante	2	1,24

(n= 161) $P < 0,001$.

Los síntomas predominantes referidos por los pacientes fueron: el dolor (63,9 %) y el prurito (59,6 %), mientras que el 12,4 % de los pacientes se mantuvieron asintomáticos, o sea, que solo presentaban la lesión en su cuadro clínico ($P < 0,001$) ([tabla 4](#)).

Tabla 4. Tiempo de evolución de los casos de leishmaniosis en el área metropolitana de la Región 3 de Honduras, 1998-2002

Tiempo de evolución de la enfermedad	No.	%
< 15 días	1	0,7
15 - 29 días	3	2,0
30 - 59 días	50	33,3
60 - 89 días	59	39,3
90 - 119 días	17	11,3
120 - 149 días (4)	6	3,7
150 - 179 días (5)	2	1,3
6 meses - 1 año	6	3,7
Más de 1 año	6	3,7

(n= 150) $P < 0,001$.

Nota: hubo 11 casos donde no se pudo registrar el dato.

En cuanto a las características de las lesiones ([tabla 4](#)), la forma que predominó fue la úlcera, con el 50,3 %, seguida de la lesión costrosa; no se encontró la forma verrugosa. Según la forma de presentación, predominó en los pacientes la presencia de lesión única (58,38 %) sobre la existencia de lesiones múltiples (41,61 %) ($P < 0,001$).

Las localizaciones fundamentales de las lesiones fueron en las piernas, con el 40,99 %, seguido de los miembros superiores (40,37 %) y en la cara (13,66 %). La comparación entre los sexos para cada categoría (localización de la lesión) no fue significativa ($P > 0,05$). Sin embargo, encontramos diferencias significativas al

comparar la frecuencia de las diferentes localizaciones anatómicas en cada sexo, y en la generalidad de los casos ($P < 0,001$) (tabla 5).

Tabla 5. Principales síntomas y características de las lesiones en los pacientes afectados de leishmaniosis en el área metropolitana de la Región 3 de Honduras, 1998-2002

Principales síntomas de la enfermedad (n= 161)	No.	%	
- Asintomático	20	(12,42)	
- Dolor	103	(63,97)	
- Fiebre	59	(36,64)	
- Prurito	96	(59,62)	
Características de las lesiones (n= 161)	No.	(%)	
1. Tipo de lesión			
Úlcera	81	(50,3)	
Costra	48	(29,8)	
Úlcera-costra	32	(19,9)	
Verruga	0	(0)	
2. Forma de presentación de la lesión			
Lesión única	94	58,38	
Múltiples lesiones	67	41,61	
3. Distribución anatómica de las lesiones			
	Masculino No. (%)	Femenino No. (%)	Total No. (%)
Pies	8 (8,7)	6 (8,7)	14 (8,69)
Pierna	32 (34,8)	34 (49,3)	66 (40,99)
Miembro superior	39 (42,4)	26 (37,7)	65 (40,37)
Tronco	13 (14,1)	8 (11,6)	21 (13,04)
Cuello	5 (5,4)	0 (0)	5 (3,10)
Cara *	14 (15,2)	8 (11,6)	22 (13,66)
Total	(n= 92)	(n= 69)	(n= 161)

* En este caso se incluyeron las orejas.

(n= 161) $P > 0,05$ entre sexos para cada una de las categorías (sitios de lesión); $P < 0,0001$ entre todas las categorías; $P < 0,001$ para los principales síntomas y características de las lesiones.

El 72, 67 % de los paciente acudieron en busca asistencia médica entre los 30 y 90 días luego de aparecer las lesiones; en 11 de ellos no se pudo precisar este dato, ya que los enfermos no lo recordaban; el *test* de proporciones mostró una $P < 0,001$ (tabla 5).

Debemos señalar que fue mayor la frecuencia de pacientes que referían haber entrado en zonas boscosas (85,71 %) que los que no lo refirieron (3,72 %) ($P < 0,01$) (tabla 6). De la misma forma, fue superior el porcentaje de pacientes que recordaban haber sido picados por la "plumilla" (uno de los nombres que se le da al vector en Honduras) ($P < 0,01$), que los que no lo recordaban (3,1 %). Se observa entre los antecedentes que fue mayor el porcentaje de pacientes que padecían la enfermedad por primera vez (82,6 %), en relación con los que ya la habían padecido (9,31 %) ($P < 0,01$), y también fue superior el número de los que no habían sido tratados antes (86,3 %) que los que ya lo habían sido (6,21 %) ($P < 0,01$).

Tabla 6. Aspectos relacionados con la transmisión en los pacientes afectados de leishmaniosis en el área metropolitana de la Región 3 de Honduras, 1998-2002

Aspecto	Sí No. (%)	No No. (%)
Visitó zonas boscosa	138 (85,7)	6 (3,7)
Ha sido picado por la "plumilla"	118 (73,3)	5 (3,1)
Primera vez que padece la enfermedad	133 (82,6)	15 (9,3)
Ha sido tratado antes	10 (6,2)	139 (86,3)

(n= 161) P < 0,01, para cada una de las categorías.

DISCUSIÓN

La aparición de los casos en nuestro estudio coincidió con el fin de la cosecha del café, la cual comienza en los meses de octubre a noviembre, extendiéndose hasta enero y febrero. Esto ha sugerido la idea de que la infección de los pacientes ocurrió en este período de cosecha, por no mantener las medidas de protección adecuadas. En el estudio realizado por *Traore* y colaboradores,¹⁴ encontraron mayor incidencia de casos en los meses de agosto, septiembre y octubre; sin embargo, *Culha*¹⁵ los reportó en mayo y junio, lo cual puede estar dado por la diferencia geográfica y las diferentes épocas observadas en las cosechas.

El sexo masculino aportó el mayor número de casos, aunque las mujeres cada vez se incorporan más a las labores agrícolas, para ayudar a la economía familiar. En la mayor parte de la literatura revisada coinciden en que los varones son los que aportan la mayor frecuencia;¹⁶⁻²⁰ otros trabajos consideran el mayor aumento en las mujeres^{14,15} o no encuentran diferencias.¹⁴

Los grupos de edades con mayor riesgo de enfermar son precisamente los que están involucrados en los procesos productivos, siendo los niños en edad escolar también de riesgo, ya que muchas veces participan en la cosecha, pues este período de tiempo coincide con las vacaciones escolares.¹⁹

Cuando analizamos la ocupación de los pacientes podemos apreciar que son precisamente los estudiantes los más afectados, seguidos de los labradores y domésticos.¹⁵

La forma ulcerada^{2,16} fue la que predominó en las lesiones. En esta zona del país no existe la forma verrugosa, lo cual coincide con lo reportado por *Ponce* y colaboradores¹⁰ en 1991 y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1993.⁹

Entre las formas de presentación predominaron las lesiones únicas sobre las múltiples, en este último caso se confrontó la dificultad de no poder determinar bien si se trataban de lesiones provocadas por diferentes picaduras de insecto o una posible diseminación hematogena o linfática, lo que ha sido expresado por otros autores.^{9,10} En otros estudios como el de *Ampuero*¹⁶ se vieron con mayor frecuencia las lesiones múltiples.

La distribución anatómica de las lesiones coincide con las regiones más expuestas al vector en cada sexo, resultado encontrado por la OPS en 1993.⁹ Consideramos que esto se deba a la entrada de las mujeres en zonas de riesgo en faldas y en los varones con camisas de mangas cortas. Por otra parte, en el resto de las localizaciones, hubo un predominio en el sexo masculino por la característica que en ocasiones trabajan sin camisa. En cuanto a las lesiones de la oreja, tanto en los hombres (6 %) como en las mujeres (3 %) no alcanzaron valores importantes, por lo que esta localización no constituyó un problema en esta zona.¹⁴

La evolución de la enfermedad antes del diagnóstico es tardía debido a que la población demora en solicitar asistencia médica por la falta de recursos económicos, se automedican, y al no mejorar, hacen esfuerzos importantes para recibir tratamiento. Otra razón para la demora, es la necesidad de esperar a que termine la cosecha, ya que verían afectadas aun más sus economías. Según *Traore*¹⁴ este tiempo fue como promedio de 2 meses.

La mayor parte de los pacientes reconocieron que habían entrado en zonas boscosas, lo cual considera la OPS como riesgo importante para dicha enfermedad;⁹ sin embargo, otros lo negaron, por lo que consideramos que este dato, no fue explorado lo suficiente.

Un gran número de pacientes recuerdan haber sido picados por la "plumilla", mientras que otros lo niegan, lo que nos hace pensar que no asocian la picadura con la entidad por el desconocimiento de la forma en que se transmite la enfermedad y de su vector.

El mayor número de pacientes sufrían la enfermedad por primera vez, llamando la atención el hecho que de los 15 pacientes que se reinfectaron, 10 habían sido tratados incompletamente o se automedicaron y 5 no habían recibido tratamiento, todo lo cual consideramos haya sido la causa de la reactivación de la enfermedad; esta observación también fue realizada por la OPS en 1993.⁹ Ninguno de los pacientes que recibieron el tratamiento completo se enfermó por segunda ocasión, lo que habla de la efectividad de esta terapéutica cuando se emplean las dosis adecuadas.

La leishmaniosis como enfermedad parasitaria, constituye un problema social en los países de América Central, donde las condiciones socioeconómicas en que vive una parte importante de la población aumentan el riesgo de enfermarse, al vivir en zonas de focos naturales, con poco acceso a los servicios de salud. Por esa razón, esta afección constituye un serio problema de salud, cuyo conocimiento es de gran importancia para los médicos que cumplen misiones internacionalistas en estas áreas de los países endémicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Tropical Diseases 1990. TDR/CTD/WHO/HH90.1
2. Martínez E, Le Pont F, Mollinedo S, Cupolillo E. A first case of cutaneous leishmaniasis due to *Leishmania (Viannia) lainsoni* in Bolivia. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2001;95(4):377.
3. Benensson SA. Manual para el control de las enfermedades transmisibles. Publicación Científica No. 564. 16ta. ed.; 1997. pp. 285- 290.

4. Montalvo Álvarez AM. *Leishmania*. En: Llop A, Valdés-Dapena M, Zuazo JL, eds. Microbiología y Parasitología Médicas. T. III. Cap. 82. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2001. pp. 69-80.
5. Baley MS, Lockwood DN. Cutaneous leishmaniasis. Clin Dermatol 2007;25(2):203-11.
6. Dorval ME, Oshiro ET, Cupollilo E, Castro AC, Alves TP. Occurrence of American tegumentary leishmaniasis in the Mato Grosso do Sul State associated to the infection for *Leishmania (Leishmania) amazonensis*. Rev Soc Bras Med Trop 2006;39(1):43-6.
7. Young DG, Arias JR. Flebótomos: vectores de Leishmaniasis en las Américas. Washington DC.: Panamer Salud. Cuaderno Técnico No. 33: 1992. pp. 1-28.
8. WHO. Epidemiología y control de la leishmaniasis en Las Américas, por país, o territorio. Cuaderno Técnico No. 44; 1996.
9. OPS. Las leishmaniasis en Honduras. WHO. Serie de Diagnósticos No. 12, Honduras CA, diciembre; 1993.
10. Ponce C, Ponce E, Morrison A, Cruz A, Kreutzer R, McMahon-Pratt D, et al. *Leishmania donovani* chagasi: New clinical variant of cutaneous Leishmaniasis in Honduras. Lancet 1991; 337:67-70.
11. Honduras. Secretaría de Salud. Normas para la prevención y control de la Leishmaniasis. Tegucigalpa; 1993.
12. WHO. Control of Leishmaniasis. Tech Rep Series No. 793; 1990.
13. Saraiva L. Estudo dos flebotomíneos (Diptera: Psychodidae) em área de leishmaniose tegumentar americana nos municípios de Alto Caparaó e Caparaó, Estado de Minas Gerais. Rev Soc Bras Med Trop 2006; 39(1):56-63.
14. Traore KS, Sawadogo NO, Traore A, Ouedraogo JB, Traore KL, Guiguemde TR. Étude préliminaire de la leishmaniose cutanée dans la ville Ouagadougou de 1996-1998. Bull Soc Pathol Exot 2001; 94(1): 52-5.
15. Culha G, Akcali C. Detection of cutaneous leishmaniasis cases in Hatay and surrounding areas. Turkiye Parazitol Derg 2006; 30(4): 268-71.
16. Ampuero J, Macedo V, Marsden P. Características clínicas da leishmaniose tegumentar em crianças de 0 a 5 anos em uma área endêmica de *Leishmania (Viannia) braziliensis*. Rev Soc Bras Med Trop 2006; 39(1):22-6.
17. Bhutto AM, Soomro RA, Nonaka S, Hashiguchi Y. Detection of new endemic areas of cutaneous leishmaniasis in Pakistan: A 6-year study. Int J Dermatol 2003; 42(7):543-8.
18. Nimri L, Soubani R, Gramiccia M. *Leishmania species* and zymodemes isolated from endemic areas of cutaneous leishmaniasis in Jordan. Kinetoplastid Biol Dis 2002; 1(1): 7.

19. Kharfi M, Benmously R, El Fekih N, Daoud M, Fitouri Z, Mokhtar I, et al. Childhood leishmaniasis: Report of 106 cases. *Dermatol Online J* 2004;10(2):6.

20. Muñoz G, Davies CR. *Leishmania panamensis* transmission in the domestic environment: The results of a prospective epidemiological survey in Santander, Colombia. *Biomédica* 2006; Suppl 1:131-44.

Recibido: 27 de agosto del 2009.

Aprobado: 15 de septiembre del 2009.

Dra. *Grisel E. Risco Oliva*. Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología, municipio Regla. Ciudad de La Habana, Cuba. Telef.: 797 9672. e-mail: grisel.risco@infomed.sld.cu