

ARTÍCULOS ORIGINALES

INSTITUTO DE MEDICINA REGIONAL

Brote de leishmaniosis en Cancha Larga, Chaco, Argentina

Dra. Olga Miranda,¹ Dra. Silvia Balbachán,² Dr. Daniel Merino,³ Dra. Miría Galván,⁴ Dr. Sergio Moro,⁵ Dra. Ofelia Z. De Gorodner,⁶ Sr. José Salazar⁷ y Lic. Sandra O. de Merino⁸

RESUMEN

Se reporta la aparición de un brote epidémico de leishmaniosis en pobladores de un área endémica para la enfermedad en Cancha Larga, Chaco, Argentina. Mediante la realización de frotis y biopsia, se confirmó la afectación del 11,8 % de la población total. Todos ellos fueron tratados con antimonio de meglumine.

Descriptor DeCS: LEISHMANIASIS/epidemiología; BROTOS DE ENFERMEDADES; ARGENTINA/epidemiología.

La leishmaniosis es una parasitosis que origina un importante problema de salud pública.¹ Es producida por la picadura de un flebótomo, cuyo hábitat es el monte y los esteros con condiciones de clima tropical y subtropical.² La hembra es hematófaga y ataca al ser humano generalmente de manera vespertina.

Los reservorios de leishmaniosis son monos, pumas, osos, hormigueros, ratas y otros roedores.

Produce un gran impacto social y económico entre quienes la padecen, entre los que se encuentran generalmente trabajadores rurales y de las clases sociales más carenciadas.³

El protozooario *Leishmania spp.* está presente en los macrófagos de una amplia variedad de vertebrados como los mencionados prece-

dentemente. Cuando los insectos hematófagos de la familia Psychodidae (flebótomos y lutzomias) se alimentan con la sangre de vertebrados infectados, podrán, luego, transmitir los parásitos a otros individuos.^{4,5}

Los síntomas del amplio espectro de las leishmaniosis pueden incluir lesiones cutáneas o viscerales.^{6,7} La lesión cutánea puede resolverse en pocos meses pero puede, entre otras, arribar a lesiones cutáneas como las expuestas en la figura.

La diversidad de situaciones epidemiológicas, como así también de formas clínicas, obliga a aplicar en cada foco, principios y métodos de lucha de características específicas.

Debe considerarse que el hombre al invadir el nicho ecológico del flebótomo sin tomar las medidas

¹ Médico. Especialista en Dermatología. Investigadora del Instituto de Medicina Regional. UNNE.

² Médico. Especialista en Infectología. Investigadora del Instituto de Medicina Regional. UNNE.

³ Médico. Especialista en Medicina Tropical. Investigador del Instituto de Medicina Regional. UNNE.

⁴ Médico. Especialista en Epidemiología. Investigadora del Instituto de Medicina Regional. UNNE.

⁵ Bioquímico. Investigador para el Instituto de Medicina Regional UNNE.

⁶ Médico. Especialista en Anatomía Patológica. Investigadora del Instituto de Medicina Regional. UNNE.

⁷ Técnico de laboratorio en terreno.

⁸ Bióloga. Universidad Nacional del Nordeste.



Fig. Lesión cutánea por Leishmaniosis.

necesarias como: educación sanitaria, vestimentas adecuadas para su protección al penetrar en el monte, protección adecuada de las viviendas y control del vector, se expone a ser picado y a padecer la enfermedad.

Los cambios ecológicos originados por el hombre pueden producir un brote de leishmaniosis en la población.

Desde el punto de vista epidemiológico, la expresada en el trabajo expuesto, es una endemia con brotes epidémicos.

En la presente comunicación, se expone el estudio de un brote epidémico en un área endémica, tras el alerta de la directora de la pequeña escuela rural ubicada en la localidad de Cancha Larga en Pampa del Indio, Chaco, Argentina, por lo que se estudió la población total de dicha localidad, constituida por 25 hacheros y sus respectivas familias.

Se examinaron 116 personas, 62 de las cuales eran adultos y 54, niños. De estos últimos, 24 se encontraban en edad escolar. Se les realizó examen físico, raspado de las úlceras y biopsias de todas las lesiones sospechosas.⁸

A los casos positivos se les realizó tratamiento con antimoniales pentavalentes como el antimoniato de meglumine (Glucanthime, Rhone Poulenc, Paris) a la dosis de 200 mg por cada 10 kg de peso/d, con aplicación intramuscular durante 3 semanas consecutivas. El mencionado producto contiene 85 mg de antimonio por mL y se presenta en ampollas de 5 mL con 1,5 g de sal.

Se estudiaron 18 lesiones sospechosas, de las cuales, 13 fueron positivas para leishmaniosis y 5 resultaron negativas. De los pacientes con úlceras positivas, 4 eran niños (1 paciente de sexo femenino de 11 años de edad y 3 del sexo masculino de 12 años, 10 años y 12 meses de edad) y 9 eran adultos (8 hombres y 1 mujer). Una de las lesiones positivas se encontraba totalmente cicatrizada pero en actividad (se les realizó biopsia y frotis del material del borde de la cicatriz).

Las úlceras negativas pertenecían a 4 pacientes adultos y 1 niño. Todos ellos remitieron completamente sus lesiones con tratamiento para gérmenes cutáneos comunes.

Todos los casos positivos para leishmaniosis recibieron Glucanthime y evolucionaron favorablemente .

Se aplicó un promedio de 63 ampollas para los adultos y 11 para los niños. Un solo caso debió recibir dosis doble por haberse constatado hábitos alcohólicos y consecuente abandono de tratamiento.

De esta manera, se encontró afectada el 11,8 % de la población total y el 26,5 % de los hacheros.

Considerando el tiempo que demandó su tratamiento en razón de no haber contado rápidamente con disponibilidad de medicamentos, con personal y con instalaciones adecuadas, a la distancia de ubicación de los domicilios, falta de medios de transporte y de buenos caminos, y al intento de dispersión de los enfermos en búsqueda de mejores posibilidades laborales, se debió hospitalizar a los pacientes. La hospitalización también significa un grave problema social ya que las familias pierden su único ingreso económico. Si bien es cierto que esto no repercutió en la economía regional, se generó un problema adicional para las familias de los pacientes afectados.

Es recomendable que cuando se deban producir cambios ecológicos como los que se registran en

estas regiones con poblaciones dedicadas a la tala de madera, existan organismos reguladores que prevean los daños a todo nivel en que se puedan producir y tomen las medidas necesarias para procurar la educación comunitaria y una pronta solución del problema.

SUMMARY

A leishmaniasis outbreak is reported among the inhabitants of an endemic area for this disease located in Cancha Larga, Chaco in Argentina. Frotis and biopsy confirmed that 11,8 % of the whole population was affected. They were all treated with meglumine antimonate.

Subject headings: LEISHMANIASIS/epidemiology; DISEASE OUTBREAKS; ARGENTINA/epidemiology.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos Franco A. First World Congress on Leishmaniasis. Mem Inst Oswaldo Cruz. 1997;92(6):867-870.
2. OMS. Las Leishmaniasis Ginebra, 1984:(Informes Técnicos;701).
3. Herwaldt BL, Stokes SL, Juraneck D. American cutaneous leishmaniasis in U.S. Travels. Ann Intern Med 1993;118(10):779-784.
4. Pearson R, Queiroz Sousa A de. Clinical spectrum of leishmaniasis. Clin Infect Dis 1996;22:1-13.
5. OPS. Leishmaniasis en las Américas. Bol Epidemiol 1994;15:8-11.
6. Miranda O. Leishmaniasis infanto-juvenil. Rev Argent Dermatol:1998;69(2):91-5.
7. _____. Algunas consideraciones sobre el chancro de inoculación de la Leishmaniasis cutáneo-mucosa americana. Importancia del reconocimiento de la secuela cicatrizada. Rev Argent Dermatol 1980;61:61-4.
8. Castillo C, Rojas C. Evaluation of popuñlar stains for the diagnosis of American cutaneous leishmaniasis. Mem Inst Oswaldo Cruz 1997;92(4):531-2.

Recibido: 28 de enero de 1999. Aprobado: 8 de marzo de 1999.
Dra. *Olga Miranda*. Instituto de Medicina Regional. Las Heras 727. Resistencia. Chaco-Argentina.