

COMUNICACION PRELIMINAR SOBRE DOS CASOS DE LEISHMANIOSIS VISCERAL

Por el doctor
ALVARO GÓMEZ VARGAS *

La Leishmaniosis visceral, o Kala-azar, es una enfermedad febril producida por un protozoario (*Leishmania donovani*), que causa una alta mortalidad (85 a 95%), y que se puede presentar en forma epidémica o endémica en los países tropicales y subtropicales.

Esta enfermedad fue descubierta en la India; más tarde se vio que existe también en la China e Indochina. En Europa se disemina al sur de Rusia y en los países litorales del Mediterráneo. En América ha sido descrita en Paraguay, Argentina, Brasil, Bolivia, Colombia, Venezuela, Perú, Guatemala y México.

El primer hallazgo entre nosotros hecho por Gast (1945), del Instituto Carlos Finlay, quien haciendo estudios de cortes de hígado tomados por la sección de viscerotomía del mismo Instituto, encontró uno parasitado por la *Leishmania donovani*, correspondiente a una niña de San Vicente de Chucurí (Santander).

La leishmania es un parásito del tejido retículo-endotelial, y en el interior de las células se multiplica por división binaria hasta producir la rup-

tura de éstas, y al quedar libres van a invadir otras nuevas. Los leucocitos y los macrófagos son parasitados por las leishmanias, a donde éstas se multiplican, y por medio de los cuales pasan a otros órganos (bazo, hígado, mucosa intestinal, ganglios linfáticos, etc.).

En la mayor parte de los países donde existe la enfermedad se ha descrito como vector un insecto del género *Phlebotomus*.

La incubación de la enfermedad parece ser de dos a cuatro meses, aunque hay casos con período más corto y otros en que es mucho más largo. La iniciación es por lo general insidiosa. La temperatura puede ser alta y semejar mucho la fiebre que se produce en los accesos palúdicos. Algunas veces desaparece, y entonces se produce un período de apirexia que dura varios días y que luego se continúa con un nuevo acceso febril. Otras veces la temperatura es continua. Hay un marcado enflaquecimiento y se presenta una anemia progresiva. La esplenomegalia es constante y acentuada, y con frecuencia puede ser confundida con la producida por el paludismo crónico. Esta esplenomegalia se acompaña de una hepatomegalia. Casi siempre se puede comprobar una micropoliadenia inguinal y cervical.

* Dermatólogo del Hospital de San Juan de Dios. Bucaramanga.

Son frecuentes las hemorragias (gingivales y nasales), por lo general benignas. No son raras las diarreas y los síndromes disenteriformes.

En un período avanzado de la enfermedad el paciente se caquectiza, aparecen edemas de los miembros inferiores y algunas veces hay ascitis. Las lesiones hepáticas pueden transformarse en una cirrosis. El abdomen es voluminoso, contrastando con el enflequecimiento general; el bazo y el hígado alcanzan un gran volumen.

Las complicaciones más frecuentes son: el cancrum oris, inflamación y ulceración de las encías y el paladar, otitis, infecciones del árbol respiratorio, diarreas y ulceraciones intestinales.

Desde un principio se presenta una anemia progresiva, con caída correlativa de la hemoglobina, y en el período final el número de glóbulos rojos puede estar por debajo de 2.000.000. Los leucocitos descienden a 3.000 o menos, con una marcada disminución de los polimorfo-nucleares y un aumento de los linfocitos y los mononucleares, y al mismo tiempo se produce un trombocitopenia. Las globulinas séricas aumentan.

El único diagnóstico conclusivo es el hallazgo del parásito, la *Leishmania donovani*. Su investigación se puede hacer por punción de médula esternal, del bazo o del hígado, para confeccionar, con el material obtenido, preparaciones para examen microscópico y cultivos o inoculaciones a animales susceptibles (hamster).

Se han descrito varias pruebas serológicas que no son específicas pero que pueden ayudar al clínico en aquellos casos en los cuales no se ha podido demostrar el parásito. Ellas son: las del formol-gel o de Napier, la del antimonio, la de la precipitación de las globulinas o de Ray, etc.

En los casos no tratados, la fiebre puede durar varios meses. La enferme-

dad es crónica en la gran mayoría de los casos, aunque se han descrito casos de evolución rápida. En promedio, la duración puede ser de siete a doce meses, habiendo casos que han evolucionado durante varios años. La mortalidad es alta (85 a 95%). La gran mayoría de los pacientes muere por una enfermedad intercurrente.

Desde el descubrimiento de Gastar Vianna del uso de los antimoniales, el pronóstico es mucho más favorable, pues la curación se obtiene en un 93% de los casos. Mientras más pronto se instaure el tratamiento, más favorable es el pronóstico.

Presentamos a continuación un resumen de las historias clínicas de los pacientes que fueron diagnosticados como leishmaniosos-visceral en el Hospital de San Juan de Dios de Bucaramanga (Santander), dejando para una publicación posterior lo relativo a la evolución y el tratamiento de estos casos.

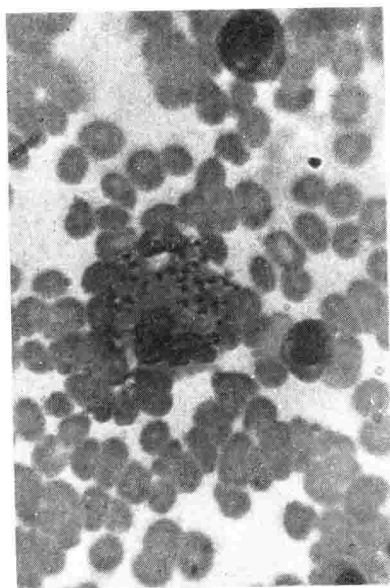


Fotografía del caso número 1.

CASO NUMERO 1

Historia número 129.830.
Hospital de San Juan de Dios.
Bucaramanga.

Hombre de treinta y tres años de edad, nacido en Oiba, donde vivió hasta hace tres años, cuando se trasladó al sitio denominado La Girona, del Municipio de Lebrija, con una temperatura media de 27°C., zona palúdica y de fiebre amarilla. Pasados los dos primeros meses de su residencia en ese lugar, tuvo paludismo, que logró controlar con Aralén.



Microfotografía de médula del caso número 1.

Desde mayo de 1959 empezó a notar astenia, palidez, anorexia progresiva y fiebre, a veces cada tercer día, pero de ordinario todos los días con remisiones vesperales seguidas de abundante sudoración y sin ser constante el escalofrío previo. Poco a poco fue perdiendo su panículo adiposo, enflaque-

ciéndose notablemente; llegó al extremo de no poder realizar ningún esfuerzo físico elemental, teniendo que permanecer en reposo. Ya en este momento, segundo mes de su enfermedad, presentaba dolor difundido por toda la parte alta del abdomen, en especial en los dos hipocondrios. Finalmente pidió a sus compañeros lo trajeran al hospital de Bucaramanga.

Ingresó al hospital en julio de 1959 con diagnóstico de anemia y paludismo crónico, presentando intensa palidez de mucosas y tegumentos, muy enflaquecido, con edemas de las extremidades inferiores, estado subedematoso generalizado y febril. El bazo, palpable a la altura del ombligo y doloroso; hígado aumentado de tamaño. La región esplénica es dolorosa permanentemente; el dolor aumenta al pasar el enfermo a la posición de decúbito lateral izquierdo o al palpar el bazo. Se encuentran ganglios ligeramente hipertrofiados en ingles, axilas y cuello. Durante su permanencia en el hospital ha tenido tos ligeramente productiva, sin poderse demostrar lesión pulmonar, ya que la fotofluorografía y la radiología de tórax son negativas. Ha tenido varios episodios de diarrea. Desde su ingreso ha hecho ganchos febriles hasta de 39,5° C., con remisiones a 36,5° C. Fue tratado con antimaláricos y anti-anémicos, sin conseguirse mejoría alguna del estado febril y de la anemia.

LABORATORIO

Julio 21/59: 2.500.000 Eritrocitos, Hb 7,6 gms. 52,8%; Leucocitos 1.900; 2 falciformes, 48 segmentados y 50 linfocitos.

Proteínas: 6,68 gms.

Albúminas, 2,56 gms.

Globulinas, 4,12 gms.

Hemoparásitos: Negativo.

Agosto 1959: 2.150.000 Eritrocitos, Hb 8,4 gms. 57,7%; Leucocitos 3.000; 4 falciformes, 42 segmentados, 52 linfocitos y 2 monocitos.

Hemoparásitos: Negativo.

Septiembre 26/59: 2.600.000 Eritrocitos; Hb. 43,2%; Leucocitos 2.000; 60 segmentados y 40 linfocitos.

Proteínas: 6,89 gms.

Albúminas, 2,03 gms.

Globulinas, 4,86 gms.

Plaquetas: 110.000 \times mm³ (Rees-Ecker).

En esta fecha me fue remitido el paciente para hacerle estudio desde el punto de vista hematológico. Se le hizo un mielograma, con el siguiente resultado: "Se encuentra una medula ósea desviada a la izquierda, frenada, con abundantes macrófagos que contienen cuerpos de Leishman-Donovan".

Conclusión: Hiperesplenismo y Kala-azar.

Octubre 27/59: Globulinas gamma, 2,34 gms. %.

Prueba de Napier: (formogelificación), *positiva*.

Prueba de Antimonio: (Neostibosan), *positiva*.

Se practicaron cultivos con el producto de una punción esternal, y la cepa se conserva en el laboratorio de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional.

CASO NUMERO 2

Historia número 132.169.

Hospital San Juan de Dios.

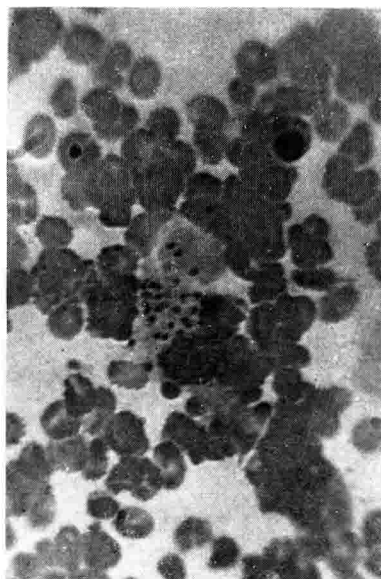
Bucaramanga.

Mujer de veinticuatro años de edad, natural de Piedecuesta. A principios del año (1959) residía en Caneyes, fracción del Municipio de Piedecuesta,

en la vecindad de los Curos, con temperatura media de 27° C. En mayo de 1959 se trasladó al Saladito, en el Municipio de San Andrés, que tiene 25° C. de temperatura media, y donde permaneció por quince días, para regresar nuevamente a Caneyes. A fines de agosto volvió al Saladito, y allí residió hasta ocho días antes de su ingreso al hospital, en octubre de 1959.

Desde hace tres meses comenzó a sentir fiebre, anorexia y astenia progresiva; al mismo tiempo notó que se iba anemizando. La fiebre se presentaba a veces por la mañana y por la tarde, seguida de profunda sudoración y precedida de escalofríos. En varias ocasiones tuvo disenteria que evolucionaba hacia la mejoría sin tratamiento médico.

Ingresó al hospital muy enflaquecida y con gran astenia, palidez de mucosas y tegumentos, con temperatura de 38° C. y diarrea (8 evacuaciones al



Microfotografía de médula del caso número 2.

día). Es notable la ausencia de pániculo adiposo. El bazo es palpable a la altura del ombligo; no doloroso. El hígado se palpa cinco centímetros por debajo del borde costal. Se palpa un ganglio hipertrofiado en la ingle derecha.

LABORATORIO

Octubre 29/59: 2.840.000 Eritrocitos, Hb 52,8%; Leucocitos, 1.900; 1 eosinófilo, 1 falciforme, 56 segmentados, 34 linfocitos, 8 monocitos.

Hemoparásitos: Negativo.

R. de Widal: Negativa.

Proteínas: 7,10 gms.

Albúminas, 2,01 gms.

Globulinas, 5,09 gms.

Globulinas gamma, 2,34 gms. %.

Plaquetas: $82.000 \times \text{mm}^3$. (Rees-Ecker).

Prueba de Napier: (Formolgelificación), positiva.

Prueba del Antimonio: (Neostibonasa): Positiva.

Mielograma: Notable frenación medular en las tres líneas: eritrocítica, granulocítica y megacariocítica. Se encuentran cuerpos de Leishman-Donovan sueltos y contenidos en grandes células fagocitarias.

El conocimiento del primer caso hizo que el doctor Julio Alberto Rodríguez, de la consulta externa, tuviera la presunción diagnóstica en el segundo caso, lo cual se confirmó por los exámenes de laboratorio.

Al hacer la presente comunicación, hemos querido llamar la atención al honorable cuerpo médico nacional, para que en adelante tenga presente que entre nosotros existe la leishmaniosis visceral, y que posiblemente, por no pensar en ella, muchos casos han sido confundidos con paludismo crónico o con otras afecciones.

Tenemos al mismo tiempo la esperanza de que el Ministerio de Salud Pública haga las investigaciones epidemiológicas referentes a transmisores y reservorios nacionales de esta enfermedad tan grave y que puede constituir entre nosotros un grave problema sanitario, como lo es en otros países americanos.

RESUMEN:

Se presentan las historias resumidas de los dos primeros casos clínicos de Leishmaniosis visceral diagnosticados en Colombia.

SUMMARY

A summary report is presented of the first two clinical cases on visceral Leishmaniosis diagnosed in Colombia.

BIBLIOGRAFIA

1. GAST, AUGUSTO: "Primer caso de Leishmaniosis Visceral en Colombia". *An. Soc. Biol.*, Bogotá, 1: 124-125, 1944.
2. GAST, AUGUSTO, y RENGIFO, S.: "Leishmaniosis Visceral. Estudio Epidemiológico del Primer Caso Diagnosticado en Colombia". *An. Soc. Biol.*, Bogotá, 1: 161-168, 1944.
3. JOYEUX, C., y SICÉ, A.: *Précis de Médecine Coloniale*. 2eme. éd. Paris, Masson, 1937.
4. STRONG, RICHARD P.: *Stitt's Diagnosis, Prevention and Treatment of Tropical Diseases*. 7th. ed. New York, Blakiston, 1944.
5. CRAIG, CHARLES F., y FAUST, E. C.: *Parasitología Clínica*. 4ª ed. México, Unión Tipográfica Editorial Hispano Americana, 1951.