

Lesiones cutáneas contemporáneas del Kala-Azar

Lucio Goncalo de Alcántara*
Valdenor Benevides Magalhaes**
Zilmar Fontenele***

La Leishmaniasis visceral es una enfermedad endémica en varias partes del mundo, presentando características especiales en las diversas regiones donde incide; resultando así la fisonomía clínica y epidemiológica de la enfermedad diferente según la región que estemos considerando.

Entre las diferencias que guardan entre sí las diversas formas del Kala-Azar en las diferentes regiones del mundo nos interesa aquí considerar las lesiones cutáneas, sean ellas concomitantes o posteriores al Kala-Azar. En la Leishmaniasis visceral americana ellas son bastante raras, razón por la cual presentamos

Trabajo de la Disciplina de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Ceará (Brasil).

* Asistente voluntario de la Disciplina de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias.

** Profesor adjunto de la Disciplina de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias.

*** Profesor Adjunto de Parasitología.

este caso de lesiones cutáneas contemporáneas bajo la forma de nódulos y úlceras localizadas en los miembros inferiores y cabeza.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente F. J. F. de seis años de edad, negro, procedente de Jaguaruana, Ceará-Brasil, que ingresa en el Hospital Infantil de la Universidad Federal de Ceará el 29-11-67, con historia N° 69634, presentando: anorexia, enflaquecimiento, dolor abdominal y tumor en hipocondrio izquierdo. El inicio data de ocho meses y el examen físico revela: hígado palpable a dos traveses de dedo por debajo del reborde costal derecho y bazo palpable a siete traveses de dedo por debajo del reborde costal izquierdo.

Exámenes de laboratorio practicados el 1-12-67: orina normal; parasitológico de heces: huevos de ancilostomídeos; hemograma-hemoglobina: 10,5 grs.%; hematócrito: 29%; leucocitos: 2.000 p/mm³; fórmula leucocitaria: segmentados 44%; bastones 4%, linfocitos 58%, monocitos 3% y eosinófilos 0%; proteínas séricas: 9,0 grs.% con 1,5 grs.% de albúmina y 7,5 grs.% de globulinas.

La punción esternal reveló la presencia de Leishmanias en la médula ósea con lo que se confirmó el diagnóstico del Kala-Azar.

Tratamiento: Glucantime (antimoniato de N-metil glucamine) a la dosis de 70 mg/kg de peso en días alternos, repartidas en dos series de 10 dosis con un intervalo de 15 días entre una serie y otra.

Exámenes de laboratorio de control: el día 8-1-68 se practicó hemograma con el siguiente resultado: hematíes: 3.900.000 p/mm³, hemoglobina 11,0 grs.%, hematócrito 34%, fórmula leucocitaria: segmentados 50%, bastones 5%, monocitos 2%, linfocitos 43% y eosinófilos 0%.

Día 7-2-68 se practicaron los siguientes exámenes: orina con resultado normal; proteínas séricas: 8,5 grs.%; hemograma-hemoglobina 12,0 grs.%, hematócrito 36%, leucocitos 6.200 p/mm³, fórmula leucocitaria: segmentados 31% bastones 3%, linfocitos 60% monocitos 6% y eosinófilos 0%.

El día 13-2-68 se practicó control de las proteínas séricas con el siguiente resultado: proteínas totales 8,2 grs.% con 3,1 grs.% de albúmina y 5,1 grs.% de globulinas.

Control del parasitismo medular por punción esternal practicado el día 16-2-68 fue negativo para Leishmanias. El mismo día se practicó electroforesis de las proteínas séricas con el siguiente resultado: albúmina 23%, alfa 1 10%, alfa 2 10%, beta 6% y gammaglobulina 61%.

Inexplicablemente el paciente fue dado de alta el 17-2-68 a pesar de no existir modificaciones en la hepatomegalia y esplenomegalia.

El día 9-9-68 el paciente fue de nuevo ingresado, refiere el padre del niño que desde el egreso había estado recibiendo medicamentos cuyos nombres desconoce y que fueron indicados por facultativo con los cuales experimentó acentuada mejoría. Algún tiempo después comenzó a presentar fiebre todos los días, palidez y edema de los miembros inferiores que se acentuó progresivamente.

El examen físico del paciente nos muestra una temperatura de 38,8°C, 140 pulsaciones por minuto, 17,3 kgs. de peso, edema de los miembros inferiores, ulceraciones en el tercio inferior de ambas piernas y nódulos ulcerados en la cabeza (Figs. 1 y 2). Auscultación cardiopulmonar revela estertores gruesos en ambas bases pulmonares y ruidos cardíacos normales. En abdomen encontramos ascitis, hígado palpable a tres traveses de dedo por debajo del reborde costal derecho y bazo aumentado de tamaño palpándose su polo inferior en fosa ilíaca izquierda.

Fueron practicados los siguientes exámenes: 10-9-68, proteínas séricas 7,4 grs.%, con 0,8 grs.% de albúmina y 6,6 grs.% de globulinas; hemograma-hematíes 1.600.000 p/mm³, hemoglobina 4,4 grs.%, leucocitos 3.200 p/mm³, fórmula leucocitaria segmentados 32%, bastones 4%, linfocitos 54%, monocitos 4% y eosinófilos 6%. Investigación de Leishmanias por punción de médula ósea a nivel del esternón positiva.

Día 25-9-68, hemograma-hematíes 2.300.000 p/mm³, hemoglobina 6 grs.%, hematócrito 23%, fórmula leucocitaria: neu-

trófilos 62%, linfocitos 36%, monocitos 2%, eosinófilos 0%. Extendido practicado con material tomado del fondo de las úlceras fue positivo para Leishmania (Fig. 3). El mismo día fue practicada intradermorreacción de Montenegro con resultado negativo. Fue intentado el aislamiento de las Leishmanias a partir del material tomado de las úlceras y de médula ósea por la inculcación en hamsters y cultivo en medio N.N.N. con resultados negativos.

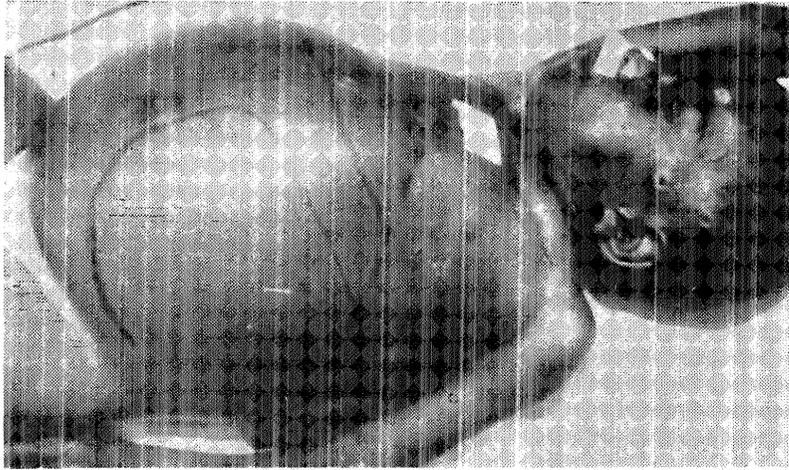


Fig. N° 1.

Fotografía panorámica mostrando la hepatosplenomegalia y nódulos ulcerados en la cabeza.

Durante la hospitalización, el paciente presentó petequias diseminadas en el tórax, fiebre, tos, evacuaciones sanguinolentas y disnea. El día 17-9-68 presentó ritmo de galope siendo medicado con digitálicos; el electrocardiograma realizado demostró complejos de bajo voltaje y alteraciones sugestivas de miocarditis.

Durante su hospitalización recibió sangre, corticosteroides y Glucantime (antimoniato de N-meril glucamine). Recibió tres dosis de Glucantime a razón de 0,4 - 0,7 y 1,2 grs.; las úlceras

de la piel comenzaron inmediatamente a cicatrizar pero el estado general del paciente se fue agravando y falleció el 3-10-68.

Realizada la necropsia fue confirmado el diagnóstico de Kala-Azar.

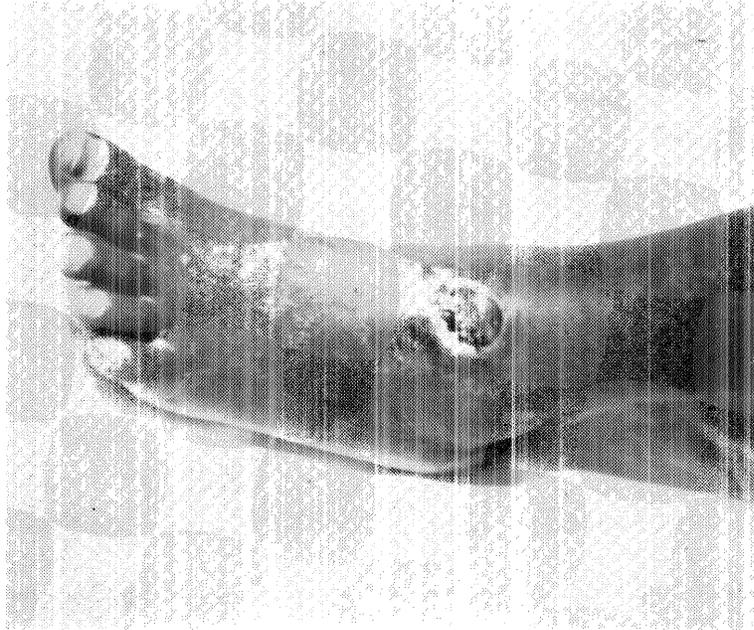


Fig. N° 2.

Úlcera localizada en la articulación tibio-tarsiana del paciente portador del Kala-Azar.

COMENTARIOS

A propósito de este caso, es pertinente comentar la inoportunidad del alta dada al paciente durante su primera hospitalización, ya que, a pesar de que la investigación de Leishmanias en la médula ósea fue negativa, no presentaba los otros elementos de curación clínica y de laboratorio: el hígado y bazo no regresaron, persistía aneosinofilia e hipergammaglobulina. Queda así una vez más comprobado que al evaluar la curación de un paciente con Kala-Azar, debemos analizar datos clínicos y de la-

boratorio en conjunto y no uno de ellos aisladamente. En relación a las lesiones de la piel en la Leishmaniasis visceral se sabe que ellas pueden ser de dos tipos: a) Leishmanioide dérmico post Kala-Azar y b) lesiones contemporáneas del Kala-Azar.

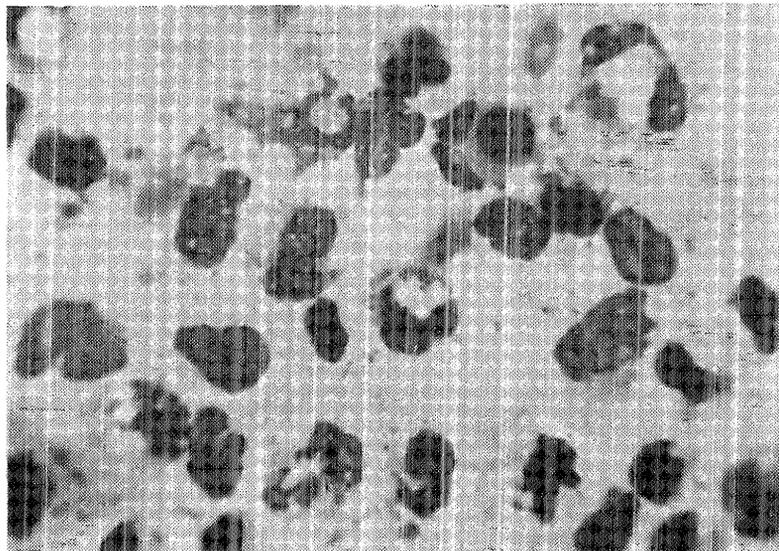


Fig. N° 3.

Extendido del material tomado del fondo de las úlceras mostrando numerosas Leishmanias.

En relación al Leishmanioide dérmico post Kala-Azar, sabemos como el propio nombre lo sugiere, que se trata de una afección de la piel que sigue al tratamiento de la Leishmaniasis visceral, que ocurre en cerca del 5 al 10% de los casos en la India, 30% en Sudán y muy raro en Kenia. El período de latencia entre el tratamiento del Kala-Azar y la aparición del Leishmanioide varía de uno a dos años en la India y es casi nulo en Sudán.

Las lesiones del Leishmanioide dérmico post Kala-Azar pueden ser de tres tipos: macular hipopigmentado o eritematoso y

nodular. Para algunos autores el Leishmanicidie dérmico post Kala-Azar representa un cambio del tropismo de la Leishmania de las vísceras para la piel, habiendo sido ya señalada la reversión del tropismo parasitario, esto es, el retorno al parasitismo visceral⁵.

Lesiones contemporáneas. Las lesiones cutáneas contemporáneas del Kala-Azar son muy frecuentes en Sudán donde ocurren predominantemente en los miembros inferiores y cabeza; han sido observadas también en Kenia con predominio de localización en los miembros inferiores. En el Brasil, ambas modalidades de ataque cutáneo son raras; sin embargo, ya han sido encontradas Leishmanias en la piel aparentemente sana, en casos con Leishmaniasis visceral⁶.

En el caso relatado, aun cuando el paciente fue sometido a tratamiento antimonial, no hay duda de que las lesiones cutáneas eran contemporáneas del Kala-Azar ya que ocurrieron en plena evolución del cuadro visceral. El hallazgo de Leishmanias en material tomado del fondo de las úlceras y la mejoría inmediata de las lesiones luego de reiniciado el tratamiento antimonial no dejan duda sobre su naturaleza leishmánica.

RESUMEN

Los autores presentan un caso de Kala-Azar con lesiones cutáneas contemporáneas. Hacen consideraciones sobre las diversas formas de ataque cutáneo en la Leishmaniasis visceral en varias partes del mundo donde la enfermedad es endémica. Comentan la necesidad de una buena evaluación de los datos clínicos y de laboratorio para juzgar la curación del Kala-Azar.

SUMMARY

The authors present a case of Kala-Azar with skin lesions. They discuss the forms of skin involvement in visceral Leishmaniasis in different regions of the world where this disease occurs. They emphasize the need of a good evaluation of clinical and laboratorial data for judging the recovery of a patient with Kala-Azar.

BIBLIOGRAFIA

- 1— MANSON BAHR, Philip.— Distribution of Leishmaniae in the body in East African Kala-Azar. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 51⁴, July, 1957.
- 2— MANSON BAHR, P. E. C. and HEISCH, R. B.— Studies in Leishmaniasis in East Africa III. Clinical features and treatment. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 50⁵: 465, Sep. 1956.
- 3— PRATA, Aluisio.— Quadro clinico e laboratorial do calazar. *Separata dos Arquivos Brasileiros de Medicina Naval*, 65: Sept. 1957.
- 4— SEN GUPTA, P. C. and MUKHERJEE, A. M.— Recurrence of Kala-Azar associated with post Kala-Azar dermal Leishmaniasis. *Trop. Dis. B.*, 65⁸, Aug., 1968. (abstract.).
- 5— RODRIGUEZ DA SILVA, J.— Leishmaniose visceral (calazar) Rio de Janeiro, 1957. Tese (Fac. Nac. Med. U. B.).