

## SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Boletín de la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental

Vol XXV. Nº1-2. Marzo – Junio, 1985.

CAMBIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA EN VENEZUELA\*.

**José Vicente Scorza**

### RESUMEN

La aparición de casos humanos de leishmaniasis cutánea entre la población urbana de las tierras bajas de la región andina de Venezuela señala firmes alteraciones de la epidemiología de esta enfermedad. El muy común marsupial *Didelphis marsupialis*, que invade frecuentemente los domicilios suburbanos, se ha encontrado naturalmente infectado por *Leishmania braziliensis* y, además, el flebótomo *Lutzomyia townsendi*, conocido vector de la región, invade igualmente los mismos domicilios desde la vegetación natural peridomiciliar. Estos factores bióticos, combinados con la permanente invasión y utilización de antiguas plantaciones de café, en estas localidades, son responsables de esta nueva situación epidemiológica. Los procesos que están dando origen a estos fenómenos son discutidos en este trabajo.

Boletín de la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental  
Vol XXV. Nº3-4. Septiembre – Diciembre, 1985.

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA SOBRE LEISHMANIASIS CUTÁNEA URBANA EN LA  
CIUDAD DE TRUJILLO, VENEZUELA \*.

**José Vicente Scorza, Pablo Macías y Julio Rojas.**

### **RESUMEN**

Mediante la búsqueda activa domiciliar y la aplicación de la intradermorreacción, se han detectado 121 casos de leishmaniasis cutánea entre 1944 personas que viven en 327 viviendas del área urbana de la ciudad de Trujillo, Venezuela. La muestra constituye 8% de la población de las áreas más afectadas, estimándose una prevalencia de 6,2% en contraste con 21,2% en el medio rural del estado Mérida, de la misma región de Los Andes.

Boletín de la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental

Vol XXV. N°3-4. Septiembre – Diciembre, 1985.

EL PAPEL DEL CAFETO EN LA ENDEMICIDAD DE LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA EN VENEZUELA.

**José V. Scorza, Leonor Castillo, Silvia Rezzano, Margarita Márquez y Julio César Márquez.**

### **RESUMEN**

Se hace énfasis en la superposición de las áreas cafetaleras y las de endemicidad de las leishmaniasis cutáneas en la región de Los Andes de Venezuela. Se presentan evidencias sobre el papel de los frutos maduros de café como fuente de azúcares para los flebótomos y al mismo tiempo se demuestra la persistencia de promastigotos de *Leishmania* spp. Hasta por cuarenta y ocho horas en el parénquima de tales frutos. Se discute la significación de estos hallazgos.

Boletín de la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental  
Vol XXVI. N°1-4. Marzo – Diciembre, 1986.

LA ISOTERMA DE 19°C COMO FACTOR LIMITANTE DE LA ENDEMICIDAD DE LA  
LEISHMANIASIS CUTÁNEA EN LOS ANDES DE VENEZUELA \*.

**José Vicente Scorza, Julio C. Márquez y Margarita Márquez.**

### **RESUMEN**

Se producen evidencias experimentales que identifican a la isoterma de 19°C como un factor ambiental que inhibe el desarrollo de *Leishmania braziliensis* en *Lutzomyia townsendi*, en la región de Los Andes Venezolanos.

Boletín de la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental  
Vol XXVIII. Nº3-4. Septiembre – Diciembre, 1988.

CAFICULTURA Y LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA EN VENEZUELA \*.

**José Vicente Scorza y Elina Rojas.**

### **RESUMEN**

Se estudian relaciones de causalidad o de asociación entre la caficultura y la incidencia de leishmaniasis en Venezuela, registrándose estrecha asociación por análisis de regresión entre estas variables. La extrapolación de las conclusiones de este estudio a nivel nacional considerando encuestas muestreables hechas en el estado Trujillo, sugiere que existe un subregistro de la enfermedad. La importancia económica de este cultivo sugiere una intensificación de la incidencia de leishmaniasis cutánea en casi todo el territorio venezolano.

Boletín de la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental

Vol XXVIII. Nº3-4. Septiembre – Diciembre, 1988.

PROTOCOLO PARA LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LEISHMANIASIS  
TEGUMENTARIA EN VENEZUELA \*.

**José Vicente Scorza.**

### **RESUMEN**

Tomando en cuenta la experiencia del autor, biólogo y parasitólogo, se discuten las problemáticas de las endemias parasitarias metaxénicas de Venezuela, enfatizando la importancia de las leishmaniasis tegumentarias. Se formula un protocolo para el estudio epidemiológico de los focos naturales de leishmaniasis tegumentaria.

Boletín de la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental

Vol XXVIII. Nº3-4. Septiembre – Diciembre, 1988.

LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA EN VENEZUELA:  
SITUACIÓN ACTUAL \*.

**José Vicente Scorza.**

### **RESUMEN**

Se puntualizan los tres términos de la cadena epidemiológica de las leishmaniasis tegumentarias en Venezuela: parásitos, reservorios y transmisores, poniéndose énfasis en la dinámica epidemiológica de estas infecciones y su tendencia a evolucionar desde focos selváticos a situaciones endémicos suburbanas.

Boletín de la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental  
Vol XXX. N°1-4. Marzo – Diciembre, 1990.

LA LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA VENEZOLANA: PROBLEMÁTICA CONTEMPORÁNEA  
EN EL ESTADO TRUJILLO, SOLUCIONES.

**José Vicente Scorza y Elina Rojas.**

### **RESUMEN**

Se hace un recuento sucinto sobre los factores históricos, sociales, económicos y epidemiológicos que han condicionado la transformación de la enzootía leishmánica en una antroponosis rural y periurbana, particularmente en la región de Los Andes Venezolanos con énfasis en la ciudad de Trujillo. Se proponen soluciones para el tratamiento de los casos y el control de reservorios y vectores.



Reunión Anual de Salud Pública XLIV

Octubre, 1997

DOMICILIACIÓN DE LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA LOCALIZADA Y SU TRANSMISIÓN INTRADOMICILIAR EN LA CIUDAD DE TRUJILLO, VENEZUELA \*.

**Elina Rojas y Carmen Morales**

### **RESUMEN**

La leishmaniasis es catalogada por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S. 1991) entre las enfermedades más importantes actualmente en el mundo. Se estima que su prevalencia a nivel mundial es de alrededor de 350 millones de personas infectadas, calculándose que la incidencia anual de leishmaniasis cutánea localizada (L.C.L.) sea de 1 a 1,4 millones de casos nuevos al año.

Es importante hacer notar que no existen cifras confiables sobre el número de casos nuevos así como de la proporción de individuos en riesgo de contraer la enfermedad en el Continente Americano. Esto se debe en buena medida, a que el número de casos nuevos es mayor al reportado oficialmente por las autoridades de salud de algunos países.

La presunción de que la infección sea debida a la permanencia del hombre en el medio selvático, ha sido considerada hasta hoy como un factor de riesgo fundamental. No obstante en Venezuela, donde esta endemia es frecuente y casi todas las entidades federales son afectadas, en especial las ubicadas en el eje de la Cordillera de los Andes (Táchira, Mérida y Trujillo) de donde se reportan un 56% de los casos nacionales, la endemidad **de esta infección es de carácter urbano o semi urbano** (Scorza, J.V. & Rojas, 1988).

En un trabajo (Lara et al., 1990) se estudió la frecuencia de haplotipos para 24 familias susceptibles o resistentes a la L.C.L. en la ciudad de Trujillo y se planteó que los

antígenos HLA-BW 22 confieren un riesgo relativo de 12,5 con frecuencia de 19,2%, en tanto que el antígeno HLA-DQW3 con una muy alta frecuencia de 83,3% se asocia a un riesgo relativo de 4,25 para esta enfermedad.

Con el interés de conocer cuál es el comportamiento de la endemia en grupos familiares, hicimos un estudio epidemiológico retrospectivo y secuencial de 1680 historia médicas de pacientes diagnosticados y tratados en la consulta entre 1991 y 1997. Consideramos como variable en este estudio del Centro "J.W. Torrealba", todos aquellos grupos familiares constituidos por descendientes directos (madre, padre e hijos) con casos de leishmaniasis simultánea o espaciadas en el tiempo.

La revisión de las historias demostró la existencia de 67 familias con un total de 250 casos entre sus miembros, cuyo menor número de casos por familia fue 3 en 37. Con respecto a su procedencia, encontramos 49 familias urbanas donde se contaron 56 casos en niños de 0 a 7 años y 18 familias rurales con 27 casos en niños de 0 a 7 años. Otro grupo etario importante fue el 8 – 12 años con 36 casos urbanos y 14 rurales. Esta observación, sumada a la frecuencia de 91 casos en madres, y el estudio de los casos por ubicación de las familias en sectores trujillanos reconocidos por su alta endemidad, donde se hallaron 50 casos en niños y 24 en madres, contra sectores rurales con 48 casos en niños y 40 en madres, nos lleva a plantear un predominio de casos intradomiciliares en el sector de alta endemidad urbana para una relación 1:2 madre - hijos, mientras que en los sectores rurales, la relación es de 1:1.

Centramos nuestro interés en esta relación ya que la circunstancias por las cuales ocurre el contacto hombre – vector dependen de las condiciones de la naturaleza y de la sociedad y en el caso de las enfermedades metaxénicas, la dimensión individual y social puede interferir, favorecer o controlar la transmisión. Esperamos dejar abierta esta línea de observaciones para poder aclarar su problemática.

Conferencia presentada en el Seminario Nacional Leishmaniasis: Un nuevo reto para la Salud Pública. Centro de Investigación en Educación y Salud.  
Managua, Agosto 1999.

## LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA (L.T.A.) EN VENEZUELA: EXPERIENCIA EN SU TRATAMIENTO

**Elina M. Rojas M.**

### RESUMEN

La *leishmaniasis tegumentaria americana* (L.T.A.), también conocida por los especialistas como *leishmaniasis cutánea americana* (L.C.A.), *leishmaniasis muco-cutánea* (L.M.C.) y por los pobladores de las zonas rurales del país como "llaga", "úlceras", "lora campesina", entre otros, son los términos que se le aplican a una enfermedad de tipo granulomatosa, causada por especies de parásitos intracelulares del género **Leishmania**, los cuales producen una lesión cutánea en el hombre (pápula) que puede desarrollarse localmente y, pueden afectar las mucosas respiratorias superiores y nasofaríngeas (Bofante, 1981).

En Venezuela se describe la L.T.A., por vez primera, en 1917 por Iturbe en focos humanos que se encuentran principalmente en áreas rurales, donde existen centros poblados muy dispersos; ocurriendo actualmente su aparición en áreas peri-urbanas y urbanas. La incidencia de este flagelo se ha relacionado con el grado de acercamiento humano a los focos naturales donde ocurre el ciclo normal o biocenosis entre el hospedero silvestre y el vector. Sin embargo, como se señaló anteriormente, se han encontrado casos urbanos en las ciudades de Barquisimeto, Trujillo, San Cristóbal, Pto. La Cruz, Valencia, Maracaibo, etc., que hacen pensar en cambios en la dinámica epidemiológica de esta dolencia (Bofante 1981, Scorza y Rojas 1990, Perruolo 1995, González et al 1995, Sánchez y Feliciangeli 1995, Reyes 1997).

En 1905 Sergent señaló que la presencia del parásito tanto, en el hombre como en los animales, está relacionada con la picada de insectos hematófagos del género *Phlebotomus* en el Viejo Mundo e identificadas como *Lutzomyia* en el Nuevo Mundo; en donde el parásito cumple parte de su ciclo de vida; por lo tanto es una enfermedad transmisible por vectores, hecho demostrado experimentalmente por Short 1926, aún con muchas interrogantes por responder en el ambiente natural. La dinámica entre el contacto humano y la enfermedad está íntimamente relacionada con la actividad económica de la población y con su evolución geohistórica. En 1903, Ross plantea que la enfermedad es originada por varias especies del parásito *Leishmania*; los cuales tienen una amplia variedad de hospedadores vertebrados. En Venezuela las especies que causan esta dolencia son los complejos *L. mexicana*, descubierta por Biagi en 1963 y *L. braziliensis* descrita por Viana en 1911, *L. guyanensis*, *L. pifanoi*, *L. garhnamí* y *L. venezuelensis* complementan el aislamiento de complejos de especies genéticamente relacionadas (Guevara *et al*, 1992). Estos parásitos ocasionan en los pacientes tres tipos de formas clínicas: una forma maligna, representada por la *Leishmaniasis cutánea difusa* (L.C.D.) caracterizada por "... la invasión masiva de parásitos en la piel, tejido mucoso y nasofaríngeo, y también a ciertos nódulos linfáticos. Estas lesiones, contienen gran número de parásitos (Pessoa 1973, Pifano 1960) con una escasa o ninguna respuesta a terapias habituales"(Barrios 1991). Es importante resaltar que se trata de un defecto inmunológico de las personas o huésped y no de una cepa especial del parásito (Lara, 1990). Por otro lado existe una forma benigna representada por la *Leishmaniasis cutánea localizada* (L.C.L.)... "la cual se caracteriza por presentar una o varias lesiones con escasos parásitos y una clara tendencia a evolucionar completamente después del tratamiento con medicamentos antimoniales o por inmunidad natural. En una ubicación intermedia se encuentra la *Leishmaniasis cutáneamucosa* (L.C.M.)... "La cual está representada por la aparición de úlceras en la mucosa oral, nasal, faríngea y / o laríngea, que causa daños histopatológicos en estas estructuras". Las lesiones presentan un número variable de parásitos y con frecuencia es más resistente a tratamientos que la forma localizada de la enfermedad".

El polo maligno de esta dolencia generalmente se asocia con las cepas de *Leishmania braziliensis*, y el polo benigno con los parásitos de *Leishmania mexicana*, ambas pueden causar las formas clínicas de *Leishmaniasis cutánea mucosa* (L.M.C.). En el caso de Trujillo se han identificado a *L. braziliensis* y *L. guyanensis* como agentes de la L.C.L.

Según Scorza, 1985 para comprender y cuantificar la L.T.A., se debe partir del conocimiento sobre 4 variables complejas que participan en este proceso de Salud – Enfermedad, ellos son: los parásitos, los vectores, los reservorios primarios y el hombre en su Espacio Geográfico por ser éste donde ocurre la interacción de los componentes del proceso.

### **LA L.T.A., SU ESPACIO GEOGRÁFICO O ECOEPIDEMIOLOGÍA**

Cuando se estudia la L.T.A., es necesario conocer el espacio geográfico donde ocurre y en especial el modo de vida de las personas que la padecen. Siendo esta enfermedad de carácter focal y con predominio rural, es esencial conocer los procesos que permiten la existencia y persistencia de ella en estas áreas para predecir los factores de riesgo de su urbanización.

En los casos de leishmaniasis con procedencia conocida, hay que partir de un diseño que señale los límites, superficie y distribución de los centros poblados afectados, su evolución geo – histórica y la distancia entre ellos, pues las alteraciones espaciales en áreas endémicas crean desequilibrios entre el ciclo natural de la enfermedad (vector – reservorio) y los pobladores del lugar, cuyo análisis debe conducir a la explicación del porqué ocurren estos desequilibrios. El fenómeno de la urbanización es un elemento dominante en nuestro país donde la expansión de las ciudades se hace fácilmente hacia las zonas rurales, sin previa planificación (caso del Lago de Valencia, Maracay y Pto. La Cruz) al igual que la construcción de grandes proyectos hidroeléctricos (Yacambú,

Uribante Caparo, etc.) que generan impactos ambientales en zonas rurales o boscosas y crean la movilización de masas humanas hacia esos lugares, asociándose con muchas enfermedades características de esas zonas, afectando de una u otra forma a estos contingentes humanos migratorios.

La participación del hombre no es un hecho abstracto, sino un componente directo que, con su espacio geográfico, debe analizarse en forma integral, donde se tome en consideración al hombre afectado, a los trabajadores del campo y a la ciudad. Se debe analizar la ocupación y lugar donde actúa, el tiempo de residencia, la composición familiar, las migraciones festivas, la vivienda, los servicios con que cuenta, la clase social, etc. todo lo cual podría explicar en un espacio dado la existencia y persistencia de la dolencia. Es importante señalar que las poblaciones rurales suelen adquirir un conjunto de enfermedades que caracterizan a la región geográfica y al grupo social en que nacieron y viven, debido a las condiciones ambientales y socio – económicas que definen la calidad de vida.

### **DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA**

La distribución espacial de la leishmaniasis tegumentaria se corresponde con todo el territorio nacional, con excepción de los estados Nueva Esparta y Delta Amacuro. No es que se descarte que existan casos humanos de esta enfermedad, sino, que el deficiente control de registros y subregistros locales no llega a las instituciones que centralizan la información en la región capital: El M.S.A.S. y El Instituto de BIOMEDICINA.

Desde 1955 hasta 1989 se han registrado 35.461 casos, con un promedio desde 1981 a 1989 de 2081 casos. Es posible que existan subregistros generalizados durante los últimos 10 años, debido a un creciente deterioro económico y organizacional. Los estados que presentaban el mayor número de enfermos para 1990, fueron Lara, Anzóategui, Sucre, Trujillo, Miranda, Táchira, Zulia y Mérida, en ese orden,

representando el 87% del total nacional. Encontrándose en esta tabla que los primeros 5 meses en las entidades señaladas concentran el mayor número de enfermos.

Casi toda la zona occidental contiene focos humanos de la L.T.A., formando estos núcleos una especie de cadena que recorre toda la Cordillera Andina, la Cordillera de la Costa y las sierras y montañas del Oriente del país. Al comparar y analizar los lugares donde existe el mayor número de casos, vemos que tienen mucha relación con áreas que poseen la mayor concentración de población para 1990; así tenemos a Miranda en la Región Capital, Lara en la Región Occidental, Táchira, Mérida, Trujillo, en la Región de Los Andes; la Región Zuliana y el estado Anzoátegui en la Región Oriental, que poseen zonas endémicas con el mayor número de casos registrados. Además de existir en estas entidades zonas climáticas adecuadas para el desarrollo de los flebotomos.

Este proceso de Salud – Enfermedad en la zona Occidental y en el resto del país, forma parte de un proceso geohistórico integral, donde los aspectos económicos, sociales y ambientales tienen importancia principal. Estas regiones poseen grandes recursos energéticos, agrícolas, mineros, turísticos – recreacionales, etc., en constante aprovechamiento por el estado, por entes privados y sobre todo por grandes contingentes humanos que pueden estar siendo afectados por la dolencia. Scorza y Rojas (1989) demostraron una alta correlación entre la caficultura y la leishmaniasis cutánea.

En la Región Nor – Oriental, el Estado Anzoátegui ha venido presentando un aumento constante en el número de casos registrados, teniendo estos focos una expresión espacial muy localizada en la parte norte de la entidad, precisamente el área que ha recibido mayores inversiones para desarrollos energéticos, residenciales, turísticos – recreacionales. La zona está en constante transformación espacial por sus innumerables recursos, razón por la cual debe tener un control geográfico y médico de la enfermedad.

La L.T.A. afecta a todos los grupos de edad y sexos, pero en especial al hombre, por ser éste quien se dedica preferentemente a actividades agrícolas, ocupación donde la enfermedad es muy frecuente (Pessoa, 1973). Sin embargo en Venezuela se observa que afecta personas que realizan oficios del hogar, principalmente mujeres, así como estudiantes y niños. Esto nos podría indicar un cambio en la dinámica epidemiológica del vector o la construcción de infraestructuras como casas, escuelas, urbanizaciones etc., en áreas donde existen focos naturales de la enfermedad. En cuanto a la edad de las personas enfermas, ataca en especial al intervalo de edad que va desde los 10 a 39 años, edad en que las personas contribuyen más a la demanda de trabajos en cualquier actividad, y que se verán limitados e incapacitados al ser afectados por la dolencia.

## **TRATAMIENTO**

En el tratamiento de la leishmaniasis generalmente se utilizan tres tipos de medicamentos: los derivados del antimonio, las diamidinas y la anfotericina. El más usado en nuestro país es un derivado de antimonio: El Glucantime (antimoniato de meglumina).

Este medicamento se presenta en ampollas de 5ml. La dosis diaria es de 10ml. ó 2 ampollas, sin excederse de ésta. La duración del tratamiento tiene un promedio de 20 días, pero puede variar según los resultados. Tiene un costo aproximado de 6 dólares por ampolla y según el Instituto de BIOMEDICINA, 1992 cada paciente requiere entre 8 y 9 ampollas que le serían suministradas gratuitamente. Este medicamento es importado y muy costoso. Además produce en algunos casos efectos secundarios al ser aplicados (fiebre, erupción, tos, mialgias, etc.) que imponen suspender el tratamiento debido a intolerancia al antimonio. Los otros medicamentos antes mencionados, también producen efectos secundarios en mayor o menor grado (Vásquez y Scorza, 1999).



Con respecto a vacunas, hay varias tentativas interesantes y es satisfactorio ver que sean científicos venezolanos quienes llevan la vanguardia en la lucha contra este flagelo que afecta a un gran número de personas a nivel mundial, entre estos tenemos al Dr. Convit, Dr. J.A. O' Daly y al Dr. R. Bonfante Garrido entre otros, así como un gran número de especialistas y colaboradores.

El Instituto de Biomedicina pone a prueba una vacuna combinada, mezclando *Leishmania* (promastigotes muertos) y B. C. G., con resultados satisfactorios en un 60% de los casos según reportes de un proyecto piloto de vacunación con fines para crear condiciones inmunológicas en los pacientes. Esta vacuna tiene un costo de 240 bolívares por ampolla, utilizándose 3 por persona, aplicables con un intervalo de 45 días entre ampollas.

Las vacunas en prueba son menos costosas que los medicamentos importados, pero no reducen el período de tratamiento. En el Centro "J.W.Torrealba" de la Universidad de Los Andes, se sintetiza un antimonial pentavalente que aplicado en dosis única semanal tiene la ventaja de reducir los costos (Bs. 50 cada dosis), los efectos colaterales y el traumatismo por la aplicación se evita al emplear la vía subcutánea perilesional (Yépez y Scorza 1995, Rojas et al 1999).

### **ESQUEMA DE TRATAMIENTO POR VÍA SUBCUTÁNEA PERILESIONAL**

El tratamiento de una úlcera leishmánica es una acción mediada por la prescripción para curarla, ejercida por un personal de salud calificado y autorizado para aplicarlo.

En este sentido en la consulta de investigación y diagnóstico que se realiza en el Centro "J.W.Torrealba" NURR – ULA en Venezuela, admitimos mediante criterios especiales para tratamiento, pacientes previamente diagnosticados y evaluados

clínicamente, los cuales son dados de alta por el criterio de cura clínica a los 21 días promedio de cesar la administración del fármaco.

El tratamiento consiste en la infiltración perilesional de un antimonial pentavalente combinado o no con un anestésico local, sin epinefrina, en una mezcla a volúmenes iguales según el tamaño de la lesión y su ubicación corporal. Se aplica semanalmente con aguja 27 larga o corta según el tipo de lesión, empleando jeringa de 1ml. o la odontológica, si está disponible. Es importante realizar una prueba de toxicidad (Parche) antes de iniciar el tratamiento.

En los Cuadros (I, II, III) siguientes, se visualizan los resultados obtenidos en la aplicación de este método en pacientes de diferentes grupos etarios, según el sexo y en comparación con otros métodos de tratamiento.

El método ha sido probado por otros investigadores y clínicos de Venezuela entre ellos el Dr. Segundo Barroeta del Postgrado de Dermatología de la UCLA, el Dr. Néstor Añez de la ULA Mérida, el Dr. Jesús Toro de la UDO, Dr. Yancarlos Yépez de la UNFM Falcón, comprobando su fácil administración y alta seguridad de los resultados.

El siguiente cuadro IV muestra el análisis cualitativo y cuantitativo de su uso.

**CUADRO I.**

**CURACIÓN CLINICA DE ULCERAS LEISHMANICAS TRATADAS UNA VEZ POR SEMANA MEDIANTE INFILTRACIÓN PERILESIONAL EN PACIENTES AGRUPADOS SEGÚN EDAD Y SEXO.**

GRUPO ETARIO	TRATAMIENTOS						TOTAL
	1		2		3		
	M	F	M	F	M	F	
0-7	1	1	2	2	1	1	8
8-14	5	6	52	55	17	19	154
15-30	22	25	94	96	61	62	360
31-45	19	22	89	91	58	60	339
46-60	11	11	35	37	20	22	136
>60	1	1	5	3	3	4	17
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>66</b>	<b>277</b>	<b>284</b>	<b>160</b>	<b>168</b>	<b>1014</b>

1= GLUCANTIME

M= MASCULINO

2= U.L.A

F= FEMENINO

3= LIDOCAINA 1% SIN EPINEFINA

**CUADRO II.**

**CURACIÓN CLINICA DE ULCERAS LEISHMANICAS EN PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO DIARIO POR VIA ORAL DE ACUERDO AL GRUPO ETARIO Y SEXO.**

GRUPO ETARIO	TRATAMIENTOS						TOTAL
	1		2		3		
	M	F	M	F	M	F	
0-7	55	61	----	----	----	----	116
8-14	42	38	2	1	1	1	85
15-30	41	47	6	5	3	3	105
31-45	35	35	2	1	2	3	78
46-60	42	50	----	----	20	22	93
>60	30	41	----	----	3	4	71
<b>TOTAL</b>	<b>245</b>	<b>272</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>548</b>

**1= KETOCONAZOL**

**M= MASCULINO**

**2= DAPSONA**

**F= FEMENINO**

**3= ALURON**

**CUADRO III**  
**CURACIÓN CLÍNICA DE ÚLCERAS LEISHMÁNICAS TRATADAS TÓPICAMENTE**

GRUPO ETARIO	TRATAMIENTOS						TOTAL
	A		B		C		
	M	F	M	F	M	F	
0 - 7	----	----	9	13	----	----	22
8 - 14	----	2	10	11	----	1	24
15 - 30	13	10	9	7	7	5	51
31 - 45	6	6	2	3	4	4	25
46 - 60	1	----	6	8	1	----	16
> 60	3	----	3	3	3	----	12
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>18</b>	<b>39</b>	<b>45</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>150</b>

**A= FACTOR DE CRECIMIENTO EPIDÉRMICO**

**M= MASCULINO**

**B= XILOCAINA 5%**

**F= FEMENINO**

**C= QUITINA EN CREMA**

**CUADRO IV****VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL TRATAMIENTO SUBCUTÁNEO PERILESIONAL EN LEISHMANIASIS CUTÁNEA.**

<b>VENTAJAS</b>	<b>DESVENTAJAS</b>
1.- Uso de menor volumen de fármaco de 2ml. máximo	1.- No es aplicable en casos diseminados
2.- Menor riesgo de efectos colaterales	2.- Aumenta el riesgo de patologías asociadas si no hay pulcritud en la lesión.
3.- Menor cardiotoxicidad	3.- No puede ser aplicado libremente.
4.- Acción directa sobre el tejido granulomatoso.	4.-El menor tiempo de aplicación es de 5 días.
5.- Sinergiza la respuesta inmunológica.	5.- Puede favorecer el abandono de la terapia (*).
6.- Menor costo de tratamiento (**)	
7.- Una aplicación semanal es suficiente.	

(\*) Se comprobó en 25 pacientes que no acudieron a la consulta para el AC. Por considerarse curados a la 5ta. (10) y 7ma. (15) infiltración semanal.

(\*\*) Se evaluó considerando el máximo de 12 infiltraciones (3 meses) equivalentes al tratamiento con vacunas.

Para finalizar debemos hacer **público agradecimiento** a nuestros **anfitriones** por permitirnos presentarles nuestra experiencia y en especial al EQUIPO DE TRABAJO que nos respalda para que ello sea posible:

Farmacéutico:	José Vicente Scorza Dagert Síntesis del antimonial.
PROULA:	Elaboración y presentación comercial del fármaco.
Microbiología:	Irene Sandoval. Análisis microbiológico de las úlceras
Farmacóloga	Laura Vásquez Farmacocinética del antimonial
Bionalista:	Elci Vilegas Valoración renal y hepática. Pruebas inmunológicas.
Médico:	Carmen Morales Valoración clínica y atención del paciente
Técnicos:	Armando Torres Asistencia y manejo del paciente (diagnóstico previo y aislamiento de cepas).  Manuel Delgado Asistencia fotográfica.

En contradicción con esta labor de los investigadores, existen graves problemas presupuestarios en los institutos donde ellos trabajan que limitan el desarrollo de estos grandes proyectos; un problema en toda el área de la salud y la investigación en nuestro país, creado por la desidia de nuestros gobernantes en los últimos 30 años.

Ponemos a la disposición bibliografía de referencia de resultados publicados.

Gracias por su asistencia.

## REFERENCIAS CITADAS

1. Iturbe, J. et al (1917).- Gaceta Médica de Caracas N°48: 292 – 299.
2. Bonfante, R. (1984).- Bol O.P.S.. N°97: 105 – 110.
3. Scorza, J.V. y Rojas, E. (1990).- IBID 30: 1 – 6.
4. Perruolo, G. (1995).- Talleres 4: 85
5. González, R. et al. (1995).- Talleres 4: 43 y 44
6. Sánchez, N y Feliciangeli, D. (1995). – Talleres 4: 42.
7. Reyes, A. (1997).- Tesis de Especialidad. Postgrado en Dermatología U.C.L.A.
8. Guevara, P. et al (1992).- Molecular and Biochemical Parasitology 56: 15 – 26.
9. Pessoa, S.B. (1973).- Parasitología Médica.
10. Pifano, F. et al (1962).- Arch. Venezolano de Med. Trop. y Parasitol. Med. N°4: 149 – 155.
11. Scorza, J.V. (1985).- Bol. Dir. Malar y San. Amb. 28: 114 – 127.
12. Barrios, M. (1991).- Publicaciones U.C.V. Facultad de Ciencias
13. Scorza, J.V. y Rojas, E. (1989).-Bol. Dir. Malar. y San. Amb. 29: 14 – 28
14. Vásquez, L. y Scorza, J.V. (1999).- Talleres 6 (en prensa).
15. Yépez, Y. y Scorza, J.V. (1995).- Bol. Dir. Malar. y San. Amb. 35: 71 – 75.
16. Rojas, E. et al (1999).- Talleres 6 (en prensa).
17. Short, A. et al (1926).- Indian Journal of Medical Research. 26: 441 – 443.
18. Lara de M. M.L. (1990).- Tesis de Maestría en Inmunogenética de la Leishmaniasis. IVIC.





**Familia con Leishmaniasis Cutánea (Foto: Manuel Delgado)**