

PROTOCOLO DE LEISHMANIASIS

INTRODUCCIÓN:

Las leishmaniasis son un grupo de enfermedades parasitarias extendidas a nivel mundial y que presentan una gran variedad de manifestaciones clínicas: la leishmaniasis visceral es la forma más grave de enfermedad, con una mortalidad próxima al 100% sin tratamiento; la leishmaniasis cutáneo-mucosa y la leishmaniasis cutánea. Estas enfermedades son producidas por diferentes especies del género *Leishmania*, que es un protozoo flagelado transmitido por la picadura de un insecto, el flebotomo hembra.

Desde 1993, se han extendido de manera significativa las regiones con endemia de leishmaniasis, y esta extensión se ha acompañado de un aumento considerable de los casos notificados de esta enfermedad. La extensión geográfica de la enfermedad a nivel mundial se debe a factores ligados al desarrollo, como las emigraciones masivas del campo a la ciudad, los proyectos agroindustriales y las modificaciones medioambientales producidas por el hombre (creación de pantanos, sistemas de riego y pozos). El SIDA y otros estados de inmunosupresión aumenta en las personas infectadas por las leishmanias el riesgo de desarrollar la forma visceral de la enfermedad.

El área de distribución de la leishmaniasis no está condicionada por la simple presencia del vector, sino por su abundancia, ya que por debajo de ciertos límites de densidad del vector, éste no es lo suficientemente frecuente como para mantener la estabilidad de la enfermedad.

El agente implicado en el litoral mediterráneo y en concreto en España es la *Leishmania donovani* y *Leishmania infantum*.

La transmisión de la enfermedad depende de tres factores: a) reservorio apropiado de infección; b) un vector adecuado; y c) población susceptible. El vector responsable de la transmisión es un díptero del género *Phlebotomo*, produciéndose ésta por la picadura de la hembra. En España, las especies de flebotomos responsables son: *P. perniciosus* y *P. ariasi*. También se ha demostrado la transmisión de persona a persona, y por transfusiones sanguíneas, contacto sexual y uso de agujas y jeringas contaminadas, pero son muy raras.

El principal reservorio conocido en nuestro país es el perro, aunque también pueden actuar como reservorios los roedores y otras especies silvestres.

La susceptibilidad es general, siendo los niños y las personas con inmunodeficiencias (tratamientos inmunosupresores, afecciones hematológicas cancerosas, enfermedades autoinmunes y seropositivos para el VIH), los que con mayor frecuencia desarrollan la enfermedad.

El período de incubación en la leishmaniasis cutánea es de semanas a meses y en la visceral es de 2 a 4 meses, aunque puede oscilar entre diez días y dos años.

En España, a partir de 1982, se hizo enfermedad de declaración obligatoria, notificándose unos 90 casos por año. La mayor incidencia se da en el litoral mediterráneo.

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO:

Leishmaniasis Cutánea: El cuadro se caracteriza por una lesión granulomatosa única y excepcionalmente múltiple que, si no se produce sobreinfección bacteriana, cura espontáneamente sin otra secuela que una pequeña cicatriz. Existe una forma difusa de esta enfermedad que no cura espontáneamente y que tiende a las recaídas después del tratamiento.

Leishmaniasis Cutáneo-mucosa: El cuadro se caracteriza por la aparición de lesiones que pueden conducir a una destrucción extendida y desfigurante de las mucosas de la nariz, boca o garganta (leishmaniasis faríngea).

Leishmaniasis Visceral: Este cuadro se caracteriza por un comienzo insidioso, manifestándose con fiebre, malestar general, anorexia y pérdida de peso. Más tarde aparece una marcada esple-

nomegalia, generalmente blanda e indolora, hepatomegalia moderada, adenopatías en regiones inguinal y cervical, anemia y trombocitopenia.

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

- Demostración de la presencia del parásito en aspirados obtenidos de los bordes de la lesión (leishmaniasis cutánea y cutánea-mucosa) o de médula ósea, hígado, bazo o ganglios linfáticos (leishmaniasis visceral).
- Aislamiento (cultivo ++).
- Serología: Las pruebas que se utilizan con mayor frecuencia son IFI y ELISA, pero únicamente como diagnóstico de presunción.

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

Caso Sospechoso: Enfermedad compatible con la definición clínica de caso de Leishmaniasis visceral, cutánea-mucosa o cutánea.

Caso Probable: Enfermedad compatible con la definición clínica de caso de leishmaniasis visceral, cutánea-mucosa o cutánea y con serología positiva a leishmania.

Caso Confirmado: Enfermedad compatible con la definición clínica de caso de leishmaniasis visceral, cutánea-mucosa o cutánea, con visualización del parásito.

MODO DE VIGILANCIA:

Toda sospecha de caso de leishmaniasis deberá ser notificada semanalmente de forma numérica e individualizada. Una vez identificado el caso se recogerá toda la información referente al mismo en la encuesta epidemiológica que figura en el protocolo de esta enfermedad.

MÉTODOS DE CONTROL:

MEDIDAS PREVENTIVAS:

Actuaciones sobre el reservorio:

- Control del perro.
- Proteger a los perros de posibles picaduras de mosquitos mediante el uso de lociones insecticidas repelentes y evitando que el perro duerma al aire libre.
- No abandonar a los perros y recogida de los perros vagabundos.
- Desinfectar y desinsectar los albergues de animales y cuadras.

Actuaciones sobre el vector:

- Las medidas irán encaminadas a evitar en lo posible el desarrollo de mosquitos en la vivienda y alrededores:
- Utilizar algún sistema de control de insectos (preferentemente no químicos) en el interior de la vivienda.
- En zonas rurales endémicas sería conveniente la instalación de telas mosquiteras en las ventanas de los dormitorios y pintar los muros y ventanas con mezclas de insecticidas residuales.
- Utilizar insecticidas de uso ambiental si las casas tienen lugares como leñeras, registros de agua, cuarto de depuradora de la piscina, etc.
- Evitar la acumulación de restos vegetales, escombreras, basureros, etc.; así como la presencia de aguas estancadas.

CONTROL DEL PACIENTE, DE CONTACTOS Y DEL MEDIO:

Se centran en el tratamiento específico del enfermo. Debería de determinarse el ciclo de transmisión local e interrumpirlo de la manera más práctica posible con la aplicación periódica de insecticidas de acción residual.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA:

- Chin J (ed.). Control of communicable diseases. Manual. 17ª Edición. American Public Health Association. 2001.
- Conesa E. "Los Phlebotomos (*Diptera Psychodidae*) de la Comunidad de Madrid. Implicaciones epidemiológicas". Murcia: Universidad de Murcia. Tesis Doctoral 1994.
- Mandell G., Gordon R., Benet J., (Eds.). "Enfermedades infecciosas. Principios y práctica" Editorial Médica Panamericana 1991 (2: 2193-2203)
- Molina R.. "Phlebotomus perniciosus: aspectos entomológicos prácticos de la Leishmaniasis canina". Curso de enfermedades vectoriales en el perro. Madrid 1995
- Organización Mundial de la Salud. "Lucha contra la Leishmaniasis". Serie de informes técnicos, nº 793. Ginebra 1990.
- Perea E.J. (Eds.) "Enfermedades infecciosas y microbiología clínica". Ciudad Ediciones Doyma 1992. (2:975-979)
- WHO. "Leishmania/VIH co-infección". Report on the consultative meeting on Leishmania/HIV co-infections. Roma 1994.