

TRABAJOS ORIGINALES

Leishmaniosis cutánea Lesiones hepáticas concomitantes estudiadas en biopsia con aguja de Vim Silverman.

**Resultados terapéuticos con Repodral y Pirimetamina.
Análisis de 173 casos.**

por

Dr. Mario Pacheco Cartín*

Dr. Rodolfo Céspedes Fonseca**

Sr. Hernán Calderón***

I N T R O D U C C I O N

En Costa Rica a la leishmaniosis cutánea el pueblo le llama "papalomoyo".

Para cualquier ciudadano interesado en los problemas nacionales de salud, no puede pasar desapercibido que en el "Valle de El General" que comprende una extensión aproximada de 60 por 30 Km., con los cantones de Pérez Zeledón y parte de Buenos Aires, Aguirre y Osa, el problema de la leishmaniosis cutánea se hace más serio día con día.

Uno de nosotros, que vivió en esta región hace 26 años, en 1934 y durante un año, recuerda que el problema del "papalomoyo", no tenía importancia en la región, como sí la tenía el paludismo; y otro de nosotros, que ha trabajado durante los últimos 7 años como médico en la región puede asegurar que actualmente el número de pacientes que consulta por leishmaniosis es muy grande.

En la historia médica de Costa Rica no hay reportados casos de leishmaniosis visceral y todo hace pensar que en nuestro medio la especie de flagelado existente sea *Leishmania braziliensis*.

Sin embargo, todo el que haya visto suficientes casos de leishmaniosis cutánea en Costa Rica, ha podido observar como, bajo su mirada y aun en el hospital, una lesión inicial se disemina en la vecindad, en la misma piel (F-12) y

* Hospital Regional de San Isidro de El General.

** Hospital San Juan de Dios, Depto. de Patología.

*** Laboratorio Clínico Hospital San Isidro de El General.

toma a veces los ganglios linfáticos, hecho ya señalado antes por Montpellier, G. Sevenet y Buss (1 y 2).

Este hecho nos indujo a buscar una posible diseminación hematógena en el hígado, aprovechando las facilidades de la biopsia con aguja de Vim Silvermann.

A más de cumplir el propósito inicial, hemos aprovechado el material para estudiar en biopsias de piel simultáneamente, el tipo de proceso inflamatorio y además comparar los resultados terapéuticos obtenidos con dos drogas: el antimonio trivalente (solución isotónica de 6.3% de antimonio —III— biscatocol-2, 4 disulfonato de sodio en el que cada cc. contiene 8.6 mgms. de antimonio trivalente) o sea, comercialmente el Repodral y la Pirimetamina que vino a nuestras manos como un nuevo anti-malárico.

Así mismo, como corolario de nuestra labor podemos dar una idea de la distribución geográfica en el Valle de El General, así como de la topografía anatómica de las lesiones, la distribución por edades y tiempo de evolución.

MATERIAL Y METODOS

El material está compuesto por 173 casos de leishmaniosis cutánea comprobados parasitológicamente por frotis de las úlceras cutáneas, teñidas por el método de Giemsa. Aunque todos estos casos tienen biopsia de piel y de hígado, para el análisis histopatológico de las lesiones en estos órganos, usaremos sólo 120 casos, porque razones de técnica histológica o dificultades en la coordinación del trabajo entre el hospital de San Isidro de El General, y el hospital San Juan de Dios han hecho que resulte preferible eliminar 53 casos. Para los efectos de distribución geográfica, topografía anatómica y valoración terapéutica serán usados todos los 173 casos.

RESULTADOS

Vamos a analizarlos desde los siguientes puntos de vista:

- a) Distribución geográfica.
- b) Distribución por edades.
- c) Distribución anatómica.
- d) Tiempo de evolución.
- e) Tipos clínicos de lesión.
- f) Hallazgos histopatológicos : 1) en piel; 2) en hígado.
- g) Resultados terapéuticos.
- h) Consideraciones epidemiológicas.

DISTRIBUCION GEOGRAFICA

La mayoría de los casos han sido originarios del cantón de Pérez Zeledón y podemos marcar tres zonas de distribución principales: 1) Una zona amplia que corre de este a oeste del cantón, y que abarca desde San Pedro hasta

Savegre, y que comprende: Cajón, Pueblo Nuevo, Rivas, Quebradas, San Rafael Norte, San Ramón, Santa Rosa y San Cayetano. La enorme mayoría de los casos están en esta zona.

2) Una zona menor que está situada al sur del Cantón y que comprende principalmente: Los Reyes, San Juan Bosco, Platanares y Pejivalle.

3) Ciudad San Isidro de El General.

La distribución por edades puede verse en el cuadro N° 1 que demuestra franco predominio de pacientes adultos, hecho diferente a lo que según Hertig y Heller (3) sucede en el Perú, donde la infestación es predominante en los niños.

Edad	N° casos	%
0 — 7 años	28	16.18%
8 — 14 años	32	18.49%
15 ó más	113	65.31%

Cuadro N° 1. Distribución por edades de la leishmaniosis cutánea

La localización anatómica de las lesiones se puede ver en el cuadro N° 2.

Región	N° casos	%
Extremidades superiores	20	11.56%
Extremidades inferiores	109	63.00%
Cara	8	4.62%
Orejas	6	3.46%
Nariz	6	3.46%
Abdomen	1	0.57%
Mixtas (cutáneas y mucosas)	21	12.13%

Cuadro N° 2 localización anatómica de las lesiones en 173 casos de leishmaniosis cutánea.

Según hemos visto en la distribución anterior, los sitios más afectados son las extremidades inferiores, especialmente en las piernas y en cambio son relativamente pocos los casos que lesionan orejas o nariz, en comparación con otros lugares como México o Guatemala en que con frecuencias muy alta se afecta la oreja y en el sur del Brasil las mucosas (3)

En cuanto al tiempo de evolución del proceso, al momento de tomar las muestras para biopsia, tenemos los datos que se expresan en el cuadro N° 3:

Tiempo de evolución	Nº casos	%
Hasta 1 mes	37	21.38%
de 1 mes a 1 año	88	50.86%
más de 1 año	48	27.74%

Cuadro Nº 3 tiempo de evolución de 173 casos de leishmaniosis cutánea al momento de hacer las biopsias de piel e hígado.

Conviene aclarar que los casos con más de un año de evolución, comprenden formas muy crónicas, de 5 — 10 — 20 y hasta 40 años de tener el padecimiento, generalmente con recidivas múltiples.

Los tipos clínicos de lesión cutánea pueden verse en el cuadro Nº 4:

Tipo de lesión	Nº casos	%	
Cutánea {	Ulceroso	137	79.19%
	Verrucoso	14	8.09%
	Eczematoide	8	4.62%
	Ulceroso y verrucoso	4	2.31%
Mucoso (nasal)	6	3.46%	
Mixtas (cutáneas y mucosas)	4	2.31%	
Total	173	99.98%	

Cuadro Nº 4 tipos clínicos de lesión en 173 casos de leishmaniosis cutánea.

Como puede apreciarse predomina el tipo ulceroso del cual hay varias formas según el tiempo de evolución o la modalidad reaccional del individuo. Algunas son húmedas muy exudativas (foto 4), casi siempre en los primeros días de evolución. Otras dan un tipo de úlcera sucia con abundantes costras y detritus (foto 3), en cambio cuando ha pasado algunas semanas o meses de evolución, la úlcera se presenta más limpia y con un fondo granulomatoso, frecuentemente mamelonado (foto 2). Las formas verrucosas que sólo se presentan en el 8.09% de nuestro material, son las de más largo tiempo de evolución y aparecen como lesiones secas, costrosas, de color blanquecino, algo solevantadas (foto 1).

Las formas verrucosa y eczematoide, en personas poco experimentadas hacen pensar en otros padecimientos; forman casi el 13% y muchas veces reciben tratamiento médico inadecuado por defecto de diagnóstico.

Debemos también citar que en los 173 casos hubo lesión única en 85 casos o sea 49.13% y lesiones múltiples en 88 casos, o sea 50.87%.

Las lesiones múltiples tienen a menudo varias cicatrices que alternan con focos de actividad, lo que representa recidivas o reinfecciones (fotos 9—10—11).

LESIONES HISTOPATOLÓGICAS.

Analizaremos primero los hallazgos cutáneos y secundariamente, las lesiones hepáticas encontradas en la biopsia simultánea con aguja de Vim Silverman.

La gran mayoría de los casos, o sea 107 de los 120 tenía lesión ulcerosa (84%) y la úlcera fue bien visible en todas las biopsias, aun cuando la muestra se tomó del borde hacia el tejido sano. Fue casi constante la presencia de una costra sobre la porción epitelizada de la muestra. En el 70% de los casos hubo hiperqueratosis de intensidad mediana. El fondo de la úlcera así como el dermis correspondiente a la porción epitelizada presentaron siempre un tejido granuloso con predominio de elementos proliferativos, en su mayor parte histiocitos y en una menor proporción fibroblastos. Otros elementos muy constantes fueron las células plasmáticas, y en menor proporción, los linfocitos y los eosinófilos (F.13—14—15).

Las lesiones que mostraron las características antes descritas las consideramos tipo standard y fueron 64 de los 120 casos. Fuera de este aspecto encontramos formas verrucosas cuando el grado de papilomatosis fue muy acentuado, este aspecto apareció en 13 casos, que por cierto no son los mismos que macroscópicamente tuvieron la forma verrucosa. Pensamos que esto depende del sitio en que se toma la muestra, y así formas macroscópicamente ulcerosas dieron en la histología imagen de forma verrucosa.

Otro tipo histológico bastante frecuente es el fibroso que se presentó en 23 casos, algunas veces coincidiendo con formas verrucosas y otras en lesiones ulcerosas típicas.

Este aspecto de fibrosis no guarda relación con el tiempo de evolución del proceso y así tenemos casos con aspecto histológico de proceso fibroso a los 45 días de evolución solamente y formas de granuloma muy celular y activo en lesiones que tienen años de evolucionar. Sin embargo, en líneas generales, las lesiones más jóvenes tienen granuloma más celular.

Fuera de la forma standard, verrucosa y fibrosa tenemos una de aspecto nodular, en la que el granuloma de predominio histiocitario, abarca en profundidad desde el estrato germinal de la epidermis, hasta la hipodermis en una masa celular tan compacta, que impide identificar otros elementos como folículos pilosos o glándulas y aun los vasos de mediano calibre. Esta forma se presentó en 5 casos solamente. Hay asimismo una forma microgranular en la que se forman pequeños granulomas perivasculares separados entre sí por bandas de tejido fibroso. Es posible que esta forma sea una variante de la nodular pura que esté virando hacia la curación; en nuestro material hay sólo 4 casos. También y con menor frecuencia aun, suele aparecer una forma tuberculoidea en la que los histiocitos toman disposición epiteloidea, aun con células gigantes tipo Langhans; hay 2 de estos casos entre los 120 de nuestro estudio.

Hay asimismo granulomas muy vascularizados que toman aspecto angio-

matoso y a veces también casos en que la infiltración eosinofílica es importante.

Un caso fue de forma pseudoepiteliomatosa en que fácilmente podría caerse en el error de diagnosticar carcinoma epidermoide.

El hallazgo fundamental es el de la leishmanias en el tejido; no siempre resulta fácil y a veces es muy difícil. Aconsejamos buscar los parásitos inmediatamente por debajo del epitelio (F. 13), a una distancia prudencial del borde de la úlcera para evitar el disturbio que produce la infección secundaria con la presencia de gran cantidad de polinucleares. Ha sido muy útil como recurso de técnica para la búsqueda del parásito la coloración de Gallego con fucsina de Ziehl, formol y picro índigo carmín, que hace destacar el cinetoplasto; tiene además la ventaja de ser más sencilla de realizar que la coloración de Giemsa.

Capítulo aparte dedicaremos a los problemas de diagnóstico diferencial. De todos nuestros casos con frotis por leishmanias, muchos fueron eliminados del capítulo de hallazgos histológicos, por no haber sido posible encontrar leishmanias en la biopsia, esto porque preferimos ser estrictos al analizar el material histológico, pero para dar una idea de la dificultad diagnóstica señalaremos que en 2 casos nuestro primer informe de biopsia fue negativo para leishmanias, y positivo para cromomicosis, con una imagen histológica más acorde con el aspecto clásico de la cromomicosis y con presencia de las esferas típicas.

Pero nuevos cortes y una meticolosa búsqueda con coloraciones de Gallego nos permitieron encontrar a más de la cromomicosis, escasas leishmanias, es decir, que la infestación era mixta. Otro problema de diagnóstico diferencial lo puede dar la lepra especialmente de la forma indiferenciada positiva o la nodular y multimicronodular cuando empiezan a virar hacia la curación. Opinamos que sin embargo, en la lepra es casi constante la hiperpigmentación melánica en las células del estrato germinal de la epidermis, cosa que no sucede en la leishmaniosis; además, en la lepra generalmente hay lesión de los filetes nerviosos, dentro de ellos o en su derredor, en tanto en la leishmaniosis esta lesión no se ve.

Asimismo, el tejido granulador en la lepra deja libre una pequeña banda del corion superficial inmediatamente por debajo del epitelio, en tanto en la leishmaniosis, la proliferación histiocitaria se inicia inmediatamente a contacto con el epitelio y ya hemos señalado que es precisamente a este nivel donde resultó menos difícil encontrar los parásitos (F. 13).

Menos problema de diagnóstico diferencial resulta la blastomicosis sudamericana y queiloideana, porque los hongos de estas afecciones son fáciles de identificar histológicamente.

La esporotricosis, que también es frecuente en nuestro medio, da un exudado rico en polinucleares, que no se presenta en la leishmaniosis sino en la úlcera misma, pero no en sus bordes. La histoplasmosis también ofrece dificultad diagnóstica que se despeja con coloraciones de Gram y P.A.S.

Queda todavía el problema bastante difícil de un chagoma de inoculación, o de diseminación; es más teórico que práctico en nuestro medio donde la enfermedad de Chagas es poco frecuente, más aun en las poblaciones de reciente formación como la del Valle de El General, pero conviene tenerlo presente.

En cuanto al número de parásitos presentes en los cortes histológicos, ca-

si siempre fue escaso. De nuestros 120 casos, en 85 la intensidad de parasitosis fue de + con leishmanias generalmente extracelulares; en 26 fue una infestación de grado mediano que señalamos con ++; en 8 casos la infestación fue intensa de +++, (F. 14), con parásitos intra y extracelulares y solamente en un caso apuntamos ++++ o infestación masiva que correspondió a una lesión de sólo 15 días de evolución en una mujer de 47 años, en el dedo medio de la mano izquierda.

Tampoco hay una relación estricta entre el número de parásitos y el tiempo de evolución clínica del proceso: de nuestros 8 casos con +++ hay 5 con evolución menor de 4 meses; uno con evolución de 1 año; otro de 5 años y uno de 6 años.

Un hecho digno de tomarse en cuenta en el estudio histológico de la leishmaniosis, es el referente a la forma que el parásito adopta o presenta en los cortes, con cualquier técnica que se los tiña. La imagen clásica de los libros es generalmente tomada de los frotis y corresponde a un parásito redondo u oval con núcleo algo periférico y cinetoplasto tangencial. En los cortes histológicos la imagen de las leishmanias puede variar tanto del esquema clásico que es conveniente tomar precauciones para no dar falsos negativos. La morfología del parásito resulta alterada por los fijadores y por la dirección en que el corte toma a la célula (F. 15). Las leishmanias resultan deformadas y a veces aparecen de forma cuadrangular, trapezoidal, o triangular; puede sin núcleo ni cinetoplasto; esto es poco frecuente pero sucede y se encuentran estas imágenes entre los grupos de parásitos con morfología indudable. El hecho práctico que permite hacer el diagnóstico es la presencia de cromatina inmediatamente a contacto con la membrana celular, a veces en forma de una tenue semiluna que aparentemente sólo engruesa a la membrana.

LESIONES HEPATICAS

Se estudiaron sólo en 120 de los casos, todos con leishmaniosis cutánea activa, confirmada parasitológicamente en frotis de la lesión y en biopsia cutánea. Ninguno dio sintomatología o signología clínica que hiciera pensar en lesión visceral concomitante. Sin embargo, practicando simultáneamente con la biopsia de piel, una biopsia de hígado con aguja de Vim Silverman se encontró que en 51 casos había una hepatitis multimicrofocal, lo que representa el 42% de los casos, hecho que no puede ser indiferente. Los focos de hepatitis están formados por pequeños acúmulos de histiocitos, células plasmáticas y linfocitos, situados preferentemente en los espacios de Kierman, e insinuándose a veces entre los lobulillos. La estructura lobulillar y ordenación trabecular estuvieron conservadas (F. 16). No hubo necrosis importante, excepto en un caso en que apareció una formación seudotubercular de unos 400 micrones de diámetro (F. 17).

En 14 de estos 51 casos con hepatitis, las coloraciones de Gallego nos permitieron identificar corpúsculos leishmaniformes entre los elementos del proceso inflamatorio, siempre en cantidad escasa. Este hallazgo representa que tales corpús-

culos existen en el 11.66% de los 120 casos estudiados, y referidos sólo a los 51 casos en que encontramos hepatitis, representa el 27.45%. Creemos que estos corpúsculos representan pequeñas diseminaciones hematógenas venidas desde el o los focos cutáneos de leishmaniosis. No son de ninguna manera el cuadro clásico de leishmaniosis visceral florida pero deben ser tomados en cuenta (F. 18-19).

Comprendemos asimismo que por tratarse de un hecho nuevo al menos en nuestro medio, resulta conveniente y necesario confirmar que se trata de leishmanias mediante cultivo de un trocito de hígado de estos pacientes. Fácil será darse cuenta también de que este método no resulta tan simple cuando se trabaja en un hospital rural; pero tampoco es imposible. Tratando de correlacionar la presencia de cuerpos leishmaniformes en hígado con la intensidad de la parasitosis cutánea, tenemos que en 3 de los casos había en piel ++; en 2 de los casos había en piel +++ y en 9 de los casos había en piel sólo +. La correlación con el tiempo de evolución del proceso permite decir en general que la posible diseminación hepática ocurre en épocas tempranas de la evolución de la leishmaniosis cutánea. Así los 14 casos con lesión hepática se distribuirían como se ve en el cuadro N° 5.

Días de evolución	Nº de casos
hasta 5	1
" 15	2
" 45	1
" 60	2
" 90	3
" 180	1
" 360	2
" 1080	1
" 4680	1

Cuadro N° 5: Tiempo de evolución de 14 casos de leishmaniosis cutánea, al encontrarse hepatitis focal con cuerpos leishmaniformes.

El caso de sólo 5 días de evolución corresponde a un niño de 2 años de edad; el caso de 13 años de evolución tiene lesiones cutáneas múltiples localizadas en la cara, tronco y extremidades; es por lo tanto un caso de múltiples recidivas en persona que se defiende muy mal del parásito y en la que han fracasado los diversos tratamientos (F. 9). Incluso en los 13 años de evolución de esta paciente ha habido períodos de laringitis crónica que hacen suponer una localización mucosa del proceso.

RESULTADOS TERAPEUTICOS

Hemos hecho el tratamiento de la leishmaniosis cutánea con dos drogas: antimonio trivalente y la pirimetamina y en un tercer método de tratamiento usamos las dos drogas juntas. Los resultados podemos sintetizarlos así:

Cuadro N° 6

Repodral 122 casos 70.52%	{	curados	74 casos	60.65%
		mejorados	44 "	36.06%
		sin cambio	4 "	3.27%
Pirimetamina 38 casos 21.96%	{	curados	25 casos	65.78%
		mejorados	12 "	31.57%
		sin cambio	1 "	2.63%
Repodral y Pirimetamina juntos 13 casos 7.51%	{	curados	4 casos	30.76%
		mejorados	9 "	69.23%
		sin cambio	0 "	0.00%

Cuadro N° 6. Resultados terapéuticos con Pirimetamina, Repodral y ambos

El repodral lo hemos usado en dosis de 1.5 cm. el primer día, luego 3 cc. y las demás inyecciones de 5 cc. cada vez, siempre inyectando día por medio, intramuscular. No hemos hecho períodos de descanso entre frascos, sino hemos hecho tratamiento contínuo hasta curar o hasta que el enfermo se va a la casa a seguir tratamiento domiciliario. La pirimetamina la usamos al principio en dosis de adultos de 3 pastillas al día, 2 pastillas al día o una y media pastilla al día y notamos que 2 pastillas al día es la dosis preferible ya que menos es insuficiente y más innecesario. Mandamos de primera vez 30 pastillas a dar 2 al día y el control al terminarlas para seguir recetando las necesarias hasta curación tampoco sin dar descanso entre cada vez que se manda tratamiento. En los 173 casos que hemos visto en general, 38 fueron tratados con pirimetamina y entre ellos sólo un caso nos presentó una alergia intensa en forma de dermatitis bastante rebelde a tratamiento, aun con corticosteroides. El estado general del enfermo no lo hemos visto cambiar a resultas de este tratamiento.

Hemos obtenido curación con el repodral en el 60.65% y curación o mejoría en un 96.71%, siendo las fallas del tratamiento sólo en un 3.27%, mientras con la pirimetamina las curaciones fueron en un 65.78% y las curaciones o mejoría en un 97.35% con fallas en sólo el 2.63%. Con los tratamientos combinados entre pirimetamina y repodral no hemos observado ventaja alguna y creemos que se usa sólo por no poder saberse cuál de las dos drogas es la que mejor le hace al enfermo o por simple ensayo clínico. Nosotros sugerimos hacer un tratamiento inicial con pirimetamina de unas tres semanas y entonces se observará si ha hecho bien o conviene cambiar por repodral.

Hemos observado que cuando la pirimetamina trabaja bien en el enfermo, la curación es mucho más rápida que con el antimonio trivalente y puede

calcularse a grosso modo que el tratamiento con pirimetamina dura 2 a 4 semanas y el de repodral de 1 a 3 meses, con variantes muy amplias.

Aconsejamos, después de nuestra amplia experiencia con los enfermos hacer curaciones locales en las úlceras con alcohol de 70 grados o Merthiolate y nunca aplicar pomadas localmente, pues hemos notado que retardan la curación además de que producen maceración local.

Insistimos también que no aconsejamos hacer descanso entre tratamientos con estas drogas pues nunca hemos visto causa para ello.

Se ven con relativa frecuencia personas que han sanado espontáneamente, sin tratamiento alguno o bien sin tratamiento específico.

CONSIDERACIONES EPIDEMIOLOGICAS:

La ciudad de San Isidro de El General en 1953, a la llegada de uno de nosotros no ofrecía casos autóctonos de "papalomoyo" y en contraste, hoy día tiene gran número de casos, unos provenientes de otras partes, pero otros sin la menor duda, originarios de la misma ciudad. Esto significa que San Isidro de El General está constituyéndose en un foco endémico de extraordinaria importancia, de leishmaniosis.

Lo que pasa en la ciudad de San Isidro de El General sucede posiblemente en otras regiones, de tal manera que este padecimiento avanza con gran intensidad en el país y va constituyéndose en un grave problema nacional.

Las condiciones climáticas de las áreas afectadas son de predominio caliente y húmedo, aunque se ven casos en lugares fríos y otros en lugares altos. Las regiones más afectadas están en alturas comprendidas entre 200 y 800 metros.

En nuestra opinión, la inmunidad a este padecimiento es pobre o no existe, pues vemos con mucha frecuencia reinfecciones en individuos con cicatrices típicas antiguas (foto 7).

Quedan en el aspecto estético, como secuela de este padecimiento, cicatrices muchas veces deformantes. (fotos 5—6—7—8).

El aspecto económico podemos verlo en números en la siguiente forma: los 173 casos de nuestros estudios significaron casi 4.500 días de estancia hospitalaria, con promedio de más de 25 días por enfermo, de tal manera que en cuanto al costo hospitalario calculado a ₡ 15.00 diarios por cápita significarían para el estado la pérdida de ₡ 67.500 sin contar que los enfermos han dejado de trabajar esos días.

S U M A R I O

Se estudian las características clínicas, anatomopatológicas y epidemiológicas en 173 casos de leishmaniosis cutánea, de la región sur pacífico de Costa Rica. Todos los pacientes tienen frotis de piel y biopsia de la lesión cutánea.

El 65.31 de los pacientes fueron mayores de 15 años.

Las lesiones estuvieron localizadas en las extremidades inferiores el 63% de los casos. La localización en mucosas y orejas fue muy poco frecuente.

Al hacer la primera consulta, más de la mitad de los pacientes habían estado con la enfermedad entre un mes y un año.

Las lesiones de tipo ulceroso constituyeron el 79.19% de los casos, en tanto las formas verrucosas puras sólo fueron el 8.09%. En el 50.87% de los casos las lesiones fueron múltiples.

El estudio histopatológico del hígado se hizo en 120 de estos pacientes mediante biopsias con aguja de Vim Silverman. En el 42% se encontró hepatitis múltimicrofocal. De los casos con esta hepatitis el 27.45% mostró corpúsculos leishmaniformes en los microgranulomas hepáticos, lo que representa el 11.66% de todos los casos con biopsia hepática. Para determinar si los corpúsculos leishmaniformes son realmente leishmanias se sugiere hacer cultivos de fragmentos de hígado obtenidos por biopsia en medios adecuados.

Se comparan los resultados terapéuticos obtenidos en la leishmaniosis cutánea con Repodral (antimonio) y Pirimetamina. El Repodral dio curación en el 60.65% de los casos y la Pirimetamina en el 65.78%.

La Pirimetamina cuando da buen resultado produce la curación en tiempo más breve, con la ventaja de poderse dar por vía oral y en tratamiento domiciliario.

El uso simultáneo de ambos medicamentos no demostró ventaja.

El número de casos de leishmaniosis cutánea aumenta considerablemente en el área geográfica estudiada y puede llegar a ser un problema nacional.

S U M M A R Y

Clinical and epidemiologic studies, smears and biopsies from the lesions and liver biopsies were done on 173 cases of cutaneous leishmaniasis from the southeastern region of Costa Rica.

Most patients were over 15 yr. old (65.31%) and lesions were predominantly located on the lower extremities (63%); ulcers on the ears and nose were not frequent. In more than half the cases duration of illness was from 1 month to 1 year. Most lesions were ulcerative (79.19%); verrucous lesions were seen in 8.09%. Multiple lesions were found in 50.87%.

In 43% of liver biopsies obtained with the Vim Silverman needle, focal hepatitis was found and leishmaniform bodies were seen in 27.45% of these cases (11.66% of the total). In order to prove that these bodies are or are not leishmanias, it is suggested that pieces of liver biopsies be cultured.

Cures were obtained in 60.65% of cases treated with Repodral and in 65.78% of those treated with Pirmethamine. This drug is effective more rapidly, is taken orally and can be administered at home. The use of both drugs at the same time had no advantage.

This disease is increasing markedly in this country and it is becoming a serious national problem.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

1. MONTPELLIER, J. y SEVENET, G.
Leishmanioses de la peau et des muqueuses.
II. *Leishmaniose américaine in Maladies infectieuses et parasitaires.*
Tomo II. Fasc. 8094-B pp. 1—3; 1945.
2. BUSS, cit in
Montpellier J. y Sevenet, G. (1)
3. HERTIG y HELLER, cit in
Craig, Ch. F. and Faust, E. C. Parasitología clínica.
Trad. castellana de la 4ª Ed. inglesa. Pp: 152—153.
U.T.E.H.A. México - 1951.

Foto 1: Leishmaniosis cutánea: Forma seca, no ulcerada que histológicamente corresponde a lesión verrucosa.

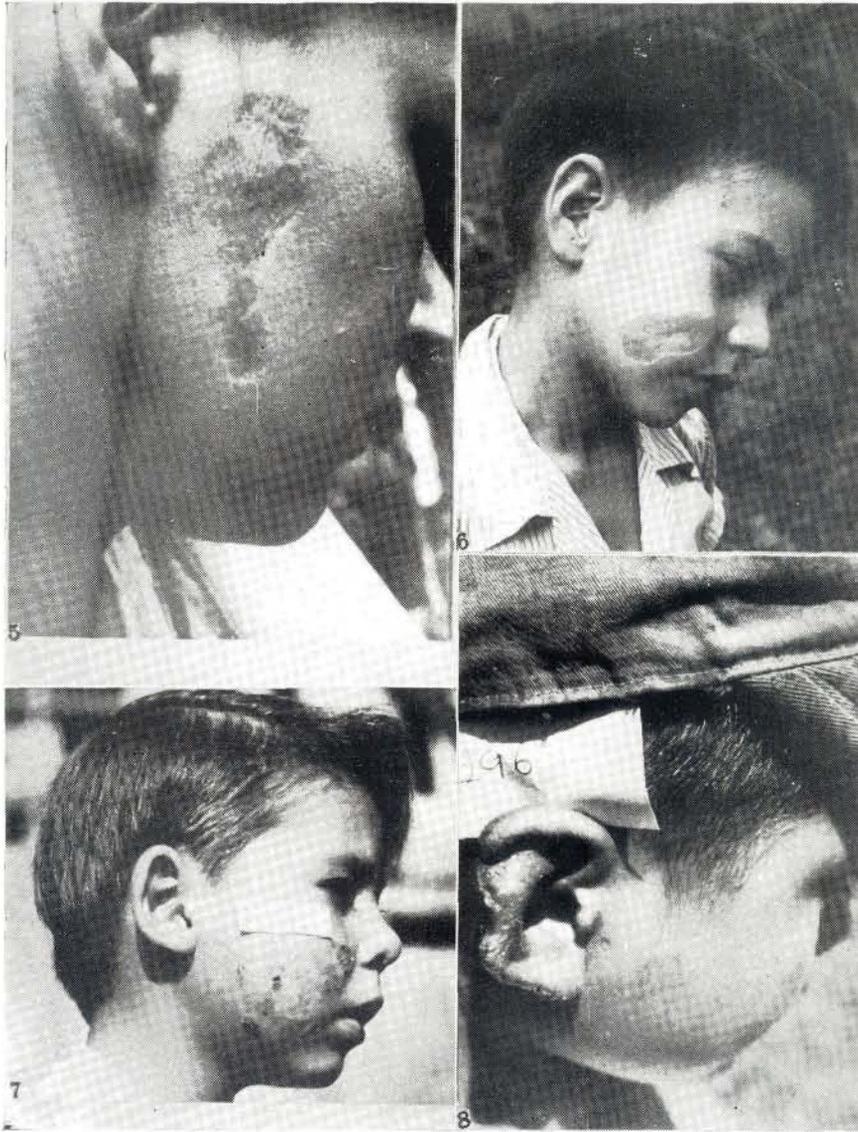
Foto 2: Leishmaniosis cutánea: úlcera limpia de fondo granulomatoso y reborde sobresaliente.

Foto 3: Leishmaniosis cutánea: úlcera húmeda del pie con lesiones costrosas alrededor.

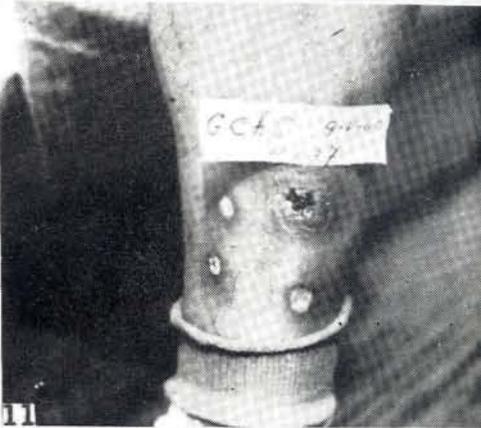
Foto 4: Leishmaniosis cutánea: úlcera húmeda muy exudativa en un dedo de la mano.



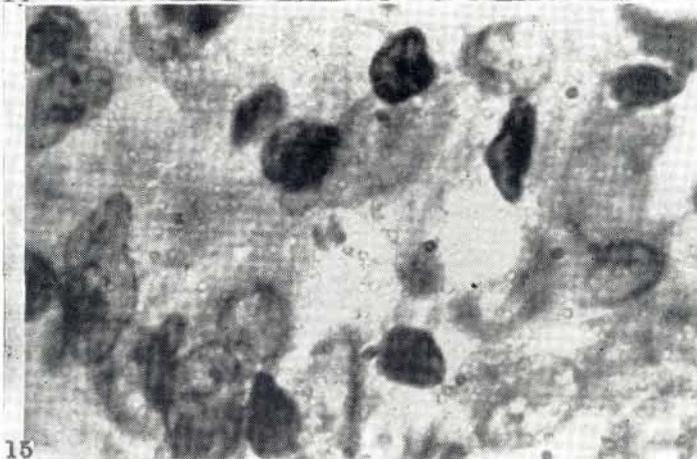
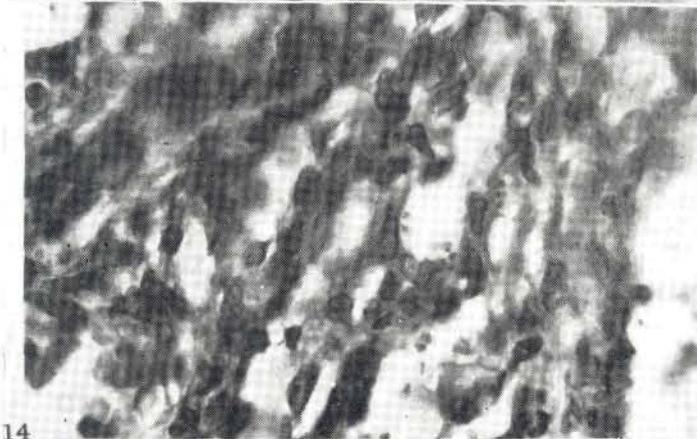
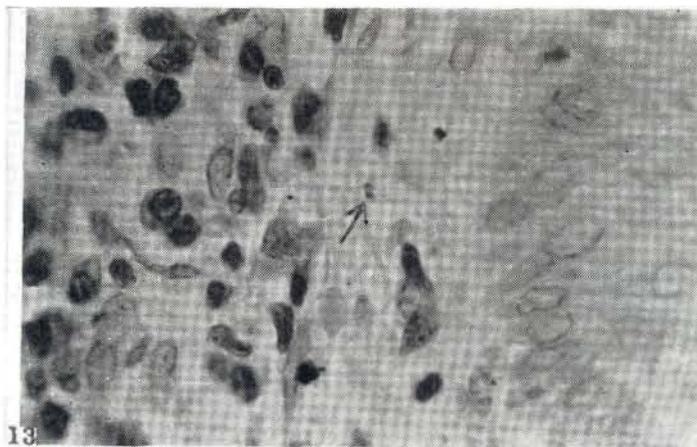
- Foto 5: Leishmaniosis cutánea: cicatriz retráctil de la cara.
- Foto 6: Leishmaniosis cutánea: cicatriz hiperpigmentada en la piel de la cara.
- Foto 7: Leishmaniosis cutánea: cicatriz facial sobre la que existen focos de recidiva o reinfección?
- Foto 8: Leishmaniosis cutánea: lesión del pabellón de la oreja con destrucción del cartílago.



- Foto 9: Leishmaniosis cutánea: lesiones múltiples en la cara y extremidades, rebeldes a toda terapéutica. (13 años de evolución).
- Foto 10: Leishmaniosis cutánea: lesiones múltiples en región glútea y muslo, algunas en cicatrización.
- Foto 11: Leishmaniosis cutánea: Cuatro lesiones de distinta edad en la pierna.
- Foto 12: Leishmaniosis cutánea: lesión principal y pequeñas diseminaciones de vecindad, ocurridas en el Hospital.



- Foto 13: Leishmaniosis cutánea: piel que muestra en el corion, cerca del epitelio el parásito (flecha). El exudado es rico en células plasmáticas e histiocitos.
- Foto 14: Leishmaniosis cutánea: el dermis muestra en los intersticios abundantes parásitos y discreto edema.
- Foto 15: Leishmaniosis cutánea: dermis con varios parásitos libres en los intersticios. Nótese la dificultad para apreciar el núcleo y el cinetoplasto en el mismo plano en los cortes histológicos.



- Foto 16: Leishmaniosis cutánea: Biopsia de hígado con aguja de Vim - Silverman: focos de hepatitis intersticial.
- Foto 17: Leishmaniosis cutánea: Biopsia hepática con aguja de Vim - Silverman: granuloma de aspecto tuberculoide
- Foto 18: Leishmaniosis cutánea: Biopsia de hígado con aguja de Vim - Silverman: en el espesor del granuloma hay escasos corpúsculos leishmaniformes (flecha).
- Foto 19: Leishmaniosis cutánea: Biopsia hepática con aguja de Vim - Silverman: corpúsculo leishmaniforme (flecha) en el espesor del proceso inflamatorio. En el tercio superior, células hepáticas bien conservadas.

