

 Libertad y Orden	República de Colombia Ministerio de la Protección Social Dirección General de Salud Pública	Instituto Nacional de Salud Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública	 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
 Sistema de Vigilancia en Salud Pública			
Boletín Epidemiológico Semanal			
Semana Epidemiológica No. 10		Marzo 07 al 13 de 2004	

MORTALIDAD POR LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR	1
Situación Epidemiológica	2
Fisiopatogenia	3
Epidemiología y Prevención	5
Referencias	5
¿QUE PASÓ ESTA SEMANA?	6
Mortalidad evitable	6
Malaria	6
Fiebre Amarilla	6
Meningitis	6
Leishmaniasis	6
Rabia	6
parálisis flácida aguda y Sarampión	6

MORTALIDAD POR LEISHMANIASIS VISCERAL EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR

Paciente femenino, de 2 años de edad quien el día 6 de Enero/2004 consulta a la ESE en El Carmen de Bolívar, por presentar cuadro clínico de 3 meses de evolución consistente en fiebre alta que mejora parcialmente con antipiréticos acompañado de pérdida del apetito y mal estado general. Valorado hace 7 días por médico del programa de Leishmaniasis quien hace diagnóstico de Síndrome febril compatible con fiebre tifoidea y síndrome anémico severo y solicita exámenes de laboratorio y medulograma. Los paraclínicos evidencian una Hemoglobina de 5.3gr, Hematocrito de 16%, Leucocitos de 6300, Neutrófilos de 36%, Linfocitos de 64%, Plaquetas 168000, grupo sanguíneo O+, Creatinina 0.63, GOT 33, GPT 22; Aspirado de médula ósea: Serie eritroide (disminuida con asincronismo madurativo en los eritroblastos con aumento en la kariorrexis de los mismos) Serie mieloide (moderado incremento de precursores eosinófilos) Serie megacariocítica (disminuida con escasa producción de plaquetas) , Presencia de formas parasitarias tipo amastigotes. La impresión diagnóstica es una

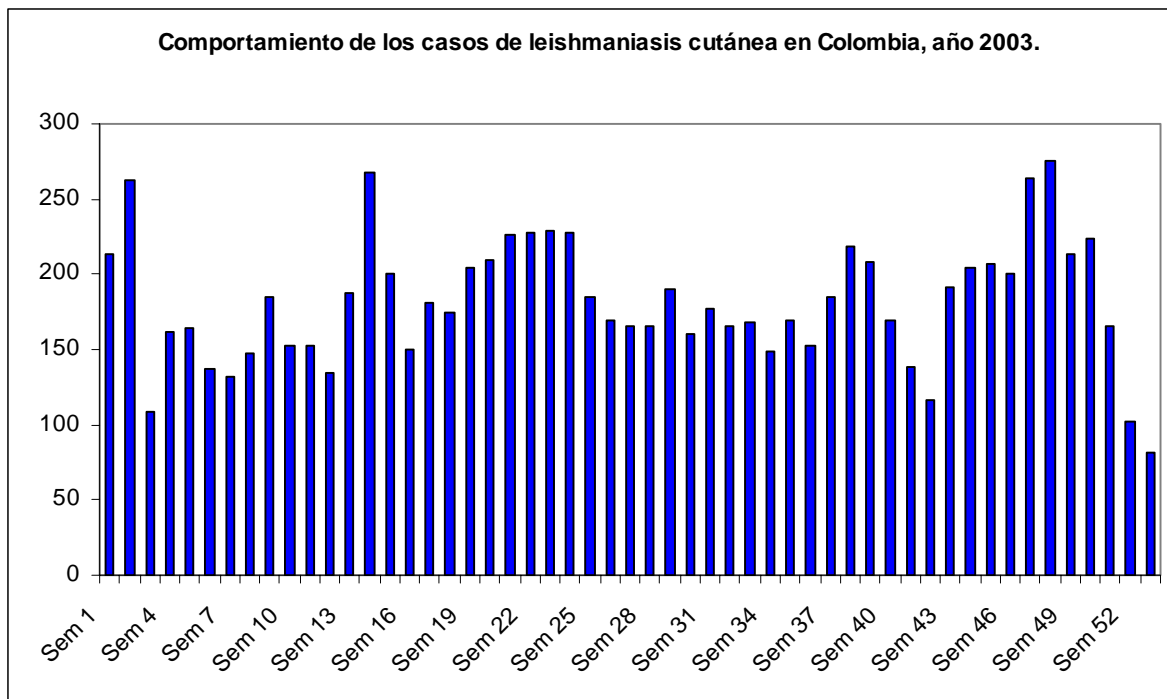
Leishmaniasis visceral con un síndrome anémico secundario. La paciente es remitida para manejo en un segundo nivel y se inicia tratamiento con glucantime. La paciente se da de alta con tratamiento ambulatorio.

La paciente consulta nuevamente el día 16 de Enero/2004 por la aparición en piel de lesiones cutáneas en espalda, glúteos y miembros inferiores, ulceradas, necróticas y fétidas; se le solicitaron paraclínicos entre los cuales se encontró una hemoglobina de 6 gr, decide transfundirse 2 unidades de sangre, pero el día 18 de enero decide remitirse la paciente por no contar en la institución con sangre para transfundir, por lo que es remitida a Cartagena el día 17 de enero.

Al ingreso el 18 de Enero/ 2004 se encuentra paciente con inestabilidad hemodinámica, taquicardia, taquipnea, alteración de la conciencia, palidez mucocutánea generalizada, ictericia, distensión abdominal, hepatomegalia +/- 8 cms por debajo del reborde costal derecho, esplenomegalia de +/- 10 cms, con lesiones en piel generalizadas esfaceladas, de fondo necrótico y edema grado III en miembros inferiores. Se le realizan paraclínicos que muestra anemia moderada – severa, tiempos de coagulación prolongados, trombocitopenia severa, hipokalemia, hipocalcemia e hipoproteïnemia, hiperbilirrubinemia a expensas de la directa, aumento de fosfatasa alcalina y transaminasas. Se toma radiografía de tórax que evidencia infiltrado bilateral con tendencia a la consolidación y una radiografía de abdomen que muestra hepatoesplenomegalia y asas intestinales distendidas. Se considera cuadro clínico de sepsis, de origen cutáneo (estafilococo – pseudomona) y leishmaniasis visceral. Se inicia tratamiento con ceftazidime y oxacilina, transfusión de glóbulos rojos, plaquetas, corrección hdroelectrolítica, glucantime, se ordena muestra para hemocultivo y toma muestra de lesiones en piel, y traslado a UCI. Los paraclínicos solicitados evidencian un shock séptico obteniendose crecimiento de pseudomona aeruginosa con insuficiencia hepática y desequilibrio hidroelectrolítico, por lo que se cambia antibioticoterapia a cefepime y amikacina. Por aparición de manifestaciones hemorrágicas y trombocitopenia persistente se realizan multiples transfusiones de plaquetas, plasma fresco congelado y glóbulos rojos. Paciente que persiste con deterioro clínico e inestabilidad hemodinámica, se coloca cateter central. Hay un consumo elevado de globulinas sistémicas, se considera aumentar dosis de glucantime, rotar antibióticos a imipenem-cilastatina y se administra gammaglobulina IV y albúmina exógena. El 24 de enero la paciente presenta dificultad respiratoria, disminución progresiva de la saturación de O2 con crépitos abundantes, signos de sobrecarga de volumen por posible falla cardíaca y edema pulmonar, con sangrado en cavidad oral por posible CID. La paciente entra en paro respiratorio y paro cardíaco posterior, se realizan maniobras de reanimación cardiopulmonar básicas y avanzadas, sin respuesta, declarándose muerte clínica.

Situación Epidemiológica

Hasta la semana epidemiológica 53 del año 2003, se notificaron 9.615 casos de Leishmaniasis en Colombia, de los cuales el 98% (9420) corresponden a casos de leishmaniasis cutánea, la leishmaniasis visceral representa el 1% (125) y el 1% (70) restante lo representa la leishmaniasis mucosa.(Grafica 1)



Municipios afectados con tasas de Leishmaniasis VISCERAL más altas		
BOYACA	CHITARAQUE	2.27 X 1000 HAB
CHOCO	SAN JOSE DEL PALMAR	1.72 X 1000 HAB
SUCRE	OVEJAS	1.25 X 1000 HAB
ANTIOQUIA	SABANALARGA	1.17 X 1000 HAB

En el municipio de Carmen de Bolívar del departamento de Bolívar, se notificaron 64 casos de Leishmaniasis cutánea, y 28 casos de Leishmaniasis visceral, de los cuales 3 fallecieron durante el 2003.

Fisiopatogenia

La infección por Leishmania tiene una distribución mundial: es encontrada en los cinco continentes; es una enfermedad endémica en las regiones tropicales y subtropicales en 88 países del mundo; se estima que hay 12 millones de casos distribuidos en el mundo; 1,5 a 2 millones de nuevos casos ocurren cada día. La forma cutánea es la más común (1 a 1,5 millones de casos por año), representando del 50 a 75% de todos los nuevos casos, y, 500.000 casos de leishmaniasis visceral ocurren cada año.

El desarrollo económico, incluyendo el aumento en la urbanización, deforestación, y el desarrollo de nuevas ciudades, migración de áreas rurales a urbanas, es responsable de la esparcimiento del vector como un reservorio importante de leishmania.(1)

La Leishmaniasis visceral es una infección diseminada a vísceras, producida por el complejo *L. Donovanii*, que incluye las especies *L. donovani*, *L. infantum* y *L. chagasi*. Es la forma más severa de la enfermedad del grupo de las leishmaniasis (cutánea y muco cutánea) y cuando no es tratada, es usualmente fatal. Aunque los casos confirmados de leishmaniasis visceral (LV) han sido reportados de 66 países, el 90% de las LV han ocurrido en la India y en Sudan. Las características clínicas de la LV dependen de la especie que la ocasione, ya que cada parásito tiene un patrón

epidemiológico diferente. *L. infantum* es responsable de LV en niños del Mediterráneo; *L. chagasi* causa LV en niños de América Latina, donde la linfadenopatía es la característica clínica dominante. (2)

Después de la picadura del vector, existe un período de incubación que varía entre 4 y 10 meses, pero puede haber períodos más cortos y más prolongados. En algunos casos la infección cursa en forma asintomática, lo cual es frecuente en algunas áreas. La enfermedad puede también curar espontáneamente. En pocos casos es aguda y en la mayoría tiene evolución crónica. Cuando ocurre la invasión visceral se inicia la fiebre, casi siempre progresiva y elevada, remitente o intermitente, que dura semanas y se alterna con períodos afebriles, también de semanas. El tipo de fiebre se asemeja bastante al de una infección por *P. falciparum*. Posteriormente la fiebre es persistente y ondulante.

El bazo crece gradualmente y sobrepasa el reborde costal, llegando en muchas ocasiones hasta la fosa ilíaca derecha. El hígado crece pero la hepatomegalia no es tan intensa. Existe linfadenopatía generalizada, especialmente de los ganglios mesentéricos, la piel esta hiperpigmentada.(2)

En los niños se sospecha fiebre cuando la piel esta hiperpigmentada y hay fiebre. Inicialmente los niños se encuentran en buenas condiciones y con buen apetito. Después de varios meses de enfermedad, con los períodos febriles y afebriles, el paciente llega a la emaciación, generalmente con edema de miembros inferiores; presenta anemia, leucopenia y trombocitopenia: hay hemorragias gingivales, epistaxis, púrpuras y petequias.(2)

La mayoría de los niños no tratados mueren pocos meses después de la enfermedad. Después de 1 a 2 años de padecer la enfermedad, la mayoría de los pacientes mueren por infecciones interrecurrentes o complicaciones, como hemorragias, disentería bacilar o amibiana. Paludismo, neumonía, nefritis, septicemia, degeneración del miocardio y cirrosis.

Es importante establecer un diagnóstico clínico diferencial con anemias hemolíticas, endocarditis bacteriana, cirrosis, linfomas, sarcoidosis, histoplasmosis sistémica, brucelosis, salmonelosis, septicemia, tripanosomiasis, esquistosomiasis con compromiso hepático, sífilis visceral con compromiso hepático y es necesario diferenciarlo de las formas crónicas de malaria.

El ejercicio clínico para el diagnóstico de Leishmaniasis debe hacerse inicialmente con la sospecha de su posible diagnóstico toda vez que tengamos un paciente proveniente de zonas endémicas que nos hagan pensar en esta patología, siendo consecuentes con los antecedentes epidemiológicos que el mismo presente. A pesar de ser una de las formas menos comunes entre el grupo de las Leishmaniasis, su severidad y desenlace fatal por no ser diagnosticado y tratado oportunamente, hace de este un evento que debe tener prioridad entre el personal médico para responder a las necesidades de aquellos que acuden al centro de salud.

El diagnóstico puede ser complejo toda vez que los cuadros clínicos diferenciales mencionados previamente puedan semejarse en un alto porcentaje. Un ejemplo puede ser los casos de síndrome hemofagocítico (SH), que dificultan el diagnóstico de LV en

niños, evento raro que si no es sospechado puede dificultar su diagnóstico. El primer caso de LV revelado por un SH fue en un adulto de 22 años. En un estudio retrospectivo en Francia en una unidad pediátrica se identificaron 12 pacientes con SH con LV, de los cuales 6 fueron seropositivos para leishmania, con fluorescencia indirecta; los cultivos resultaron positivos para *leishmania infantum* en 2 casos. El tiempo promedio entre el intervalo entre la primera visita y el diagnóstico de LV fue de 49,5 días, con una mediana de 34 días. Muchos recibieron tratamiento ambulatorio para una infección bacteriana. El diagnóstico al momento del diagnóstico fue errado en 4 casos, todos en niños pequeños, y fue corregido únicamente a los 2, 2.5 y 4 meses. (3)

Epidemiología y Prevención

L. chagasi, especie que actualmente se clasifica como *L. infantum*, es la causante de la leishmaniasis visceral en América. Se ha encontrado en Venezuela, Brasil, México, Colombia, Bolivia, Argentina, Guatemala, El Salvador y Paraguay. Afecta más a los niños que a los adultos, principalmente en las zonas rurales localizadas a menos de 800 metros sobre el nivel del mar. El principal vector es *Lutzomyia longipalpis*, el cual habita en huecos de rocas y árboles; pica principalmente al atardecer y en las primeras horas de la noche. Los reservorios responsables del ciclo silvestre son los zorros y los del ciclo doméstico los perros, los cuales no siempre manifiestan la enfermedad. La mayoría de los pacientes que se registran son niños menores de 5 años. (2)

Medidas Preventivas

1. Detección sistemática de casos y tratamiento rápido.
2. Aplicación periódica de insecticidas de acción residual. El rociamiento debe abarcar el exterior y el interior de puertas y otras aberturas, si la transmisión se produce en las viviendas.
3. Eliminación de basureros y otros sitios que sirvan de criaderos de los flebótomos.
4. Evitar penetrar en zonas muy boscosas e infestadas de flebótomos, especialmente después del atardecer.

Control del paciente, de los contactos y del ambiente inmediato

1. Notificación a la autoridad local de salud.
2. Investigación de los contactos y de la fuente de infección: debe identificarse el ciclo de transmisión local e interrumpirlo de la manera más práctica posible.
3. Tratamiento específico con compuestos de antimonio pentavalentes, como estiblogluconato de sodio (Pentostam) y el antimoniato de meglumina (Glucantime). La anfotericina B (Fungizone) puede ser necesaria en la forma mucosa de América del Sur, cuando la enfermedad no mejora con antimónicos.

Referencias

1. Sundar S. *Laboratory Diagnosis of Visceral Leishmaniasis. Clinical and Diagnostic Laboratory Immunology*, Sept. 2002, P. 951-958. Vol 9, No5.
2. Botero D, Restrepo M., *Parasitosis Humanas, Tercera Edición Medellín, Colombia., 1998p. 246-251.*
3. Gagnaire M; Galambrun C; *Hemophagocytic Síndrome: A misleading Complication of Visceral Leishmaniasis in Children – A Series of 12 cases. PEDIATRICS Vol. 106 No 4*

October 2000

4. Chin James: *El Control de Las Enfermedades Transmisibles, Publicación Científica y Técnica No 581; Organización Panamericana de La Salud. Décimo Séptima Edición – ashington, DC, 2001*

¿QUE PASÓ ESTA SEMANA?

El porcentaje de cumplimiento para esta semana fue del 89.8 %. Los departamentos que tuvieron menos del 80% en la notificación corresponden a Guaviare, Cartagena y Atlántico.

Mortalidad evitable

Los siguientes son el número de casos reportados para mortalidad en las siguientes entidades: 4 MATERNA (2 de Bogotá, 1 Boyacá y 1 de Caldas), 3 por EDA (2 de Cartagena y 1 de Bolívar), 1 IRA (Risaralda) y 2 DENGUE (1 Cartagena y 1 de Cundinamarca).

Malaria

Se reportaron 649 casos de Malaria falciparum y 1357 de Malaria vivax.

Fiebre Amarilla

Se notificaron 3 de casos de fiebre amarilla, 2 provenientes de Santa Marta y 1 del Cesar.

Meningitis

Se reportó 1 caso de meningitis por Haemophilus en el departamento del Huila y 1 de meningitis tuberculosa en Amazonas.

Leishmaniasis

Se presentaron 3 casos de Leishmaniasis visceral 1 en Córdoba, 1 Bolívar y 1 en Tolima; hubo 1 de Leishmaniasis mucosa en el Huila.

Rabia

Un caso de rabia animal fue notificada en el Magdalena.

parálisis flácida aguda y Sarampión

No se notificaron casos de parálisis flácida aguda, y hubo 20 casos sospechosos de sarampión. Se informó acerca de la alerta por 7 casos de sarampión durante la semana epidemiológica 9 en México.

SIVIGILA. NOTIFICACION SEMANAL DE EVENTOS SUJETOS A VIGILANCIA.

Direcciones Territoriales de Salud que no notificaron a tiempo esta semana:

NORTE DE SANTANDER Y CHOCO

La notificación es obligatoria y debe realizarse a más tardar hasta las **6 p.m. del día miércoles de cada semana.**

Publicado en Web por la Organización Panamericana de la Salud – Representación en Colombia. Encontrará otros boletines en <http://www.col.ops-oms.org/sivigila>