

Leishmaniasis Tegumentaria Americana
en el Asentamiento Campesino de Zipayare.
Aspectos Epidemiológicos Clínicos e Inmunológicos.
Su Importancia en la Reforma Agraria.*

Dr. Adolfo R. Pons, M.D. y D.T.M. y H. Londres**

A fines de 1960, el Instituto Agrario Nacional solicitó la colaboración del Departamento de Medicina Tropical y Microbiología de la Facultad de Medicina de La Universidad del Zulia para el estudio de una enfermedad que estaba afectando a los campesinos del Asentamiento de Zipayare, cuya manifestación primordial era la aparición de ulceraciones de la piel.

Una comisión integrada por los profesores Adolfo Pons, Jorge Hónez Chacín, Humberto Méndez Romero y Gerardo Vargas se trasladó a dicho lugar, constatando que se trataba de un brote epidémico de Leishmaniasis tegumentaria americana. En 25 casos examinados pudo comprobarse la presencia de *Leishmania braziliensis* Vianna, 1911, en las lesiones.

Por primera vez en el Edo. Zulia pudimos observar cómo una enfermedad esencialmente endémica y de interés fundamentalmente clínico y académico, en circunstancias especiales puede transformarse en un problema sanitario de primer orden, al afectar en forma masiva a un grupo numeroso de personas, poniendo en peligro la labor del Instituto Agrario en su función

* Trabajo de incorporación como Miembro de Número de la Academia de Medicina del Zulia.

** Profesor Titular Jefe de Cátedra de Medicina Tropical en la Facultad de Medicina de La Universidad del Zulia.

social de distribución de tierras y asentamiento de campesinos, los cuales estuvieron a punto de abandonarlo por una enfermedad como la Leishmaniasis que aun cuando no constituye una amenaza para su vida, el aspecto antiestético de las lesiones y las molestias que producen son factores de depresión psíquica.

Como medida urgente para controlar los efectos de la epidemia se estableció en el campo un Dispensario donde un practicante, debidamente entrenado, trataba todos los casos utilizando el específico antimonial "Glucantime" por vía intramuscular. Los resultados clínicos fueron excelentes y la comunidad recobró la tranquilidad y la confianza en su destino.

Además se recomendó la construcción de viviendas higiénicas en un lugar distante de la selva para residencia de las familias de los campesinos asentados, disminuyendo así el riesgo de infección principalmente para los niños y otras personas cuya presencia en los sitios de trabajo no era indispensable. Hoy en día existe un pequeño pueblo de aproximadamente cien casas, ubicado en una meseta a 170 m. sobre el nivel del mar en la sabana conocida con el nombre de Paloma Alta, al cual se denomina Zipayare.

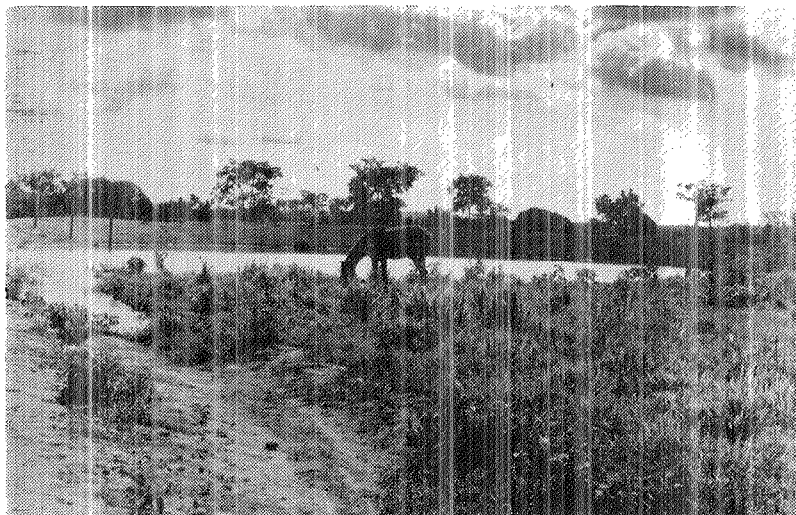
La gran mayoría de los miembros de las familias asentadas procedían de poblaciones de los Edos. Falcón y Lara donde no existe la Leishmaniasis, por lo cual carecían de inmunidad contra esta enfermedad; además, su alojamiento en galpones ubicados en plena selva y el intenso talado de los bosques para la explotación agropecuaria fueron factores importantes que dieron carácter epidémico a la Leishmaniasis en este Asentamiento. Se confirma así, una vez más, el concepto de que esta enfermedad, producida entre nosotros por la *Leishmania braziliensis*, es de naturaleza selvática, que cursa como una zoonosis entre los mamíferos, principalmente roedores, los cuales sirven de fuente de infección a los *Phlebotomus* que a su vez pueden transmitirla al hombre y a los animales cuando están expuestos a sus picadas. Hertig, Fiarchild y Johnson.^{8 9 10} Forattini.⁶ Laison, Strangways-Dixon.²² Nery-Guimaraes y Azevedo.²³ Nery-Guimaraes y Da Costa.²⁹



Poblado "Zipayare", construido por el Instituto Agrario Nacional.



Un gatpón-vivienda en plena selva.



Jagüey para abastecimiento de agua.

Por esta razón, la Leishmaniasis tegumentaria en Venezuela, al igual que en otros países de nuestro continente, es una enfermedad esencialmente rural, de poblaciones situadas en la selva o sus cercanías y que afecta principalmente a los campesinos en general y en particular a aquellos que en forma permanente o accidental trabajan o penetran en la selva: conuqueros, obreros de hacienda, madereros, mineros, cazadores, excursionistas, naturalistas, etc.

ZIPAYARE

Es una extensa región situada en el Municipio Valmore Rodríguez del Distrito Bolívar del Edo. Zulia al norte de la carretera Lara-Zulia entre los paralelos 10° y 10° 20' al norte del Ecuador y meridiano 71, vale decir en pleno trópico. Escasamente poblada, se aprecian casas y ranchos dispersos por la sabana y el Asentamiento, además del poblado fundado por el Instituto Agrario y algunos fundos.

Desde el punto de vista geográfico comprende dos zonas, una formada por la sabana y la otra selvática. Ambas tienen un piso pedregoso-arenoso de profundidad variable, algunas veces muy quebrado y sustentado por una capa arcillo-arenosa poco permeable, lo que permite la construcción de jagüeyes para conservar el agua durante el verano y explica la formación de manantiales y depósitos de agua durante la época lluviosa.



Tierra de aluvión.

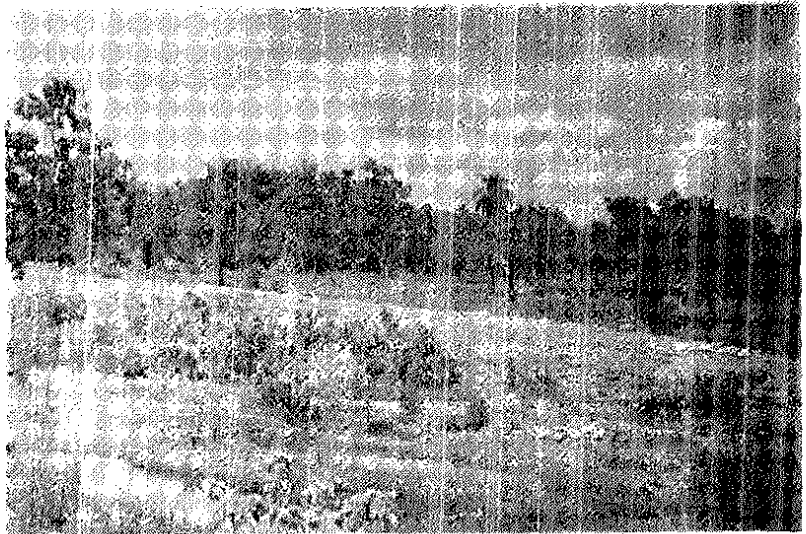


Pedregosa arenosa.

La sabana es del tipo tropófilo, de la clasificación propuesta por Tamayo.³⁶ Se aprecian diferentes categorías de acuerdo con su edad y la acción erosiva de las talas, quemas y corrientes de agua durante el invierno: a) inarboradas cubiertas por gramíneas, algunas leguminosas y pequeños arbustos, b) arboradas con árboles y palmeros, principalmente chaparros (atao) y cocozo y c) con "matas" o islotes de árboles. Se observan extensiones de sabanas que hasta fecha reciente fueron bosques destruidos por el fuego. Las variaciones fenológicas de la flora por influencia de las lluvias en estas sabanas son muy marcadas, afectando principalmente a las gramíneas y leguminosas y aún persisten en ellas las condiciones ecológicas necesarias para el mantenimiento de la infección leishmánica.



Sabana inarborada.



Sabana arborada.

La selva, del tipo tropical macrotérmica, se extiende desde la sabana hasta la serranía Lara-Zulia en terreno quebrado y de pobre capa vegetal, cubriendo un valle por el cual corren los ríos Machango y La Pedregosa así como algunos caños. Existen vegas apropiadas para la agricultura, pero la mayoría de las tierras de Zipayare son sólo útiles para el cultivo de pastos y desarrollo de la ganadería.

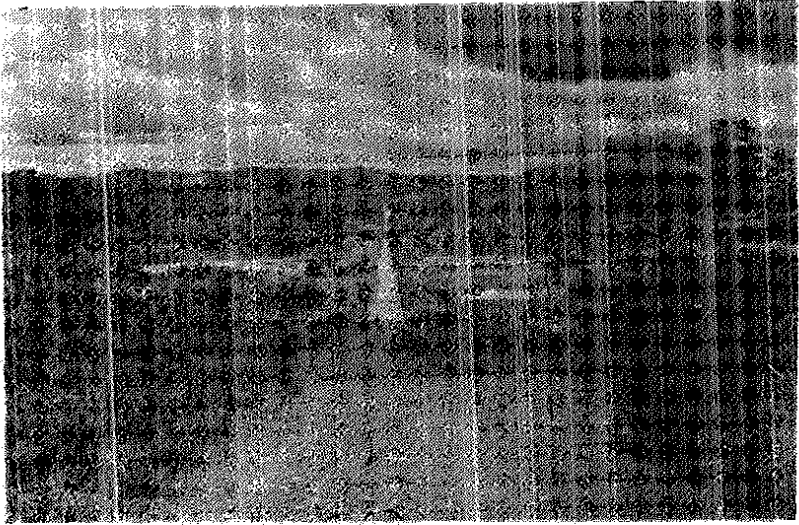
AMBIENTES SELVATICOS Y DEFORESTACION



AMBIENTES SELVATICOS Y DEFORESTACION



AMBIENTES SELVATICOS Y DEFORESTACION

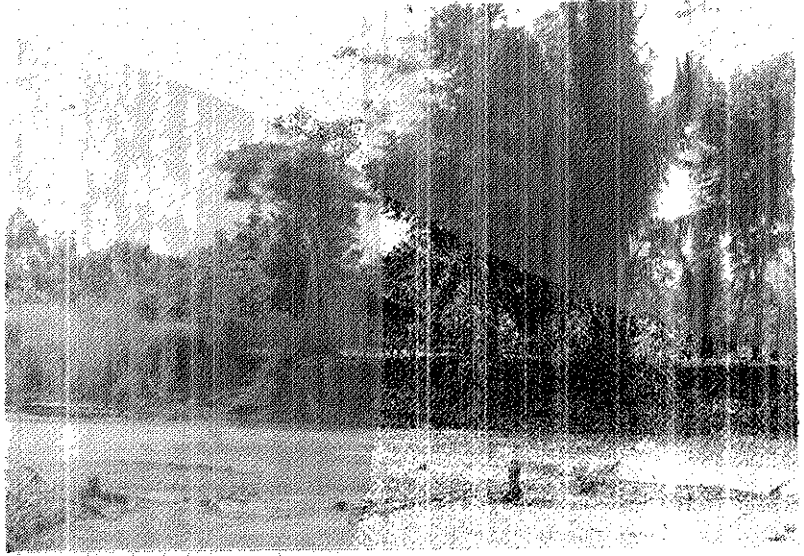


Río la Pedregosa

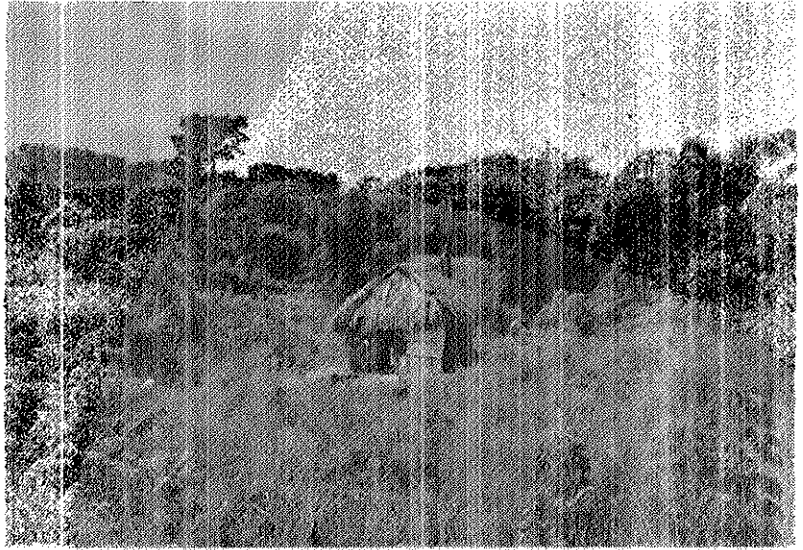
AMBIENTES SELVATICOS Y DEFORESTACION



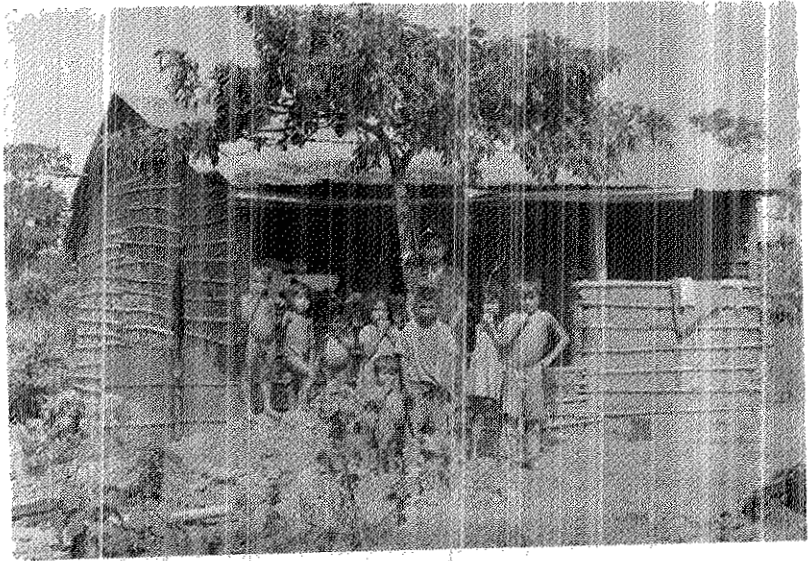
AMBIENTES SELVATICOS Y DEFORESTACION



Vivienda en la rbera del Rio Machango.



Un rancho típico campesino.



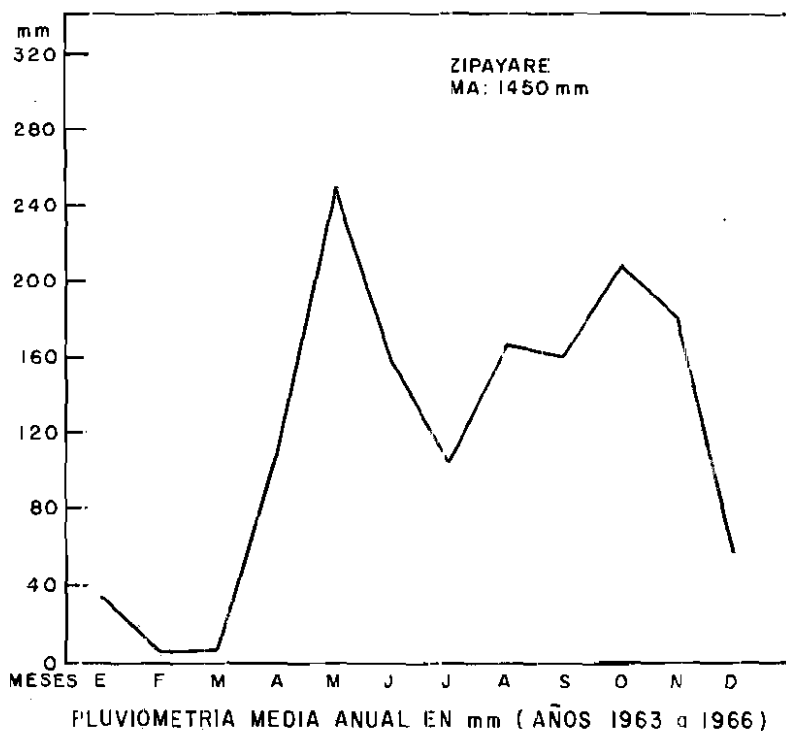
Una familia campesina con numerosa prole.



Dyrodus Sp., "Pito", considerado transmisor de la Leishmaniasis por algunos campesinos.

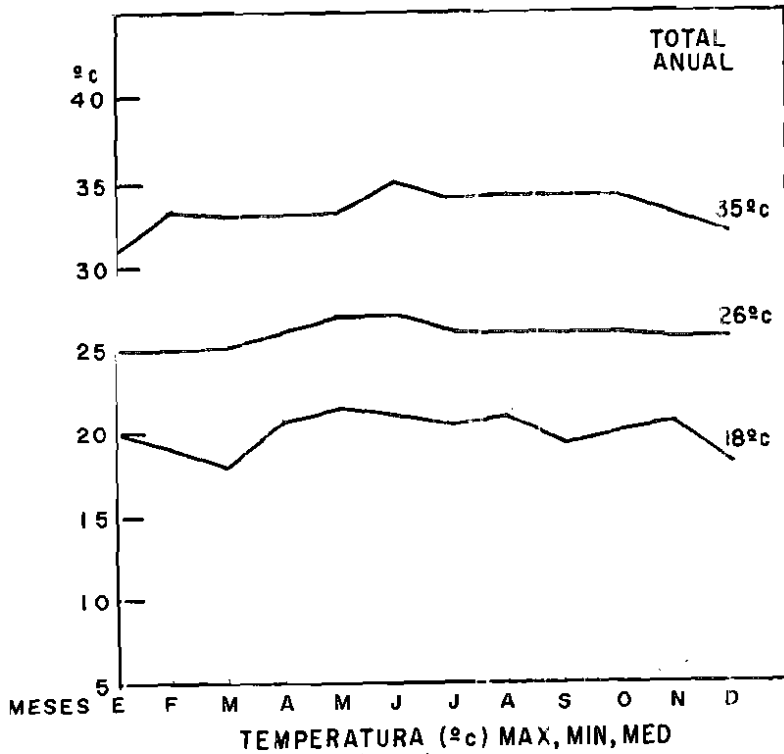
El Asentamiento comprende un área aproximada de 10.000 hectáreas divididos en 488 parcelas de 20 hectáreas cada una, agrupadas en seis sectores con buenas vías de penetración. Sus límites son: al norte el cerro La Aguja, al sur la carretera Lara-Zulia, a este Cerro Ancho, de la Cordillera Lara-Zulia (ramal andino) y al oeste la carretera de Zipayare. (Véase mapa). Para 1963 habían sido asentados 386 parceleros que se dedican a la explotación agropacuaría y la población era de 2000 habitantes.

CLIMA. La presencia en la zona de la Estación Meteorológica "El Venado" del Instituto Nacional de Obros Sanitarias, nos ha permitido conocer por años las condiciones de clima predominantes.



LLUVIA. Pluviometría media anual, 1450 mms. Abundante, del tipo tropical y con ligeras variaciones anuales, corresponde a la observada en regiones próximas a las cordilleras. La estación seca en Zipayare es corta y generalmente se inicia a fines de diciembre y termina en marzo. Los meses de mayor precipitación son: mayo, septiembre y octubre.

REGION DE ZIPAYARE ESTACION "EL VENADO"

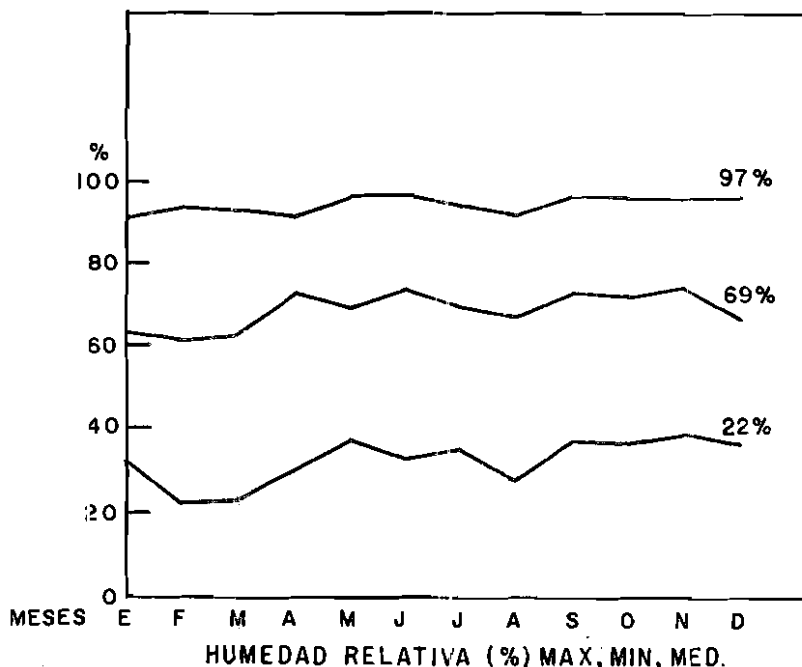


Leishmaniasis tegumentaria en el Edo. Zulia.

En el mismo año de 1917, en que Iturbe y González¹⁷ comprobaron la existencia de esta enfermedad en Venezuela, Tejera³⁷ observa varios casos en el Dto. Perijá del Estado Zulia. Pasaron orce años para que el Dr. Juan B. Jiménez¹⁸ publicara tres nuevos casos procedentes de los Distritos: Urdaneto, Colón y Barañ. En 1930 un caso del Dto. Miranda fue publicado por Iriarte.¹⁶ La casuística de la Leishmaniasis tegumentaria en el Edo. Zulia hasta mitad de siglo es muy pequeña.

A partir de 1952 el Dr. Hómez Charán en importantes trabajos,^{12 13 14} se ocupa a fondo del problema en sus aspectos: clínico, distribución geográfica, epidemiología y tratamiento con

REGION DE ZIPAYARE ESTACION "EL VENADO"



el Glucantime, contribuyendo al mejor conocimiento de esta enfermedad en la región y despertando interés por ella en los médicos rurales, internistas y dermatólogos.

En los últimos diez años, gracias al tremendo crecimiento demográfico en el medio rural, a la mayor explotación del campo y al desarrollo por el Instituto Agrario Nacional de numerosas Asentamientos campesinos, la Leishmaniasis tegumentaria es de ocurrencia frecuente y se ha transformado en un verdadero problema sanitario. Centenares de nuevos casos aparecen anualmente en todo el territorio nacional.

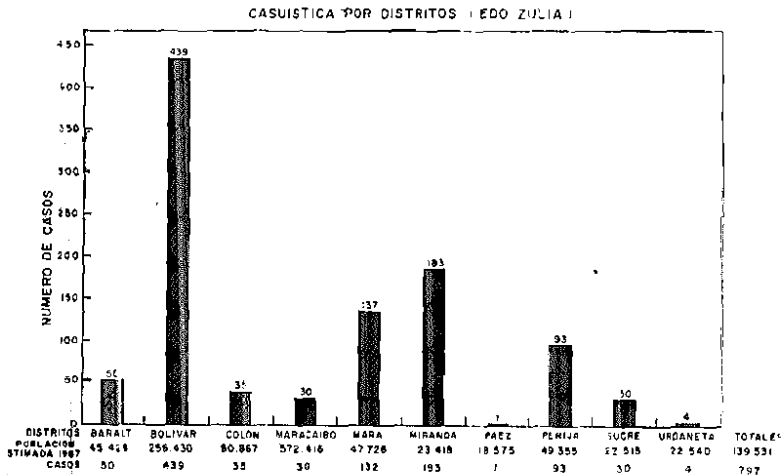
Distribución Geográfica.

De una manera general, las zonas donde la Leishmaniasis tegumentaria es endémica en el Edo. Zulia, tienen características comunes que pueden resumirse así tierras de aluvión, a veces

pedregozas, selváticas o próximas a ellas que comprenden sabanas valles o serranías que rara vez sobrepasan los 1000 metros de altura, donde los factores básicos: fuentes de alimentación animal y vegetal, agua y abrigo y los factores físicos: lluvia, luz, temperatura, humedad relativa del aire, evaporación y velocidad del viento, en el ambiente general (Macroclima) o localizado (Microclima), permiten el desarrollo y mantenimiento de nidos ecológicos importantes de mamíferos y Phlebotomus transmisores que mantienen la infección leishmánica. Se establece así un sistema ecológico de endemidad, al cual vendría o sumarse el hombre.

Tales condiciones existen preferentemente en las regiones que siguen el curso de las serranías que limitan la hoya hidrográfica del Lago de Maracaibo: Andina, Lara-Zulia y Falcón en el este, Perijá y Montes de Oca en el oeste. (Véase mapa).

Basándonos en las Casuísticas del Servicio de Dermatología Sanitaria (1960-junio 1967), del Dr. Hómez Chacín¹⁴, del Departamento de Medicina Tropical y Microbiología de la Facultad de Medicina de L.U.Z. y la nuestra, así como datos obtenidos en frecuentes viajes a las zonas endémicas, hemos elaborado el siguiente Gráfico que refleja con bastante exactitud la frecuencia y grado de endemidad de la Leishmaniasis en cada uno de los diez distritos en que está dividido geo-políticamente el Edo. Zulia.



Como puede verse en este gráfico, los Dttos. más afectados son: Bolívar, Miranda y Mara, siguiéndoles en importancia Perijá y Baralt.

Desde el punto de vista epidemiológico hemos clasificada las regiones con Leishmaniasis en el Edo. Zulia en: hiperendémicas, de endemicidad acentuada, de endemicidad moderada y de poca endemicidad o libres de la enfermedad. (Véase mapa).

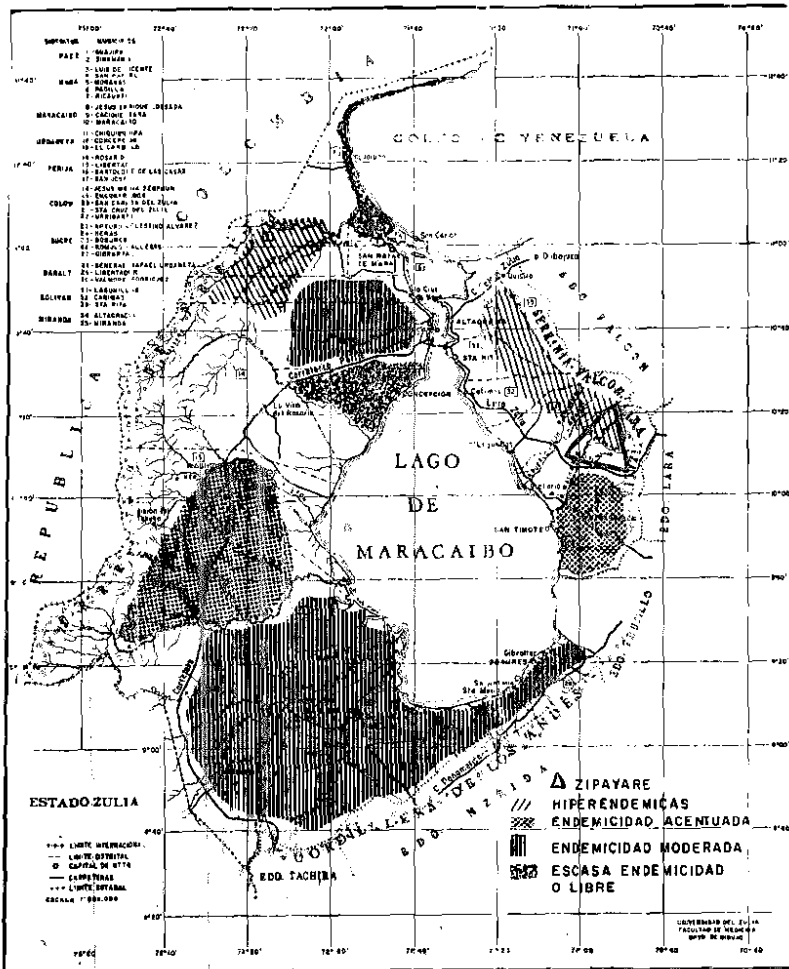
Hiperendémicas: a) la región que sigue el curso de la Serranía Falcón-Lara-Zulia en los Dttos. Miranda y Bolívar, principalmente en las poblaciones de Palenque, los Empalados, el Cerro Socopa, el Pensao, Sabana Libre, Pica-Pica y Zipayare; b) la región del Dtto. Mara, cerca de los límites con Colombia, en las poblaciones de los ríos Guasare, Socuy, Limón y Cachirí, en Sierra Azul y Montes de Oca.

De endemicidad acentuada. Dttos. Perijá y Baralt. Perijá es un Dtto. pecuario donde la Leishmaniasis se observa en todos sus municipios. Últimamente, con la pacificación de los Motilones, se han abierto a la explotación agropecuaria grandes extensiones de selvas, observándose nuevos focos de Leishmaniasis en Río Negro y los que forman el sistema fluvial del Río Santa Ana: Aricuaizó, Lora y Río de Oro. Es de observar, que en los indios Pariríes que viven en la Serranía de Perijá en los valles de los ríos Yasa y Tucuco, deforestados por la acción del fuego y para el cultivo del maíz, la Leishmaniasis es rara, lo contrario de lo que se observa en los Indios Motilones que no cultivan el maíz y viven en serranías cubiertas por selvas vírgenes, lo que confirma una vez más el carácter selvático de esta enfermedad. Baralt hasta hace algunos años formaba parte del Dtto. Sucre; en algunas de sus poblaciones como el Venado, Machango, Río Misoa y Concesión Siete ocurren casos con frecuencia. Se observan en este Dtto. grandes extensiones de sobanas y zonas deforestadas para la explotación petrolera, como Bachaquero y Mene Grande. Hacia el este está limitado por la serranía de Lara.

De endemicidad moderada. Dttos. Maracaibo, Sucre y Colón. En Maracaibo, Dtto. Capital, la Leishmaniasis se observa en los Municipios Cacique Mara y Jesús Enrique Lossada donde aún existen regiones boscosas. La baja endemicidad en Sucre y Co-

ón al sur del Lago, se explicaría por su gran desarrollo agropecuario que ha traído como consecuencia la deforestación de grandes extensiones de su territorio desde el siglo pasado y la consiguiente eliminación de los nidos ecológicos de reservorios de la enfermedad.

De escasa endemicidad o libres de la enfermedad. Dttos. Urdaneta y Páez (La Goagiral), donde la mayoría de su población vive en terrenos xerófilas, impropios para el desarrollo y mantenimiento de la endemia leishmánica.



Mapa del Estado Zulia.

ASPECTOS CLINICOS. La enfermedad se caracteriza primaria y fundamentalmente por la formación de una úlcera de la piel en el sitio de la picada infectante de los *Phlebotomus* transmisores. Algunos autores denominan esta manifestación inicial de la enfermedad "Primoinfección Leishmánica", para distinguirla de las lesiones de la mucosa nasa-buco-faríngea que aparecen secundariamente.

La raza, edad, sexo y condición física no influyen en la susceptibilidad del hombre para la primoinfección leishmánica.

Úlcera leishmánica o "Picada de Pito" de nuestros campesinos. *

Después de un período de incubación que rara vez sobrepasa las seis semanas, según hemos podido comprobar en casos de infección accidental en personas que visitan las zonas endémicas, aparece en el sitio de la picada una pequeña pápula dolorosa, a veces pruriginosa, que luego se transforma en una vesícula formada por la piel necrosada, que contiene un líquido viscoso muy rico en Leishmanias; luego la piel se esclerota y es eliminada quedando una pequeña ulceración que rápidamente se extiende en superficie y excéntricamente. Esta ulceración de forma redondeada, presenta un fondo limpio formado por tejido granulomatoso a veces mamelonante, en cuyo caso tiene aspecto frambuesiforme, sangra con facilidad, es poco dolorosa y sin fetidez; su tamaño rara vez excede los ocho centímetros, sus bordes son netos, levantados, infiltrados y rodeados de un halo hipercrómico. Algunas veces está recubierta por costras negruzcas difíciles de desprender; cuando se infecta secundariamente, lo que es frecuente en las localizadas en miembros inferiores,

* El nombre de "picada de pito" con que nuestros campesinos designan a la úlcera leishmánica, se debe a la creencia errónea de que esta enfermedad es transmitida por la picada de un Hemíptero de la familia *Dysodidae*, género *Dysodius* Sp. al cual llaman "pito", que abunda en nuestros bosques y que por su aspecto llamativo lo recuerdan y relacionan con la enfermedad. Estos hemípteros viven en la corteza de los árboles donde se reproducen activamente y no son HEMATOFAGOS. Hoy en día los campesinos tienen conciencia de que el trasmisor de la Leishmaniasis es el *Phlebotomus*, al cual denominan "Aita Blanca".

se observa un fondo de aspecto saneoso y exudativo. Los vasos linfáticos y ganglios pueden estar inflamados y engrosados.

Puede ser única o múltiple. En este último caso hemos observado que una de ellas se desarrolla más que las otras, que presentan cierta tendencia a la involución.

El estado general del paciente no es afectado.

Su localización es variable y depende de las partes descubiertas accesibles a la picada de los Phlebotomus. En esto influye considerablemente el vestir, que varía de acuerdo con la edad, sexo y época del año. En la mujer, que se viste con batas que llegan hasta la rodilla, predominan las lesiones en las piernas, brazos y cara. En los hombres se observan localizaciones en distintas partes del cuerpo según pueda verse en el cuadro N° 1, dependiendo de la época del año; durante los meses fríos de verano, los campesinos usan pantalón y saca en el trabajo y las lesiones se observan en orejas y cara; durante la época de calor, en el trabajo, se arremangan los pantalones por encima de las rodillas y se quitan el saco o camisa, localizándose las úlceras preferentemente en piernas, brazos y tórax. La localización en la oreja en nuestra casuística es exclusiva del varón, lo que se debe a que la mujer campesina luce una cabellera larga que le cubre esos órganos y los protege de las picadas de los Phlebotomus.

La evolución de la úlcera leishmánica entre nosotros es tórpida, con tendencia a la cronicidad, en cuyo caso puede durar años; otras veces cura espontáneamente, aunque no con la frecuencia descrita por varios autores para el Botón de Oriente producido por la *L. trópica* Wrigth, 1903.

La cicatriz dejada por la úlcera leishmánica es muy característica y por sí sola permite el diagnóstico retrospectivo de esta enfermedad. De carácter indeleble, aspecto nacarado y consistencia apergamínada, sus bordes pueden ser redondeados o irregulares. En las razas de color se aprecia frecuentemente un moteado discrómico. La cicatrización se realiza de la periferia al centro de la úlcera.

Pueden observarse deformaciones cuando las lesiones se localizan en la cara. En las úlceras del pabellón de la oreja,

el cartílago puede ser atacado por el parásito, trayendo como consecuencia su destrucción parcial o total.

Leishmaniasis Naso-Buco-Faríngea.

Manifestación secundaria de la leishmaniasis tegumentaria americana, aparece generalmente entre los cuatro y quince años después de la lesión cutánea, aún activa o cicatrizada. En las úlceras localizadas en la cara, en niños de meses de edad y en las formas diseminadas anérgicas su aparición es precoz o coincidente. Creemos que la invasión de la mucosa por el parásito desde la úlcera se realiza por vía sanguínea.

El ataque a las mucosas se inicia en la nariz, a nivel del tabique, bajo la forma de una ulceración uni o bilateral de bordes edematosos e infiltrados, poco dolorosa, sin fetidez, generalmente cubierta por costras y acompañada de coriza muco-sanguinolenta y sensación de tупición. La piel de la nariz se presenta generalmente engrosada, infiltrada y rubicunda, con la apariencia del Rinofima de los alcohólicos. De evolución crónica, la lesión se extiende por la mucosa y el parásito termina por atacar el cartílago del tabique provocando su perforación y posteriormente su destrucción. Cuando esta ocurre se pierde el perfil de la nariz, la cual o se incurva tomando el aspecto conocido como "nariz en pico de loro" o se achata por caída del lábulo nasal y abombamiento de sus alas, tomando la forma clínica de "nariz de camello". En ambos casos hay deformación de los orificios nasales.

El tejido óseo es respetado, por lo cual no se observa deformación en esa parte de la nariz. Algunas veces la infección invade el labio superior, el cual aumenta de tamaño por el edema, se ulcera y deforma dando al paciente un aspecto horripilante.

Rara vez la ulceración se extiende a las alas de la nariz.

En los casos avanzados pueden apreciarse trastornos de la sensibilidad y el olfato. A veces se complica de miasis.

Las lesiones de la nariz son persistentes, progresivas y resistentes al tratamiento; se extienden por contigüidad a la bóveda palatina, velo del paladar, faringe y laringe dando

lugar a variados aspectos clínicos donde predominan la infiltración, el edema y ulceración de la mucosa.

Cuando la bóveda palatina es afectada, presenta un aspecto granuloso, eritematoso y agrietado; algunas veces la infiltración y el edema se acentúan a nivel de las suturas óseas, que aparecen hundidas, dando lugar a la forma clínico conocida con el nombre de "Cruz palatina".

El velo del paladar es corrientemente atacado por la infección, la úvula puede estar engrosada por el edema, ulcerada o amputada parcial o totalmente; los pilares, inflamados, se muestran rígidos y los posteriores pueden soldarse a la faringe, que a su vez se oprecia enferma. Como consecuencia pueden existir trastornos en la deglución.

El ataque a la laringe se realiza sobre todo en la mucosa que recubre la epiglotis y las cuerdas vocales; el edema, ulceración, rigidez y parálisis de estas últimas provoca disfonía y disnea. La tráquea puede estar afectada.

La mucosa lingual es rara vez atacada y cuando ocurre, las lesiones se localizan en su base, cerca del repliegue glosopiglótico.

En Zipayare, sólo hemos tenido la oportunidad de ver estas manifestaciones secundarias mucosas en ocho casas, 4.9% de un total de 183 pacientes estudiados. Esta baja incidencia se debe indudablemente a lo reciente de la infección leishmánica en este Asentamiento campesino.

Histopatología. La leishmaniasis cutánea, se inicia como un proceso inflamatorio agudo exudativo caracterizado por la formación de un granuloma constituido por linfocitos, plasmocitos e histiocitos. En lesiones recientes, ulceradas o no, predomina la infiltración de histiocitos, en los cuales proliferan abundantemente las leishmanias que pueden apreciarse en su interior agrupadas o formando una guirnalda en la periferia; hasta tal punto que Martínez, Báez y Alemán, (1960), la describen como un "histiocitoma". Con frecuencia la estructura de estas células se pierde, quedando reducidas a vacuolas rodeadas por la membrana y llenas de parásitos. Pueden observarse células gigantes y focos de necrosis central en el granuloma.

A medida que la úlcera evoluciona los histiocitos disminuyen en número y en las formas crónicas y antiguas desaparecen, siendo sustituidos por células plasmáticas y linfocitos. Paralelamente las leishmanias se hacen cada vez más escasas, lo que dificulta el diagnóstico parasitológico.

La acantosis es la regla, formando bandas que se proyectan en la dermis. Laison R. y Strangwais-Dixon J.²¹, han observado células epidérmicas pigmentadas, con leishmanias en su interior, cuya naturaleza no pudieron precisar, aunque según estos mismos autores, Acler las considera como histiocitos que han fagocitado pigmento y emigrado desde la dermis.

En úlceras crónicas pueden observarse nódulos tuberculoideos. Durante el proceso de cicatrización o involución de las lesiones se ven abundantes fibroblastos.

La piel siempre está engrosada.

En las lesiones mucosas el cuadro histológico es esencialmente el mismo, observándose la formación de nódulos de histiocitos; las estructuras tuberculoideas son escasas. Los parásitos se comportan igual que en las lesiones de la piel mostrándose más escasos a medida que el proceso envejece.

LOCALIZACIONES DE LAS ULCERAS Y SU FRECUENCIA EN 183 CASOS, DE AMBOS SEXOS, ESTUDIADOS.

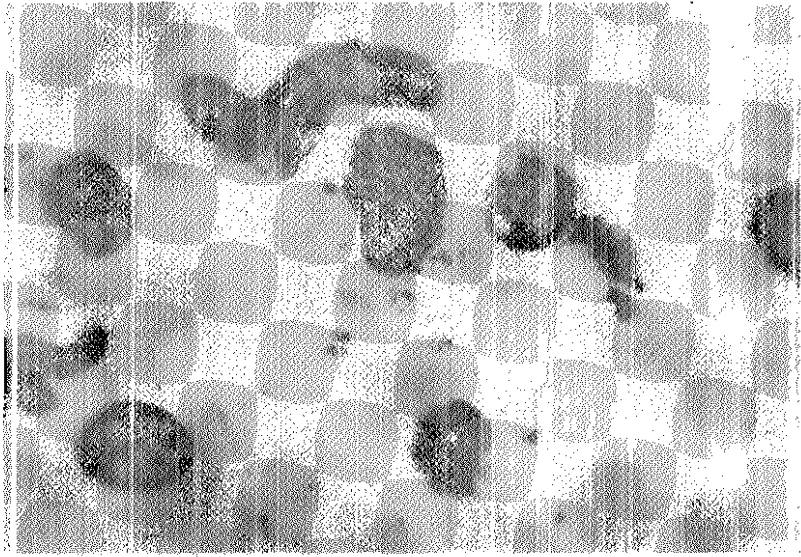
CUADRO Nº 1

Localizaciones	Total Casos	%	Varones	%	Hembras	%
CARA	18	9.8	11	61.1	7	38.9
CREJA	22	12.0	22	100	0	—
CJELLO	3	1.6	3	100	0	—
HOMBRO	14	7.7	12	85.7	2	14.3
BRAZO	20	10.9	13	90	2	10.0
CODO	3	1.6	3	100	0	—
ANTEBRAZO	6	3.3	6	100	0	—
TRAX (cora-ant.)	5	2.7	5	100	0	—
ESPALDA	14	7.7	13	92.9	1	7.1

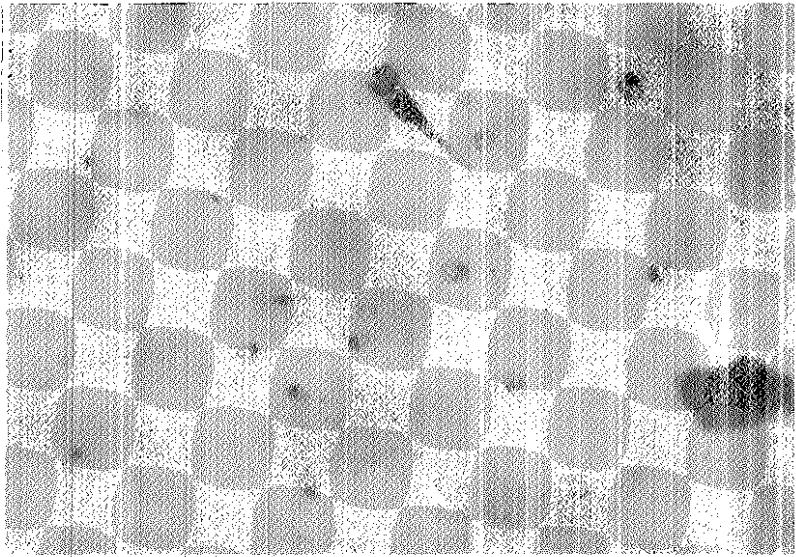
Localizaciones	Total		Var.	%	Hem.	%
	Casos	%				
ABDOMEN	3	1.6	3	100	0	—
REGION LUMBAR	1	0.5	1	100	0	—
REGIONES GLUTEAS	3	1.6	2	66.7	1	33.3
MUSLO	2	1.1	1	50	1	50.0
RODILLA	6	3.3	4	66.7	2	33.3
PIERNA	55	30.1	30	54.5	25	45.5
PIE	7	3.8	6	85.7	1	14.3
LEISHMANIASIS						
DISEMINADA	1	0.5	1	100	0	—
TOTALES	183	—	141	—	42	
LESION SECUNDARIA						
MUCOSA	8	4.9	7	85.7	1	14.3
LOCALIZACIONES						
MULTIPLES	19					



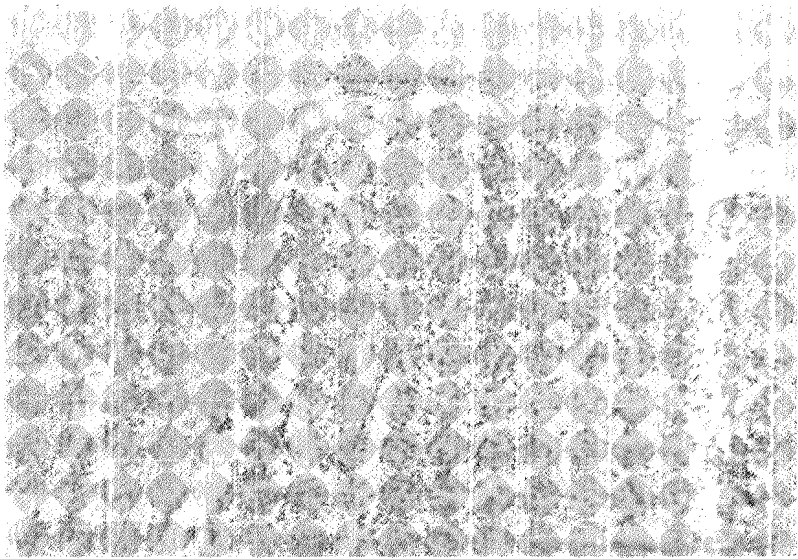
Par es expuestas a las picaduras de los *Phlebotomus*, diferentes por el vestido en el varón y la hembra.



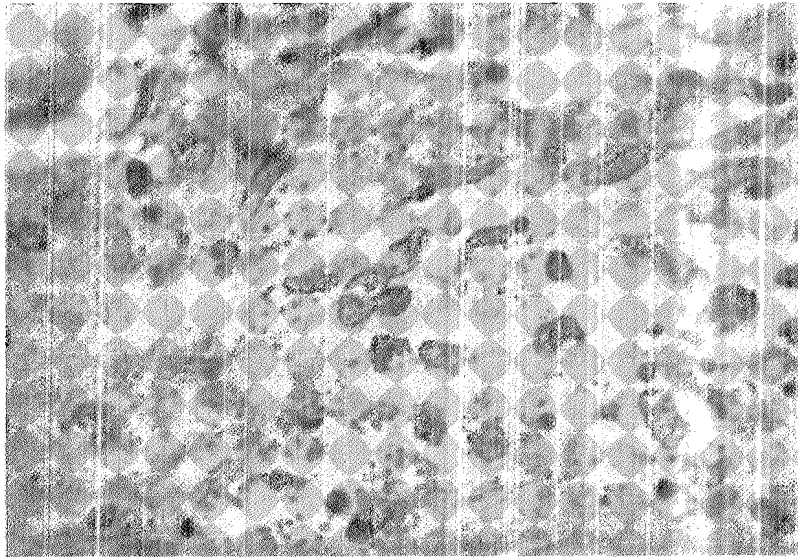
Leishmania braziliensis. Vianna, 1911, en frotis de úlcera.



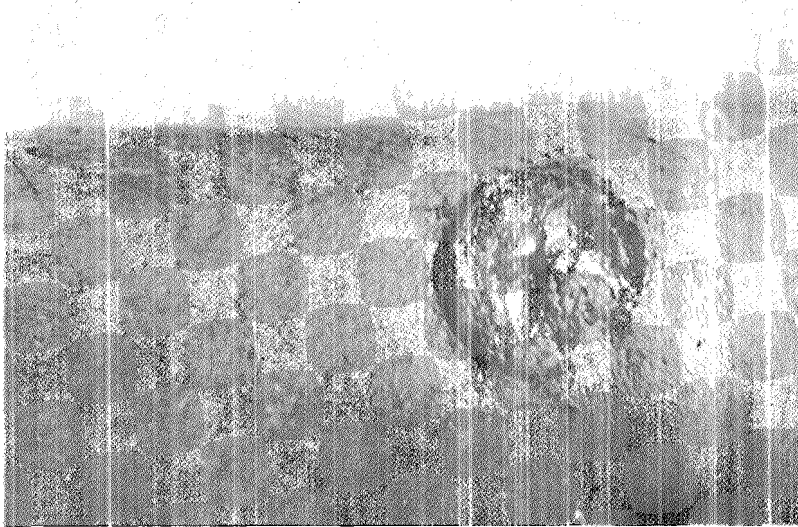
Leishmania braziliensis. Vianna, 1911.



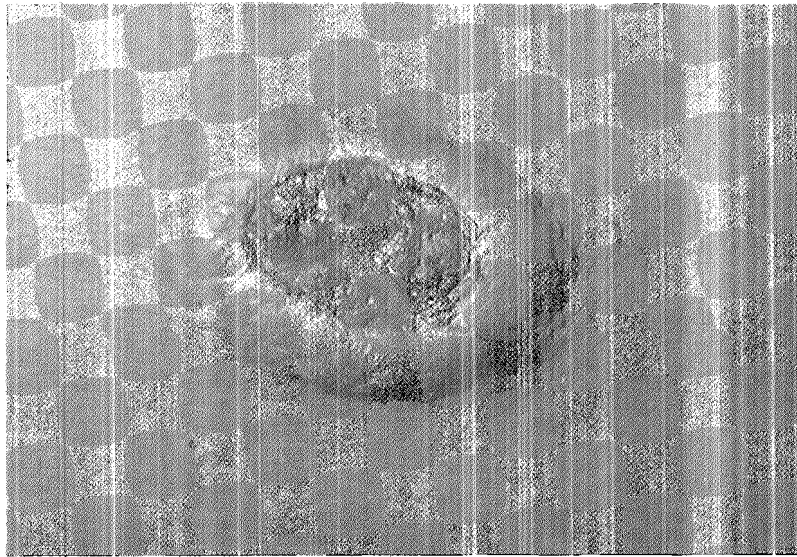
Histopatología úlcera leishmánica.— Apréciase proceso inflamatorio agudo exudativo y granuloma leishmánico.



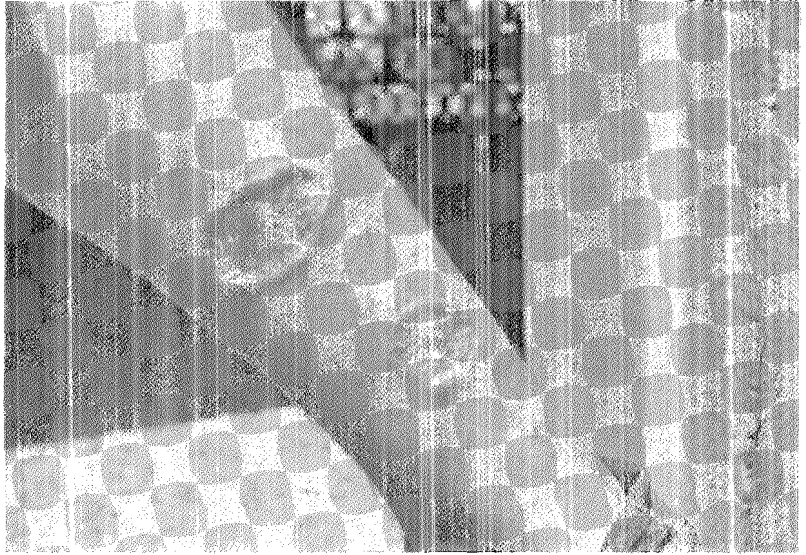
Histopatología úlcera leishmánica.— Apréciase abundantes histiocitos llenos de leishmanias.



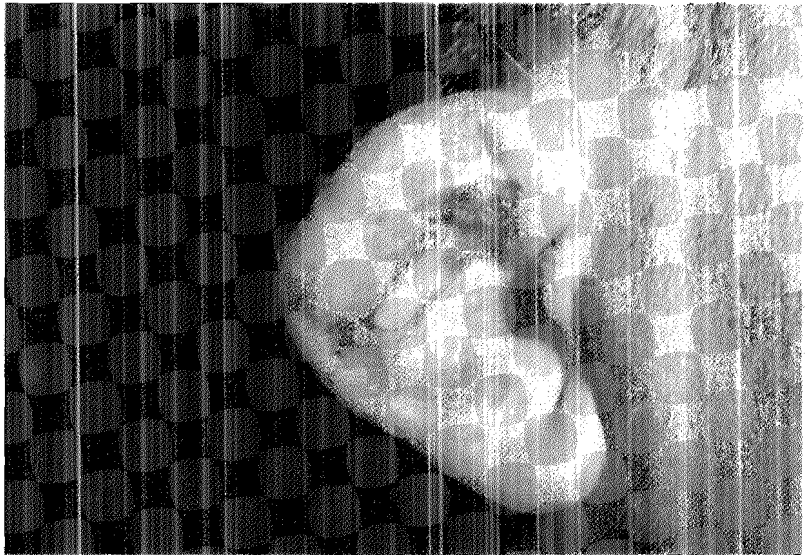
Úlcera leishmánica en humano. de aspecto clásico.



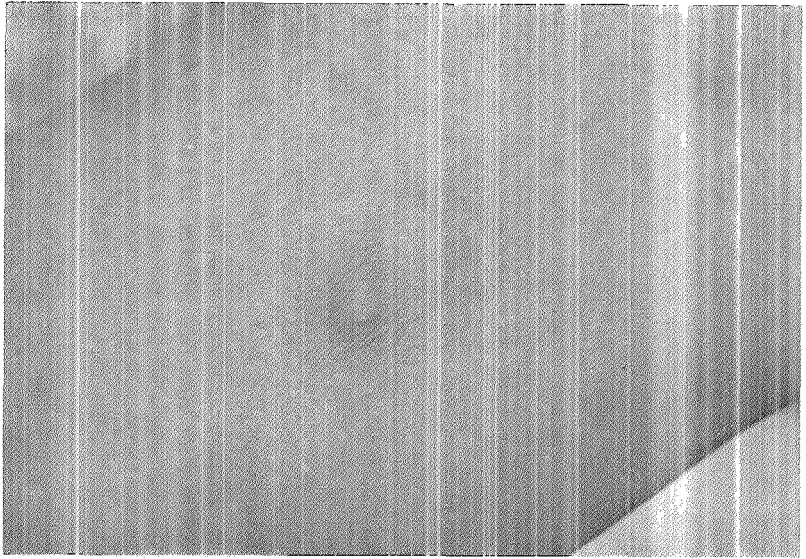
Lesión frambuesiforme.



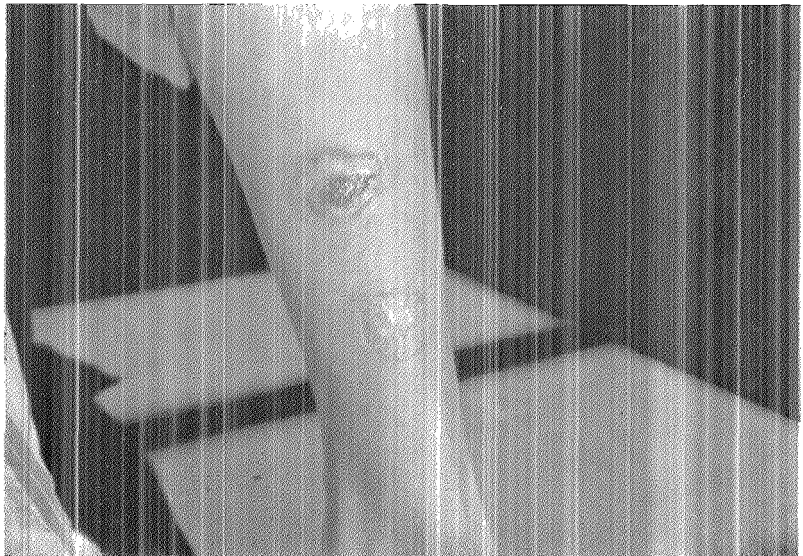
Úlceras leishmónicas múltiples de aspecto clínico típico.



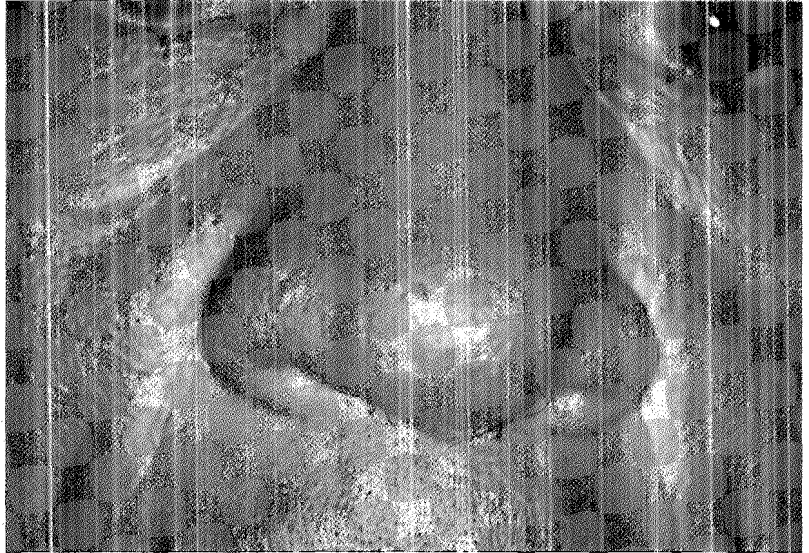
Úlcera de aspecto costroso en oreja.



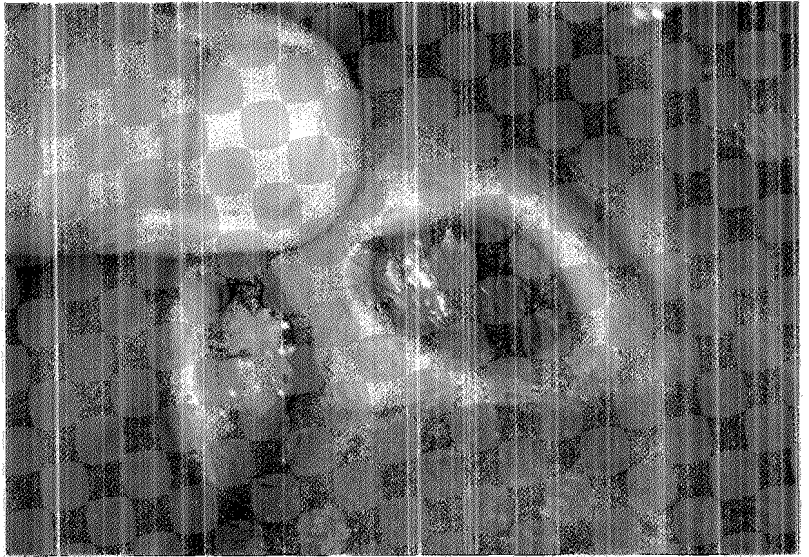
Intradérmorreacción con "Leishmanina" de Mayer y Pifano. POSITIVA.



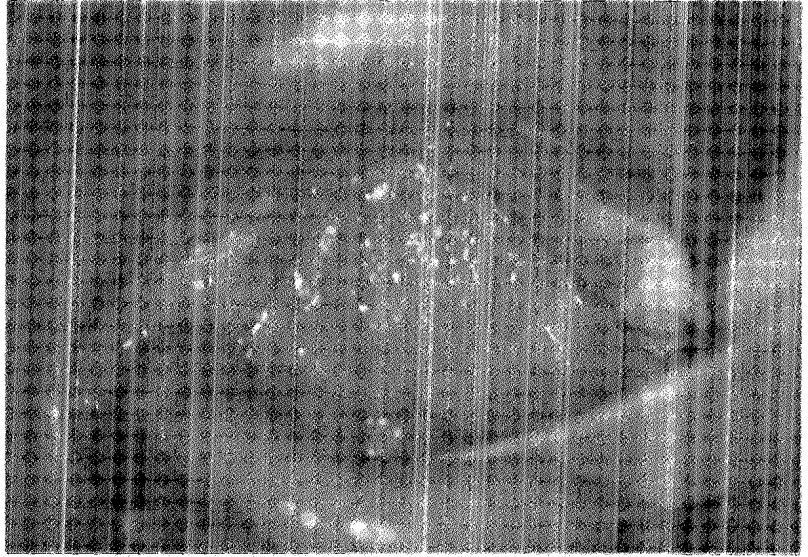
Cicatrización de la periferia al centro de una úlcera leishmánica.



Aspecto clínico semejante al Rinofima de los alcohólicos, frecuente en la Leishmaniasis nasal.



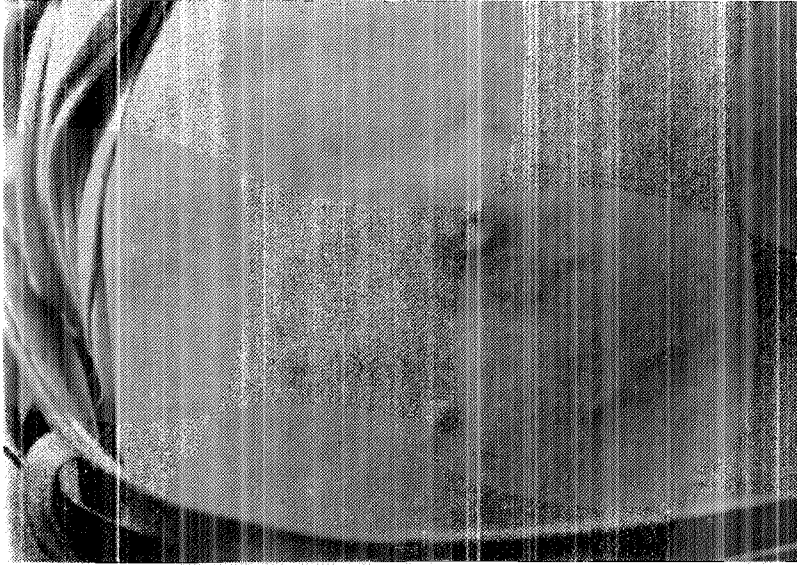
Lesión inicial ulcerosa de la mucosa del tabique de la nariz.



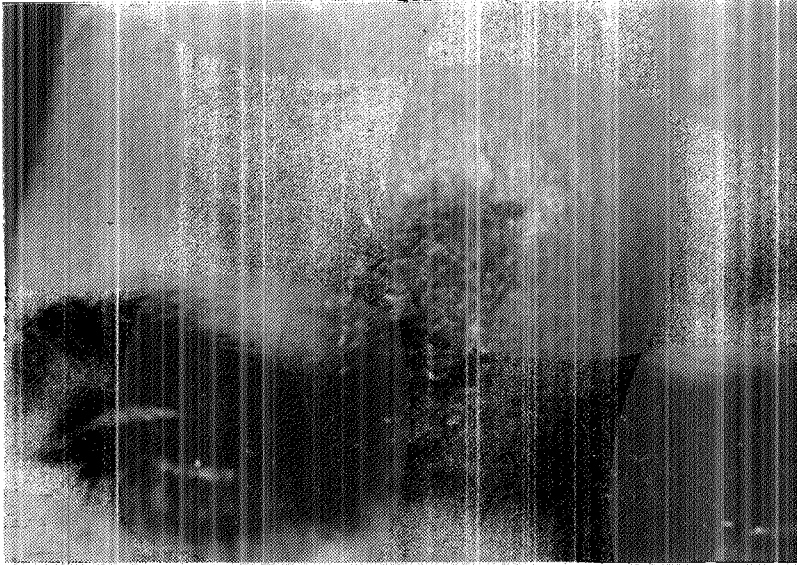
Aspecto granuloso y edematoso de la mucosa de la bóveda palatina por infección leishmánica.



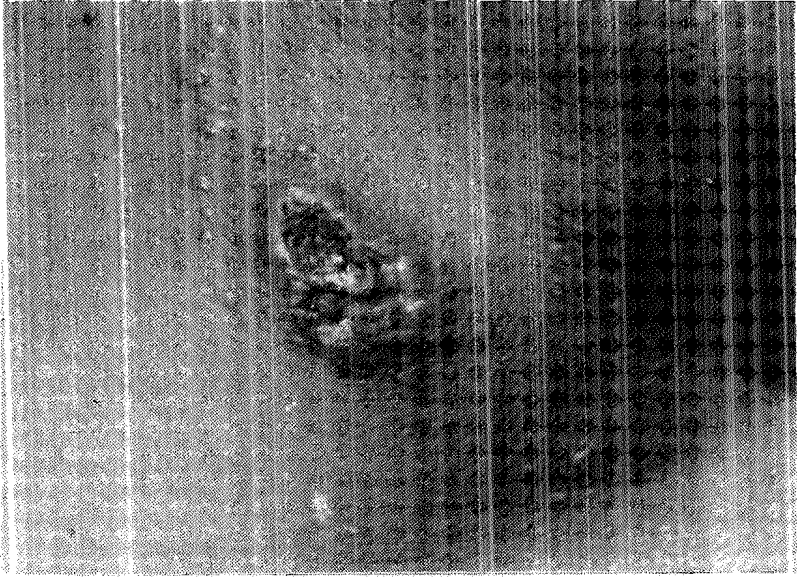
Leishmaniasis naso-bucal.



Leishmaniasis: lesión inicial.



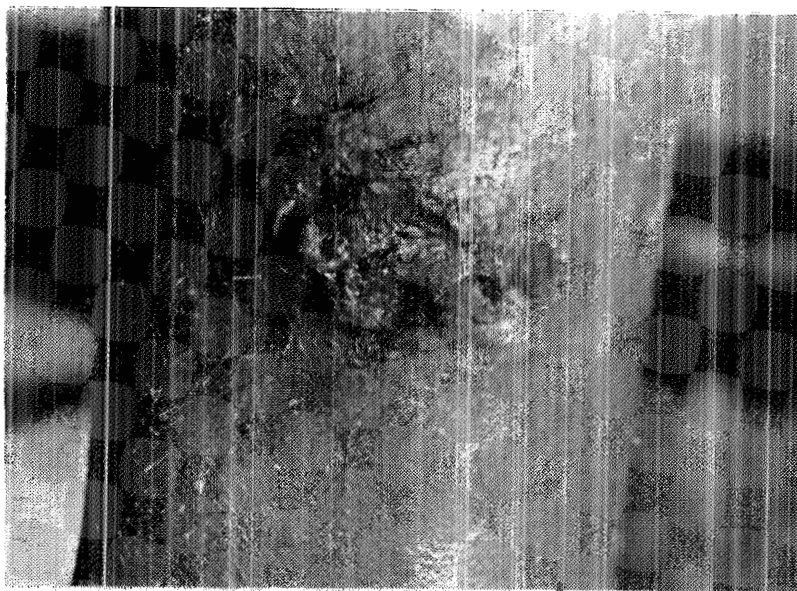
Leishmaniasis: aspecto costroso.



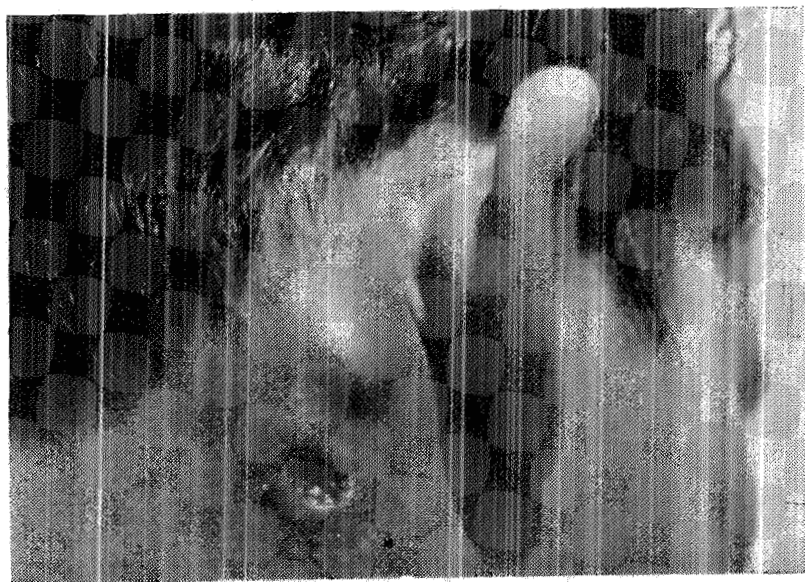
Úlcera y lesiones de aspecto impetigoide.



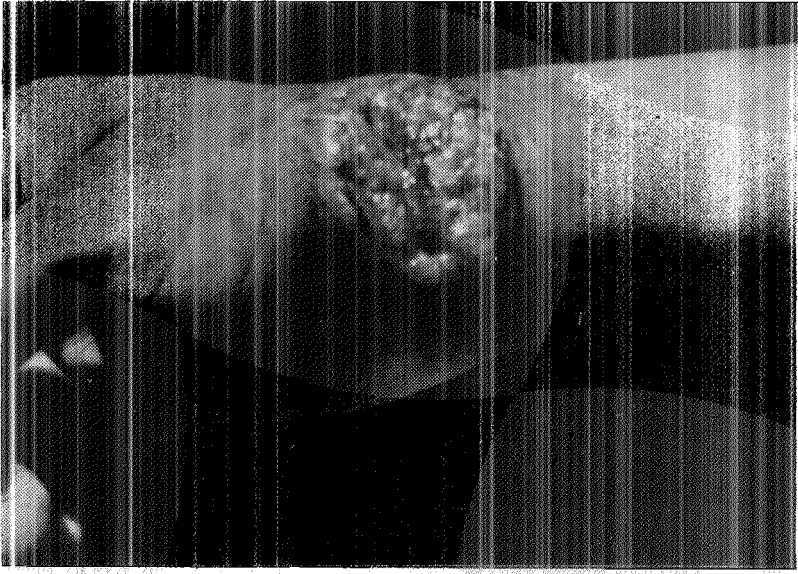
Niño de 4 meses. Úlcera en cara y lesión precoz en mucosa nasal.



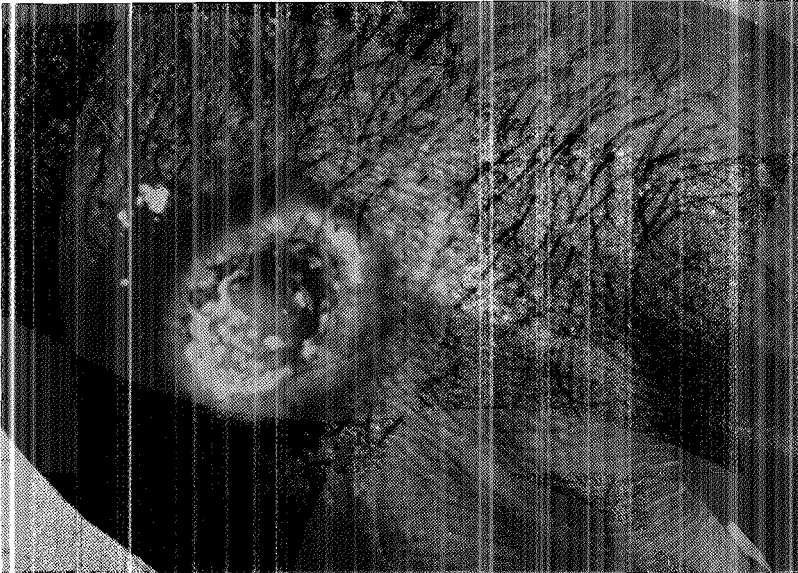
Necrosis y esfacelo de la piel en lesión por Leishmaniasis.



Reacción ganglionar acentuada en úlcera leishmánica.



Úlcera de fondo vegetante.



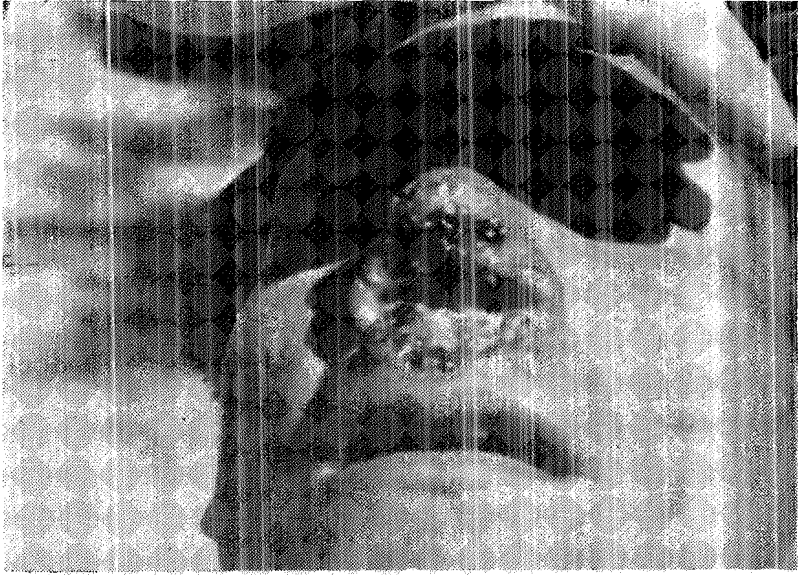
Típica úlcera con levantamiento de los bordes.



Lesión ulcerosa de la oreja.



Leishmaniasis diseminada (Leishmanídes) por anergia (Pons y Hómez).

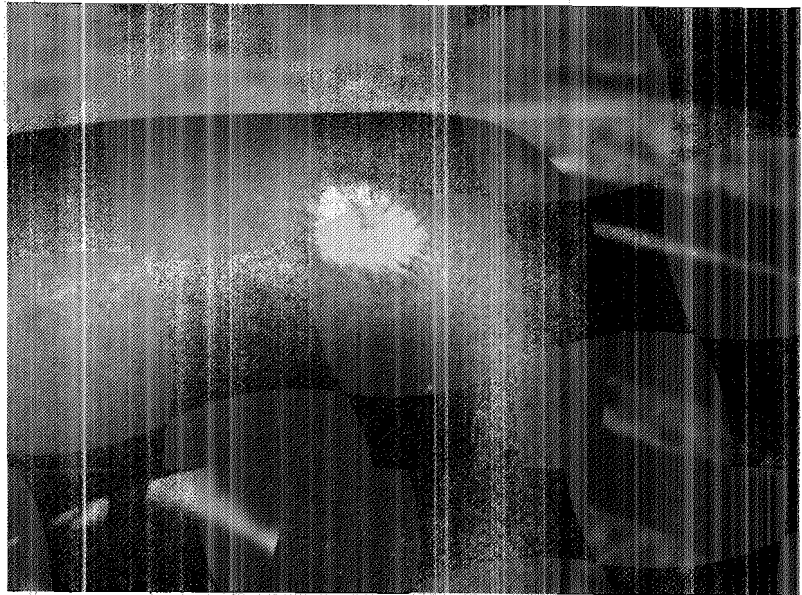
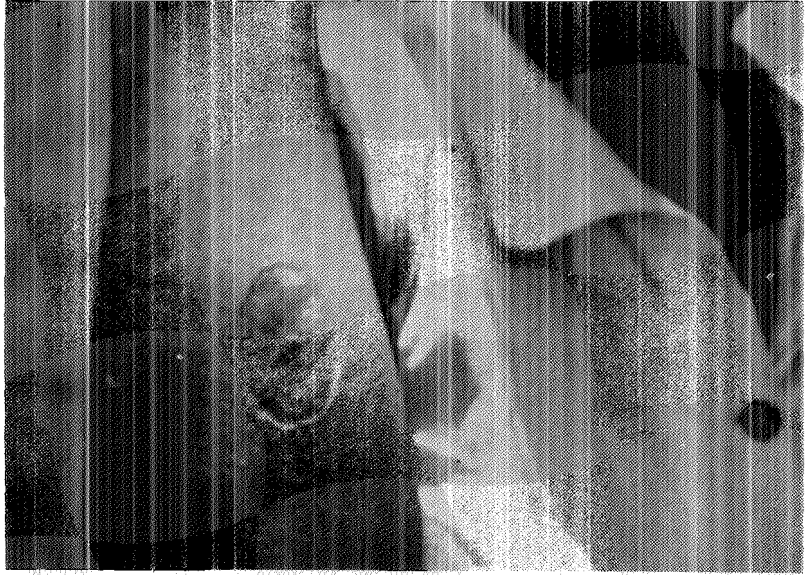


Ulceración nasolabial con destrucción del tabique.

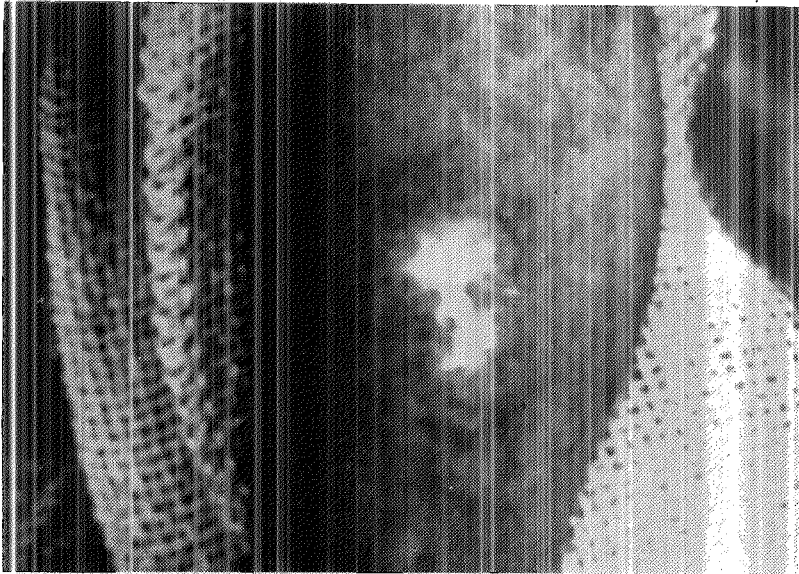


Nariz de camello por leishmaniasis nasal.

CICATRICES DE ULCERAS LEISHMANICAS



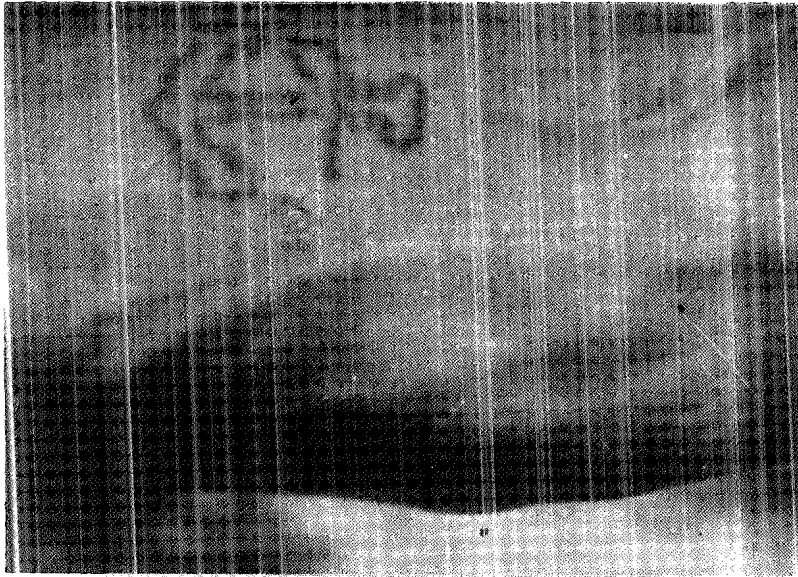
CICATRICES DE ULCERAS LEISHMANICAS



CICATRICES DE ULCERAS LEISHMANICAS



CICATRICES DE ULCERAS LEISHMANICAS



Cicatriz dejada por una intradermorreacción con leishmanina, fuertemente positiva.

Zoonosis y fuentes de infección. A pesar de que experimentalmente se ha logrado infectar *Phlebotomus* alimentándolos en el borde de lesiones en casos humanos, Johnson, Herting y Fairchild 1958, el hombre no constituye un factor importante como fuente natural de infección en la endemia leishmánica; no obstante, que el estado de premunición persistente en él aún después del tratamiento revela la presencia en su piel del parásito.

Animales domésticos. Uno de los aspectos más interesantes de la endemia leishmánica en Zipayare es la frecuencia con que se observa esta infección en perros y asnos, en lo cual influyó su carácter epidémico. Se manifiesta por úlceras localizadas en aquellas partes de la piel desprovistas de pelos: hocico, nariz, cara interna y borde de las orejas, base y piel entre los pezuños, es-croto y vulva. En su aspecto son semejantes a las observadas en el hombre y algunas veces el cartílago nasal y de la oreja es atacado. Es frecuente observar asnos con orejas caídas o

falta completa de ellas, por ulceración en su base y destrucción del cartilago. La infección secundaria y la miasis complica generalmente esta afección y los animales mueren por inanición. Es de observar que los campesinos dan a estas manifestaciones en los animales domésticos, el mismo nombre de "Picada de Pito" que dan a la enfermedad en el hombre.

La presencia de pelos en la piel de los animales domésticos constituye un obstáculo para las picadas de los Phlebotomus, lo contrario de la piel humana. En numerosos pacientes con Leishmaniasis que hemos podido observar, no encontramos un solo caso de localización de la úlcera en el cuero cabelludo.

El uso que los campesinos hacen de sus perros para la caza, principalmente de lapas y picures que viven en cuevas, donde se alojan también los Phlebotomus, favorece la infección leishmánica de estos animales y la localización de las lesiones en el hocico.

En diez perros estudiados hemos comprobado la presencia de leishmanias en cinco, 50% y en seis asnos en dos, 33%. Los parásitos fueron escasos pero de morfología típica.

Desde que Pedroso, A. M. en 1913³⁰ describió en el Brasil la infección en el perro por la *L. braziliensis*, son varios los autores que en diferentes países del Neo-Trópico han confirmado la enfermedad no sólo en este animal sino también en el gato, el asno y el caballo. Mazza y Romaña en Argentina, Mello, Forattini, Alencar, Gordon y Young en el Brasil; Herrero en el Perú y Pifano y Hómez en Venezuela, para citar algunos.

La infección cutánea en el perro por *L. trópica*, productora del Borón de Oriente, se observa en Turkestán e Irán y no en el área del Mediterráneo y sus caracteres clínicos son semejantes a los encontrados por nosotros en Zipayare.

En Venezuela, al igual que en Brasil y Centro América, estos animales domésticos no parecen constituir una fuente importante de infección para los Phlebotomus, capaz de mantener la endemia y los consideramos igual que al hombre como víctimas accidentales de la Leishmaniasis. Ellos llegaron a las zonas en-

clémicas junto con el hombre, donde adquirieron esta enfermedad ya existente en el ambiente selvático.

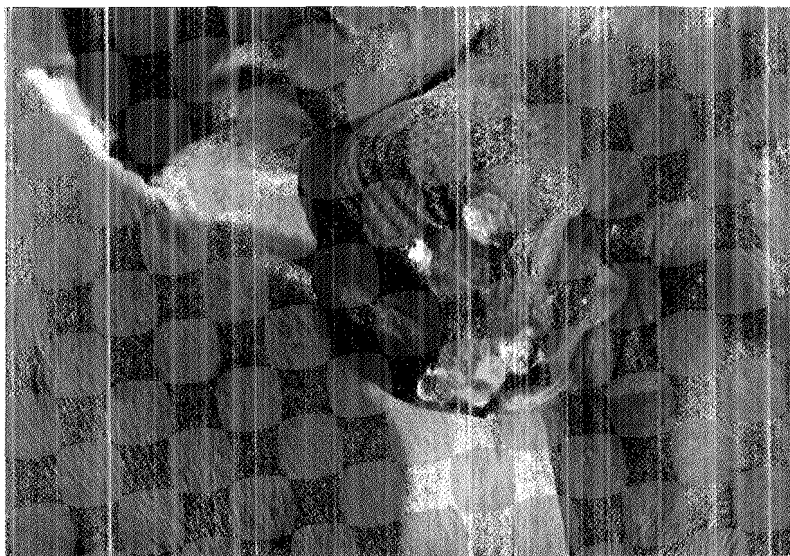
Sin embargo, es digno de considerar desde este punto de vista, los trabajos de Herrer¹¹ sobre infección canina en localidades del altiplano peruano donde las condiciones áridas del ambiente impiden el desarrollo de la fauna selvática americana y donde es frecuente la "Uta". (Leishmaniasis cutánea pura clínicamente parecida al Botón de Oriente). Este autor comprobó en estas regiones la infección leishmánica de perros en un 8,96% de 513 examinados y describe las lesiones cutáneas como superficiales, poco aparentes, a veces representadas por tumefacción y descamación en el hocico, aspectos muy diferentes a los encontrados por autores brasileros y argentinos y por nosotros en Zipaycre.

Indudablemente que en estos sitios del Perú el perro debe ser el reservorio y principal fuente de infección de la Leishmaniasis tegumentaria. Podría interpretarse este hecho como un caso de adaptación biológica del parásito en un huésped, por razones de supervivencia y no como carácter de especificidad. Hechos parecidos ocurren con la *L. tropica*, que como ya dijimos parasita la piel del perro en Turkestán e Irán y con *L. donovani*, productora del Kala-azar, que también lo parasita en la China, área del Mediterráneo y América tropical y no en la India.

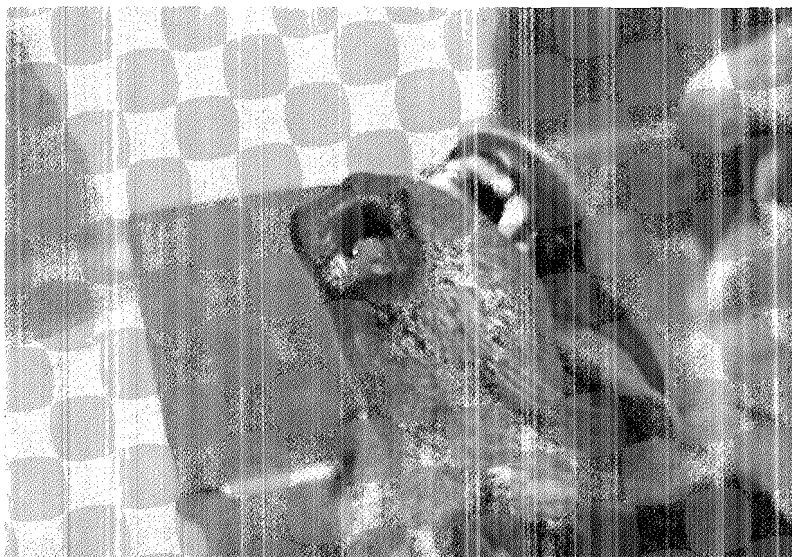
Como dato curioso destacamos, que no hemos observado la enfermedad en el ganado caprino y vacuno, abundantes en Zipayare, a pesar de que este último constituye una fuente importante de alimentación para los Phlebotomus.



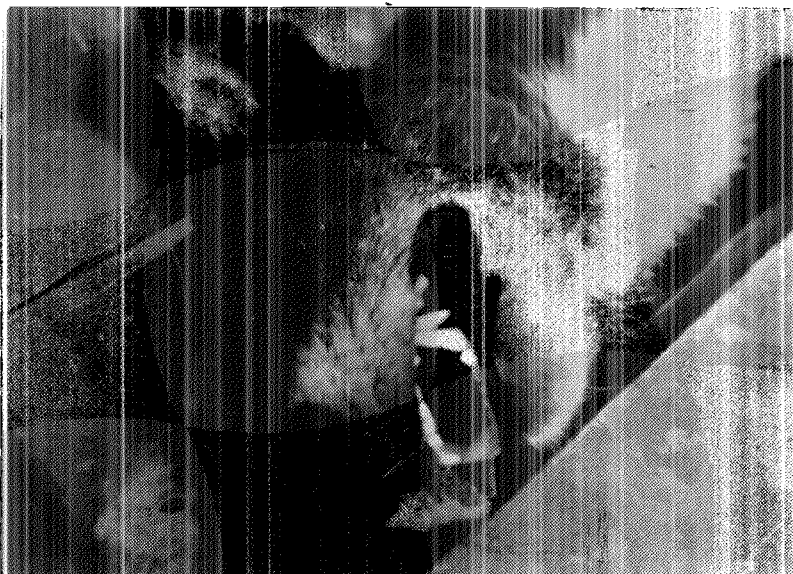
Úlcera leishmánica en piel de la vulva de una asna.



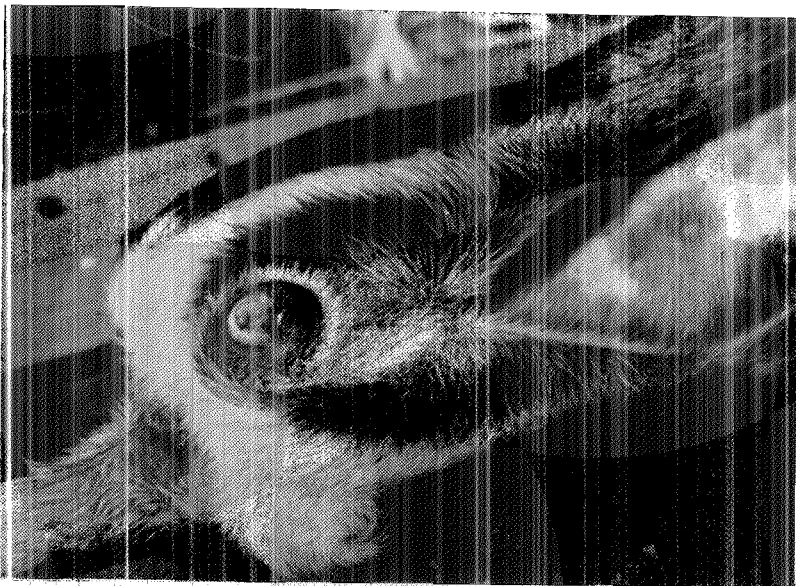
Ulceraciones múltiples de etiología leishmánica en el escroto de un asno.



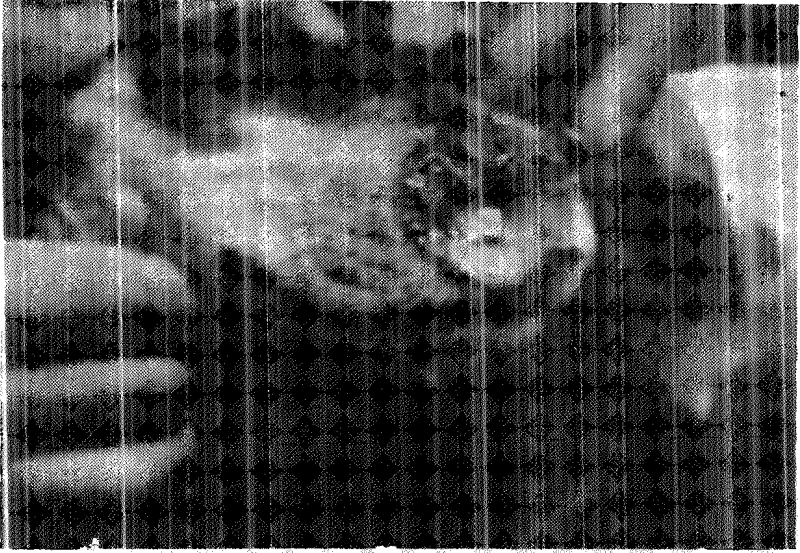
Úlcera leishmánica en nariz de un perro.



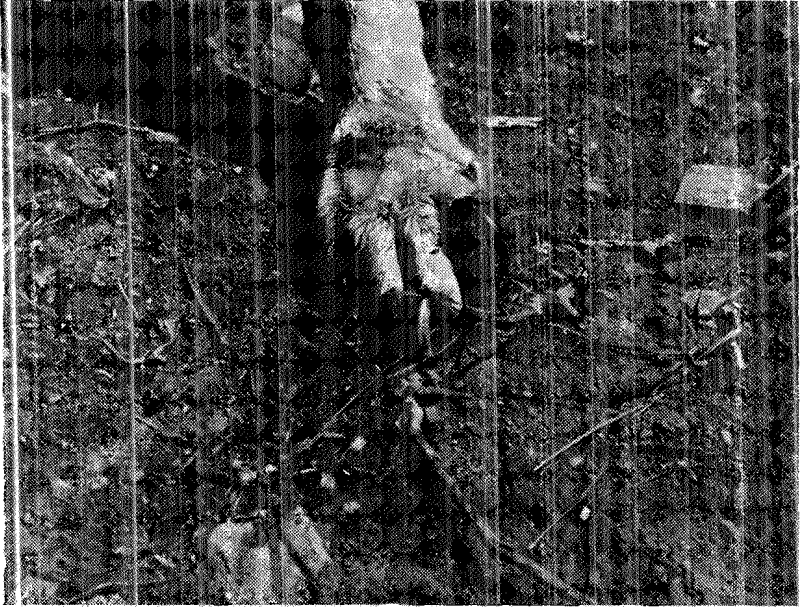
Ulcera leishmánica en la cara interna de la oreja.



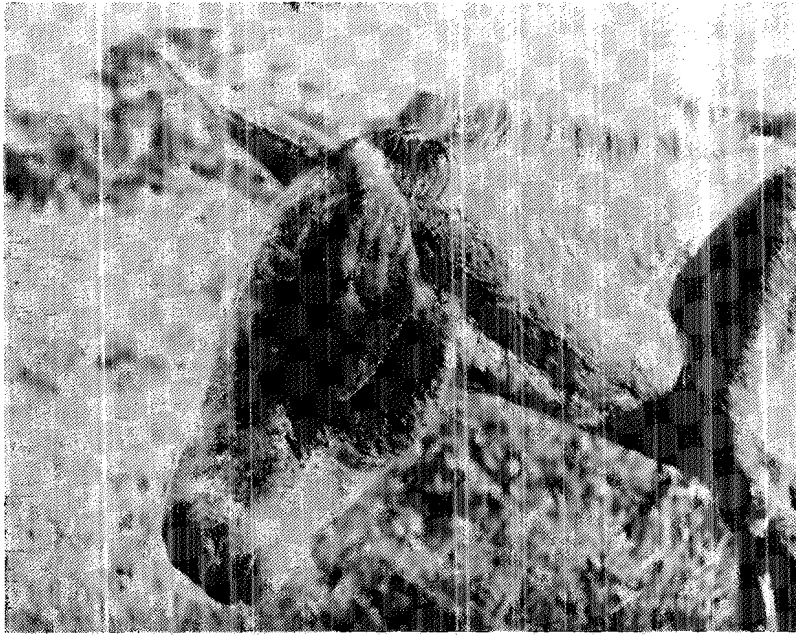
Ulcera leishmánica en vulva de una perra.



Úlcera leishmánica con destrucción de cartilago nasal en el hocico de un perro.



Úlceración en pata de un perro.



Oreja caída en un asno por ulceración de la base, de probable origen leishmaniásico.

Animales selváticos

La sospecha de que podrían existir en América animales selváticos infectados con *Leishmania braziliensis*, que sirvieran de reservorios, se remonta a 1913 en que Brumpt y Pedrosa³ encontraron ejemplares de picures (*Dasyprocta* Sp.) con lesiones sospechosas de la enfermedad; pero fueron Latichev y Kriukova en 1941, quienes comprobaron en Turkmenistán, región del Sur de Rusia, donde la forma húmeda del Botón de Oriente es endémico, un alto grado de infección con *L. trópica* en los roedores ***Rhombomys opimus*** y ***Meriones erythronous*** (Saltamontes) y en los *Phlebotomus* capturados en sus cuevas, confirmando así la existencia de una zoonosis.

En América, Johnson, Hertig y Fairchild en 1958, en Panamá, fueron los primeros en comprobar por hemocultivo la pre-

sencia de *L. braziliensis* en ejemplares del roedor ***Proechimys semispinosus panamensis***, vulgarmente llamado "rata espinoso", procedentes de varios focos endémicos de Leishmaniasis tegumentaria. En 200 ratas examinadas demostraron la infección en 10,5%.

Posteriormente, como puede apreciarse en el cuadro Nº 2, varios autores en diferentes países americanos y utilizando técnicas variadas han encontrado la infección en varias especies de roedores selváticos. Lainson y Strangways-Dixon utilizar la incisión y raspado en la base de la cola donde frecuentemente se observan lesiones cutáneas, con buenos resultados. Herrero, Thatcher y Johnson en 1966, por "biopsia-cultivo" de piel, encontraron un alto porcentaje de "puercoespines", ***Coendu rothschildi*** (de 12 ejemplares 10 positivos), con infección de *Leishmania* Sp., diseminada en toda su piel y sin lesiones aparentes, o que abre nuevos caminos en las investigaciones sobre reservorios selváticos de la Leishmaniasis tegumentaria americana.

En Venezuela, hasta el presente, sólo han sido encontrados infectados en la naturaleza dos ejemplares de roedores selváticos: ***Zygodontomys microtimus*** en Ticoporo, Edo. Barinas, por Kerdel Vegas y col. y un ***Proechymys guayanensis*** por Convit y col. en la misma región.

Nosotros capturamos en Zipayare un ejemplar de murciélago, ***Phyllostomus hastatus*** con una lesión en oreja, cuyo estudio histopatológico mostró leishmanias.

Los roedores por su gran poder de reproducción y consecuente población abundante, son indudablemente los más afectados por la infección leishmánica y constituyen la principal fuente de infección para los transmisores. Hoy se admite que la Leishmaniasis tegumentaria americana es una zoonosis que cursa en la selva y afecta principalmente a estos roedores, siendo el hombre una víctima accidental o circunstancial de esta enfermedad.

ROEDORES SELVATICOS ENCONTRADOS INFECTADOS CON LEISHMANIAS, CONSIDERADOS POR VARIOS AUTORES COMO RESERVORIOS DE LA LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA EN LA REGION NEO-TROPICAL

CUADRO N° 2

ESPECIES	METODOS	LUGARES	AUTORES
PROECHYMIS SEMISPINOSUS PANAMENSIS.	HEMOCULTIVO	PANAMÁ	JOHNSON, HERTIG y FAIRCHILD. 1.958.
HOPLOMYS GIHNURUS.			
COENDU ROTHSCHILDI. POTOS FLAVUS.	BIOPSIA-CULTIVO DE PIEL.	PANAMA	HERRER, THATCHER y JOHNSON. 1.966.
SANGUINUS GEOFFROYI.			
DASYPROCTA AZARAE. CUNICULUS PACA.	HEMOCULTIVO Y FROTIS DE LESION	BRASIL (SAO PAULO)	FORATTINI, O.P. - 1.960.
KANNABATEOMYS AMBLYONYX.	CUTANEA.		
ORYZOMYS GOELDI.	FROTIS DE COLA.	BRASIL (AMAZONAS)	GUIMARAES y AZEVEDO, 1.964. GUIMARAES y DA COSTA. 1.964.
OTOTYLOMYS PHYLLOTIS. HETEROMYS DESMARESTIANUS. NYCTOMYS SUMICHRASTI.	FROTIS DE COLA.	HONDURAS BRITANICA	LAINSON, R. y STRANGWAYS- DIXON, J. - 1.964.
ZYGODONTOMYS MICROTINIUS.	FROTIS DE COLA.	VENEZUELA	KERDEL VEGAS y COLS. 1.966.

Tratamiento.

Durante la epidemia de Leishmaniasis en Zipayare, utilizamos para el tratamiento el "Glucantime" (antimoniato de N-metilglucamina) en inyecciones por vía intramuscular profunda. Las dosis individuales fueron: para un adulto, 2 amp. diarias de 15 grs., para niños mayores de 7 años la mitad de las dosis y para niños menores de 7 años 0,10 grs. por Kgr. de peso. El esquema de tratamiento consistió en una semana de inyecciones seguida de una de reposo hasta obtener la curación. Generalmente fueron suficientes de 30 a 40 amp. en los adultos, aunque tuvimos casos en que hubo que llegar a las 60 o más. De una manera general los resultados fueron excelentes, obteniéndose la curación clínica. La Dirección de Dermatología Sanitario del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y el Instituto Agrario Nacional suministraron el medicamento necesario.

Evaluación de la Leishmaniasis tegumentaria americana en Zipayare.

Con el objeto de valorar los efectos de la epidemia de 1960-61 y determinar el grado de inmunidad existente en la población, en los años 1964 y 65, realizamos el índice alérgico de infección leishmánica con la Intradermorreacción de Montenegro en 500 personas, muestra equivalente al 25% de la población total estimada en 2000 habitantes. Se seleccionaron campesinos de familia numerosa, ubicados en los diferentes sectores del Asentamiento y en el Poblado. Al mismo tiempo se registró el número de personas con lesiones y cicatrices típicas de la enfermedad.

A cada caso estudiado se le elaboró una ficha donde se anotaron los datos siguientes: edad, sexo, raza, procedencia, profesión, tiempo de permanencia en Zipayare, lugar y fecha de infección, localización de las lesiones, resultados de la intradermo y exámenes de laboratorio.

Utilizamos como antígeno la "Leishmanina" de Mayer y Pifano* elaborada en el Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Central, la cual nos fue gentilmente obsequiada por el Profesor Pifano.

Se inyectó en cada caso 0.1 cc. del antígeno por vía intradérmica en la cara anterior del antebrazo izquierdo.

Consideramos como positiva la formación a las 48 horas, en el sitio de la inyección, de un nódulo infiltrado, eritematoso, de 10 a 15 mm. de tamaño, de apreciación tanto táctil como objetiva que normalmente desaparece en ocho días. El tiempo óptimo de lectura es a las 72 horas.

Como grados de intensidad pueden apreciarse: vesiculación, necrosis y ulceración que a veces dejan cicatriz.

En algunos casos observamos síntomas locales como sensación de calor y prurito y manifestaciones de índole general: malestar, cefalea, dolores osteoarticulares e inapetencia. La presencia de adenitis epitroclear se debe a infección secundaria y no como reacción a la Leishmanina.

Reacciones intensas fueron registradas en las formas mucosas en infecciones antiguas y lesiones cutáneas múltiples.

En las formas anérgicas de esta enfermedad la intradermoreacción es negativa.

En diez pacientes pudimos comprobar que la intradermoreacción con leishmanina se hizo positiva entre los diez días y cuatro semanas después del inicio de la enfermedad.

La intradermoreacción de Montenegro es una reacción de sensibilidad, del tipo alérgico, que traduce la presencia en el individuo de un estado de premunición mantenido por la presencia de leishmanias en su organismo. Es específica y dura toda la vida, lo que revela que la infección persiste aún en aquellos casos intensamente tratados con los mejores medicamentos cono-

* El antígeno "Leishmanina" es una suspensión de leptomonas en solución fisiológica fenolizada al 0.5 %, obtenidas de cultivo de varias cepas criollas de *Leishmania braziliensis*, según la técnica de Mayer y Pifano.

cidos hoy, consiguiéndose solamente la curación clínica. En nuestra casuística tenemos casos con reacciones positivas hasta 35 años después de iniciarse la infección.

Esta reacción tiene un gran valor diagnóstico en aquellos casos de Leishmaniasis en que no es posible comprobar la presencia del parásito y para el diagnóstico clínico diferencial.

El índice alérgico de infección, es el mejor método para evaluar el grado de endemicidad y protección para la Leishmaniasis en una comunidad o región determinada; el índice parasitario es útil cuando la enfermedad se presenta en forma epidémica o hiperendémica con alto porcentaje de infecciones recientes ya que con el tiempo el hallazgo del parásito se hace más difícil.

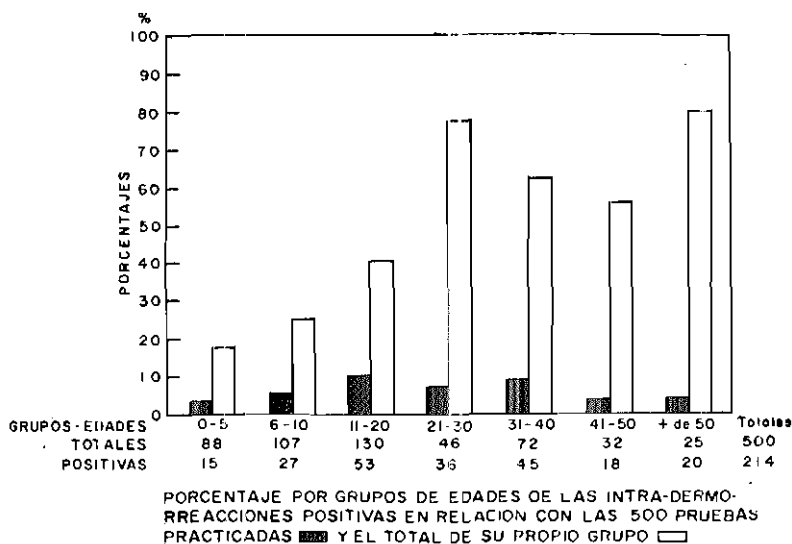
Pessoa³¹ en 1941, fue el primero en utilizar el índice alérgico en gran escala en poblaciones rurales del Brasil para determinar la endemicidad leishmánica. Entre nosotros Pifano³⁵ en el Edo. Yaracuy realiza investigaciones con el mismo método y objetivo.

En nuestra encuesta en Zipayare encontramos que de 500 personas a las cuales se les practicó la intradermorreacción con leishmanina, 214 o sea el 42,8% dieron resultados positivos. De éstas, en 167 casos (78%), se observaron lesiones o cicatrices típicas de la enfermedad y 47 (22,0%) no presentaron síntomas, siendo catalogadas como infecciones inaparentes o formas subclínicas que han desarrollado la inmunidad. Este último hecho ha sido constatado por otros autores, entre nosotros Pifano, (35) en un 10% del total de reacciones positivas practicadas en el Valle de Aroa (Edo. Yaracuy).

Con frecuencia observamos en los campesinos, particularmente en sus piernas, pequeñas cicatrices o lesiones en la piel atribuidas a picadas de insectos, que muy bien podrían ser la puerta de entrada de la infección leishmánica. De todas maneras hay que suponer en ellos el desarrollo precoz de un estado de premunición que impide la evolución clínica de la enfermedad.

De los 167 casos positivos con antecedentes clínicos, 34 o sea el 20,3% ya habían sufrido de Leishmaniasis en tiempo variable de 7 a 30 años atrás, cuando se presentó la epidemia y ninguno sufrió recidiva, lo que confirma que la infección leishmánica confiere inmunidad en el sujeto para toda la vida.

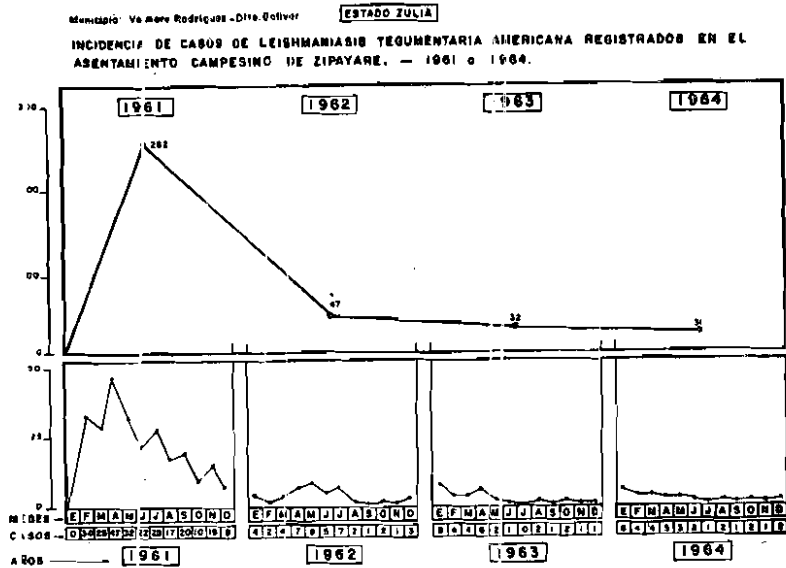
El alto porcentaje de reacciones positivas (42,8%) encontrado en Zipayare se explica por el carácter epidémico con que se presentó la enfermedad en este Asentamiento campesino.



Como puede apreciarse en esta Gráfica, los grupos de edades más afectados fueron los comprendidos entre los 11 y 40 años, particularmente entre los 21 y 40, lo que es comprensible por ser ellos los de mayor actividad laboral.

De las 500 personas a quienes se les practicó la intradermorreacción con leishmanina, 285 eran varones y 215 hembras. De las 214 positivas, 155 eran varones y 59 hembras. Hay una proporción de 3 a 1 favorable al sexo masculino, lo que se debe indudablemente a su mayor exposición a la infección, al internarse en la selva para talar el bosque y cultivar la tierra.

Evolución de la Leishmaniasis tegumentaria americana en el Asentamiento campesino de Zipayare.



La Gráfica epidemiológica registrada durante los años 1961-1964, muestra claramente el curso que ha seguido la Leishmaniasis tegumentaria americana en el Asentamiento Campesino de Zipayare. Iniciándose en 1960 en una forma explosiva, epidémica, con gran número de casos, en 1962 entró en fase endémica con reducido número de enfermos anuales, lo que se ha mantenido hasta el presente. Como factores determinantes de esta reducción en la casuística debemos destacar: el alto grado de inmunidad desarrollado en la población asentada y la influencia negativa que ha tenido la deforestación violenta de la zona sobre el desarrollo y mantenimiento de los nidos ecológicos de reservorios y transmisores. Parece ser que la población de mamíferos, particularmente los roedores, una vez afectada por la tala de los bosques requieren un tiempo largo para recuperarse; esta parece confirmarlo, el hecho de que en la zona del Río Cachimí del Dta. Mara, que ha sido sometida en los últimos años a intensa deforestación y donde la Leishmaniasis

es frecuente, un grupo de zoólogos del Instituto Smithoniano de Washington, a petición de nuestro Departamento de Medicina Tropical y con el fin de investigar los reservorios de esta enfermedad, durante tres semanas, utilizando 700 trampas, sólo logró capturar unos 70 mamíferos.

Actualmente la Leishmaniasis en Zipayare se ha hecho marginal y afecta principalmente a nuevos campesinos que se internan en la selva que rodea el Asentamiento.

Llama la atención en la Gráfica epidemiológica que la mayor frecuencia de casos ocurren en los meses de verano e inicio de la primavera, que son los que utiliza el campesino para talar el bosque y preparar la tierra para el cultivo. Paradójicamente durante estos meses la incidencia de *Phlebotomus* es muy baja.

RESUMEN

A fines de 1960, comprobamos la existencia de un brote epidémico de *Leishmaniasis tegumentaria americana* en el Asentamiento Campesino del Instituto Agrario Nacional en Zipayare. En 25 casos examinados se demostró la presencia en las lesiones de *Leishmania braziliensis* Vianna, 1911.

Se estableció como medida urgente, el tratamiento de los enfermos con el antimonial "Glucantime", lo que dio excelentes resultados. Además se recomendó la construcción de viviendas higiénicas fuera del área selvática para alojar a los familiares de los campesinos asentados, cuyo presencia en los sitios de trabajo no era indispensable.

ZIPAYARE.— Es una extensa región situada en el Municipio Valmore Rodríguez del Distrito Bolívar del Edo. Zulia al norte de la carretera Lara-Zulia entre los paralelos 10° y 10°20' al norte del Ecuador y meridiano 71, vale decir en pleno trópica. Escasamente poblada, se aprecian casas y ranchos dispersos por la sabana y el Asentamiento, además del poblado fundado por el Instituto Agrario y algunos fundos.

Comprende una zona formada por extensas sabanas y otra selvática del tipo tropical macrotérmica por donde corren los

ños Machango y La Pedregosa. Pluviometría media anual, 1450 mms., temperatura media 26°C., humedad relativa del aire 69%. Condiciones generales de clima favorables para el desarrollo de focos ecológicos de roedores reservorios y *Phlebotomus* transmisores de la Leishmaniasis.

Basándose en Casuísticas del Servicio de Dermatología Sanitaria, del Dr. Hómez Chacín, del Departamento de Medicina Tropical de L.U.Z. y en la suya, el autor establece grados de endemicidad para los diez Dttos. en que está dividido el Edo. Zulia, resultando los más afectados: Miranda, Bolívar y Mara.

En el aspecto clínico, se comprueba que la raza, edad, sexo y condición física no influyen en la susceptibilidad del hombre para la Leishmaniasis tegumentaria americana y se establecen dos períodos en la enfermedad: la primoinfección que se manifiesta por la formación de una úlcera en el sitio de la picada del *Phlebotomus* transmisor y una manifestación secundaria, generalmente tardía, consistente en el ataque a la mucosa nasobuco-faríngea. La úlcera es de forma redondeada, presenta un fondo limpio formado por tejido granulomatoso a veces mameлонante, en cuyo caso tiene aspecto frambuesiforme, sangra con facilidad, es poco dolorosa y sin fetidez; su tamaño rara vez excede los 8 centímetros, sus bordes son netos, levantados, infiltrados y rodeados de un halo hipercrómico. La localización mucosa se inicia en el tabique nasal por ulceración, generalmente cubierta por costras y acompañada de cariza mucosanguinolenta. El tabique puede ser perforado o destruido y la lesión se extiende por contigüidad a la mucosa del paladar, faringe y laringe dando lugar a diferentes aspectos clínicos.

Las ulceraciones de la piel en nuestra casuística predominaron en piernas, orejas, brazos y espalda, que son las partes más accesibles a la picada del transmisor. En la localización de estas lesiones tuvo gran influencia la forma de vestir del paciente.

Se describe la frecuencia de la infección leishmánica cutánea en perros y asnos de Zipayare, favorecidos por el factor epidémico. Se comprueba la presencia de Leishmanias en las lesiones, en cinco perros de diez (50%) y en dos asnos de seis (33%) examinados.

Consideramos que el hombre y los animales domésticos no constituyen una fuente importante de infección en la epidemiología de esta enfermedad.

Se hace una revisión de los estudios realizados en diferentes países y por diferentes autores, sobre roedores selváticos infectados con Leishmanias en el Neo-tropico. [Ver cuadro N° 2]. Con varios autores, aceptamos que la Leishmaniasis tegumentaria americana es una zoonosis que cursa en la selva y afecta principalmente a estos roedores, siendo el hombre una víctima accidental o circunstancial de esta enfermedad.

Con el objeto de valorar los efectos de la epidemia ocurrida en Zipayore en los años de 1960-61 y determinar el grado de inmunidad existente en su población, realizamos en los años 1964-65 el índice de infección por medio de la intradermorreacción de Montenegro en 500 personas, muestra equivalente al 25% de la población estimada en 2.000 habitantes.

De las 500 pruebas practicadas, 214 o sea el 42,8% dieron resultados positivos. De éstas, en 167 casos (78%), se observaron lesiones o cicatrices típicas de la enfermedad y 47 (22,0%) no presentaron síntomas, siendo catalogadas como infecciones inaparentes o formas subclínicas que han desarrollado la inmunidad.

De los 167 casos positivos con antecedentes clínicos, 34 o sea el 20,3% ya habían sufrido de Leishmaniasis cuando se presentó la epidemia y ninguno sufrió recidiva, lo que confirma que la infección leishmánica confiere inmunidad para toda la vida.

Las edades más afectadas están comprendidas entre los 2 y 40 años y se encontró una proporción de 3 a 1 favorable al sexo masculino.

Rápidamente la enfermedad entró en fase endémica, observándose que la mayor frecuencia de casos ocurren en los meses de verano e inicio de la primavera, que son los utilizados por el campesino para talar el bosque y preparar la tierra para el

cultivo. Paradójicamente durante estos meses la incidencia de Phlebotomus es muy baja.

Maracaibo, 1º de Octubre de 1968.

Dr. Adolfo R. Pons.

Este Trabajo fue realizado en el Departamento de Medicina Tropical y Microbiología de la Facultad de Medicina de La Universidad del Zulia.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— ALBORNOZ, M. R. ORTIZ, Ignacio, BATTISTINI, F. GIOR-DANELLI, F. y FERNANDEZ, R.— Epidemiología de la Leishmaniasis tegumentaria americana en Venezuela. *Dermatología Venezolana*. Año XI. Vol. VII. Núms. 1 y 2. Caracas. Enero a Junio, 1.968.
- 2.— ALENCAR, J. E. de — Un caso de leishmaniose tegumentar em *Equus asinus* — Trabalho apresentado ao XIV Congr, Brasil — Hig, Niterói. 1.959.
- 3.— BRUMPT, E. y PEDROSO, A.M — Pesquisa epidemiológica sobre a leishmaniose americana das florestas no Estado de Sao Paulo (Brasil). *An. paulistas Med. Cir.* 1:97-13, 1.913.
- 4.— CONVIT, J. RODRIGUEZ, G, G. HENRIQUEZ A, J. J. y MEDINA, Rafael.— Histopatología de la Leishmaniasis tegumentaria americana.— *Dermatología venezolana*.— Año XI, Vol. VII, Núms. 1 y 2 — Caracas -- Enero a Junio, 1.968.
- 5.— DESCHIENS, R.— Immunité dans les Maladies Parasitaires. Cours D'Immunologie generale et de Serologie de L'Institut Pasteur. Fascicule VII. C.D.U. Paris, 1.968.
- 6.— FORATTINI, O. P.— Sobre os reservatórios naturais da leishmaniose tegumentar americana. *Rev. Inst. Med. trop. Sao Paulo* 2:195-203, 1.960.
- 7.— GARNHAM, P.C.G. PIERCE, A.E. y ROITT, I.— Immunity to Protozoa -- A Symposium of the British Society for Immunology. Black Well Scientific Publications — Oxford. 1.963.
- 8.— HERTIG, M. FAIRCHILD, G.B. & Johnson, C.M.— Leishmaniasis transmission; reservoir project. *Ann. Rep. Gorgas Mem. Lab.* (1956) pgs. 9-11, 1.957.
- 9.— HERTIG, M. FAIRCHILD, G.B. & Johnson, C.M.— Leishmaniasis transmission; reservoir project. *Ann. Rep. Gorgas Mem. Lab.* (1957) pgs. 7-11. 1.958.
- 10.— HERTIG, M. FAIRCHILD, G.B. & JOHNSON, C.M. — Leishmaniasis transmission; reservoir project. *Ann. Rep. Gorgas Mem. Lab.* (1958) pgs. 11-15, 1.959.
- 11.— HERRER, A.— Estudios sobre leishmaniasis tegumentaria en el Perú — V. Leishmaniasis natural en perros procedentes de localidades autógenas.— *Rev. Med. exper.* 8: 87-118, 1.949-51.
- 12.— HOMEZ, J.— Cuatro casos de Leishmaniosis cutánea en el Distrito Perijá. Estado Zulia. (Venezuela). *Rev. Soc. Méd. Quir. del Zulia*. Maracaibo, 6-7-8, 53-59, 1.952.
- 13.— HOMEZ, J.— La Leishmaniose tégumentaire au Venezuela. Presentation de quelques cas guéris par la Glucantime et les antipaludiques de synthese. *Ann. Derm. et Syph.*, 83 3. 271-281. 1.956.
- 14.— HOMEZ, J.— Leishmaniasis tegumentaria americana. Estudio Clínico y Epidemiológico sobre 61 casos especialmente en el

- Estado Zulia. (Venezuela). Tratamiento con el Glucantime. Rev. Soc. Méd. Quir. del Zulia. Edición especial. Mayo 1.958.
- 15.— HOUIN, René.— Contribution a l'étude des leishmanioses autotocitones en France Métropolitaine.— Imprimerie. R. Foulon & Cie. Paris, 1.962.
 - 16.— IRIARTE, D.R.— Un caso de Leishmaniosis. Rev. Soc. Méd. Quir. del Zulia, IV, 1, 137, 1.930.
 - 17.— ITURBE, J. y GONZALEZ, E.— El primer caso de Leishmaniosis cutánea en Venezuela. Gac. Méd. de Caracas, XXIV, 3, 20-21, 1.917.
 - 18.— JIMENEZ, J.B.— Tres casos de Leishmaniosis americana. Rev. Soc. Méd. Quir. del Zulia. II, 13, 164-166, 1.938.
 - 19.— KERDEL-VEGAS, F. y Col.— Reservorio extrahumano de la Leishmaniasis americana en Venezuela. Informe preliminar de la infección Leishmánica de un zutón selvático del género *Zygodontomys* en la región de Ticoporo Estado Barinas. *Zygodontomys microtinus*. Gaceta Médica de Caracas — Año LXXIV, Julio-Diciembre 1.966. págs. 283-293.
 - 20.— LEVER WALTER, F. y KERDEL VEGAS, F.— Histopatología de la Piel. Editorial Científico-Médica. 1.964.
 - 21.— LAINSON, R. y STRANGWAYS-DIXON, J.— Leishmania mexicana: The Epidemiology of Dermal Leishmaniosis in British Honduras — Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene.— Vol. 57 No. 4, págs: 242-265. July, 1.963.
 - 22.— LAINSON, R. y STRANGWAYS-DIXON, J.— The Epidemiology of Dermal Leishmaniosis in British Honduras: Part II. Reservoir-Hosts of Leishmania mexicana among the Forest rodents — Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene.— Vol. 58 No. 2, March, 1.964.
 - 23.— MAYER, M. y PIFANO, F.— Sobre el cultivo de Leishmania tropica en Venezuela e intraderrmorreacciones con Leishmania artigeno. Rev. de Sanidad y Asist. Soc. Caracas. VI, 3, 281-289, 1.941.
 - 24.— MEDINA, Rafael y ROMERO, Jesús.— Estudio sobre la Leishmaniosis tegumentaria en Venezuela. Dermatología Venezolana Año I, Vol. 1, No. 1 — Dic. 1.957.
 - 25.— MEDINA, Rafael.— HENRIQUEZ ANDUEZA, J. J. y CONVIT, J.— Clínica de la Leishmaniasis tegumentaria americana. Dermatología Venezolana. Año XI. Vol. 7. Núms. 1 y 2. Caracas — Enero a Junio 1.968.
 - 26.— MAZZA, S.— Existencia de la Leishmaniosis cutánea en el perro en la República Argentina. Bol. Inst. Clin. Quir. 3: 462-464 — 1.927.
 - 27.— MONTENEGRO, João.— A Cutis-Reaccáo na Leishmaniose.— Anais da Faculdade de Medicina de Sao Paulo. Vol. 1. 323-330, 1.926.

- 28.— NERY GUIMARAES, F. y AZEVEDO, Miguel.— Roedores silvestres ("Oryzomys goeldy") da Amazonia com infeccao natural por "Leishmania". (Primeira nota) O Hospital. Volume 66/No. 2. págs: 37-43. Agosto 1.964.
- 29.— NERY GUIMARAES, F. y DA COSTA R. Orlando.— Observacoes sóbre o comportamento da "Leishmania" productora de infeccao natural en "Oryzomys goeldi" na Amazonia. (Segunda rota) O. Hospital. Vol. 66/No. 2. Págs: 45-50. Agosto 1964.
- 30.— PEDROSO, A.M.— Infeccao de cao pela leishmânia tropical. Rev. Med. Sao Paulo. 7: 42-45, 1.923.
- 31.— PESSOA, S.B. (1941).— Indices de disseminacao da Leishmaniose tegumentar em algumas zonas novas do Estado de Sao Paulo. Rev. Biolog. e Higiene. 11: 1-9, Sao Paulo, Brasil.
- 32.— PESSOA, S.B. (1941).— (Segunda Nota).— Sobre a Vaccinacao Preventiva na Leishmaniose tegumentar americana con Leptomonas mortas, Rev. Assoc. paulista de Med. 19: 106-109.
- 33.— PIFANO, F.— La Leishmaniasis tegumentaria en Venezuela.— Arch. Venez. Pat. Trop. y Parasitología. Vol. I, N° 2, 170-182. Oct. 1949.
- 34.— PIFANO, F.— Aspectos epidemiologicos de la Leishmaniasis tegumentaria en la región Neo-trópica, con especial referencia a Venezuela.— Arch. Venez. Pat. Trop. y Parasitología. 31-61. Vol. III. Dic, 1.960.
- 35.— PIFANO, F.— La evaluación de la Leishmaniasis tegumentaria americana en el Valle de Aroa, Estado Yaracuy, mediante el índice alérgico (Intradermorreacción con antígeno de Leishmania braziliensis). Arch. Venez. Méd. Trop. y Parasitología. Vol. IV, No. 2. 25-35. Dic. 1.962.
- 36.— TAMAYO, Francisco.— Ensayo de Clasificación de Sabanas de Venezuela. Escuela de Geografía. Facultad de Humanidades y Educacion. Universidad Central de Venezuela. Caracas. 1.964.
- 37.— TEJERA, E.— Varios casos de Leishmaniosis americana en el Estado Zulia. Nota preliminar. Gac. Méd. de Caracas. XXIV, 145-146, 1.917.
- 38.— WENYON, C.M.— Protozoology. Vol. I-Bailliére, Tindall and Cox-London, 1926.
- 39.— Thirty-Eight Annual Report of the work and operations of the Gorgas Memorial Laboratory, Fiscal Year 1.966.— U.S. Government Printing Office — Washington, 1.967.