

7º Congreso Argentino de Pediatría General. Ambulatoria



SALTA

7, 8 y 9 de Noviembre de 2018
Ciudad de Salta

Lugar: Centro de Convenciones Ciudad de Salta



Por un niño sano
en un mundo mejor



LEISHMANIASIS:

EXPERIENCIAS CLÍNICAS Y NOVEDADES



Dr., Néstor Taranto



Universidad Nacional de Salta

Instituto de Investigaciones en Enfermedades Tropicales

Alvarado 751 CP 4530 –Oran – Pcia de Salta – Argentina

Tel. 0054-3878-421924 Fax 0054-3878-21388

e-mail: spcajal@yahoo.com.ar

MARCELO QUIPILDOR
MEDICO INFECTOLOGO HSVP-ORAN
quipi2002@yahoo.com.ar





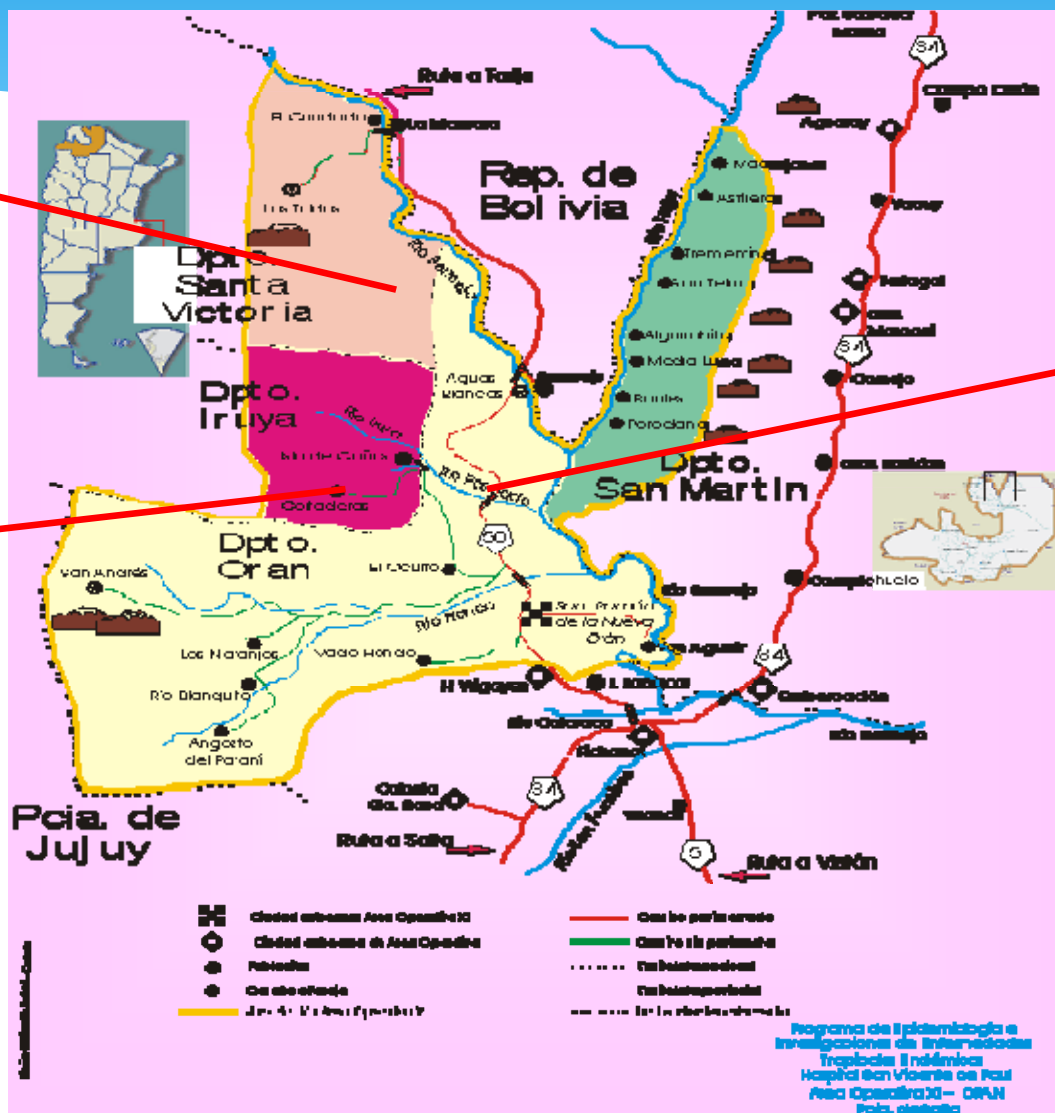
AREA OPERATIVA XI ORAN

INDICADORES DEMOGRAFICOS DE SALUD

C.S. L. Toldos
 Población: 2068
 Familia: 590
 Flias. Originarias: 0

CS. Los Cerros
 Población: 2929
 Familia: 763
 Flias. Originarias: 746

CS. Río Pescado
 Población: 3449
 Familia: 821
 Flias. Originarias: 220



ZONA RURAL

Programa de Epidemiología e Investigaciones de Interaccións Tropicales y Neotrópicas
 Hospital San Vicente de Paul
 Área Operativa XI - ORAN
 Pcia. Salta

SUB ÁREA URBANA – ÁREA OPERATIVA XI

C. S. 200 Años

Población: 4779

Familia: 1113

C. S. S. Fco.

Población: 6151

Familia: 1230

C. S. P. Costas

Población: 6299

Familia: 1391

C. S. Aeroparque

Población: 7711

Familia: 1778

C. S. Retambay

Población : 2831

Familia: 760

C. S. San José

Población : 4577

Familia: 1114

C. S. Guemes

Población: 4428

Familia: 1054

C. S. 9 de Julio

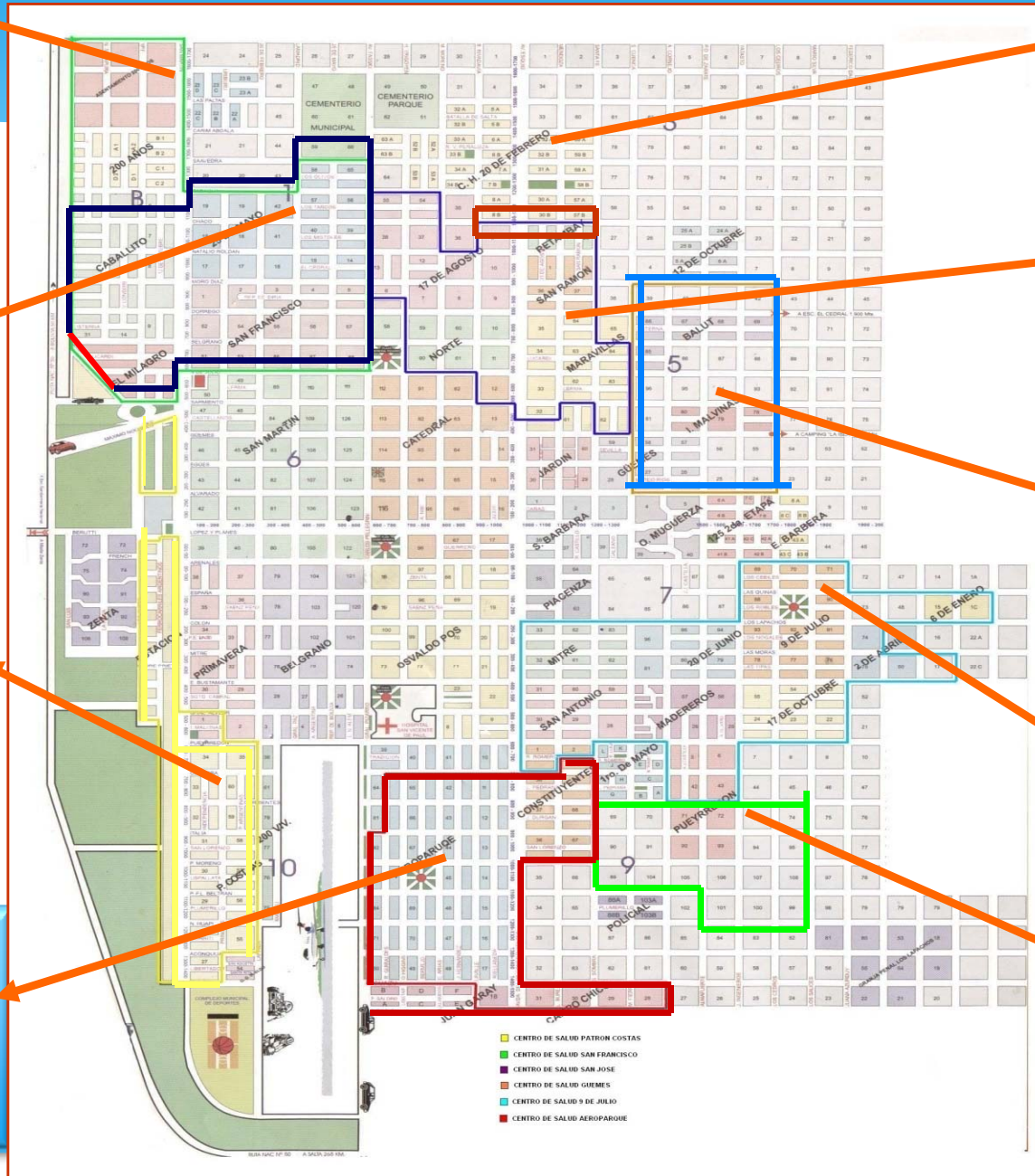
Población: 7413

Familia: 1529

C. S. J. Taranto

Población: 6797

Familia : 1607



Hospital San Vicente de Paúl

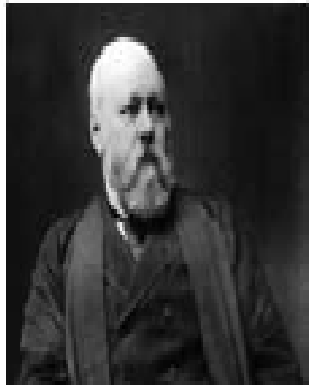


IV Nivel de Complejidad



AGENDA

- * INTRODUCCION
- * EPIDEMIOLOGIA
- * ASPECTOS TEORICOS
- * EXPERIENCIAS CLINICAS
- * QUE ESTAMOS INVESTIGANDO
- * CONCLUSIONES



El parásito llamado Leishmania debe su nombre a William Leishman. En 1903 este investigador inglés, describe los parásitos encontrados en un frotis² de tejido de bazo, que pertenecía a un soldado inglés fallecido con disentería³ y hepatoesplenomegalia⁴, dos enfermedades que habría contraído en la India.

LAS 10 GRANDES ENFERMEDADES TROPICALES



ENFERMEDADES OLVIDADAS

- Las leishmaniasis son un grupo de enfermedades causadas por protozoarios flagelados parásitos del genero *Leishmania*, el cual incluye aproximadamente 20 especies diferentes

- **Categoría I:** Incontrolada y emergente; situación epidemiológica empeorando; incidencia de infección y enfermedad en aumento (Organización Mundial de la Salud)

- Afecta a las poblaciones más pobres del planeta, está asociada a la malnutrición, los desplazamientos de población, las malas condiciones de vivienda, la debilidad del sistema inmunitario y la falta de recursos

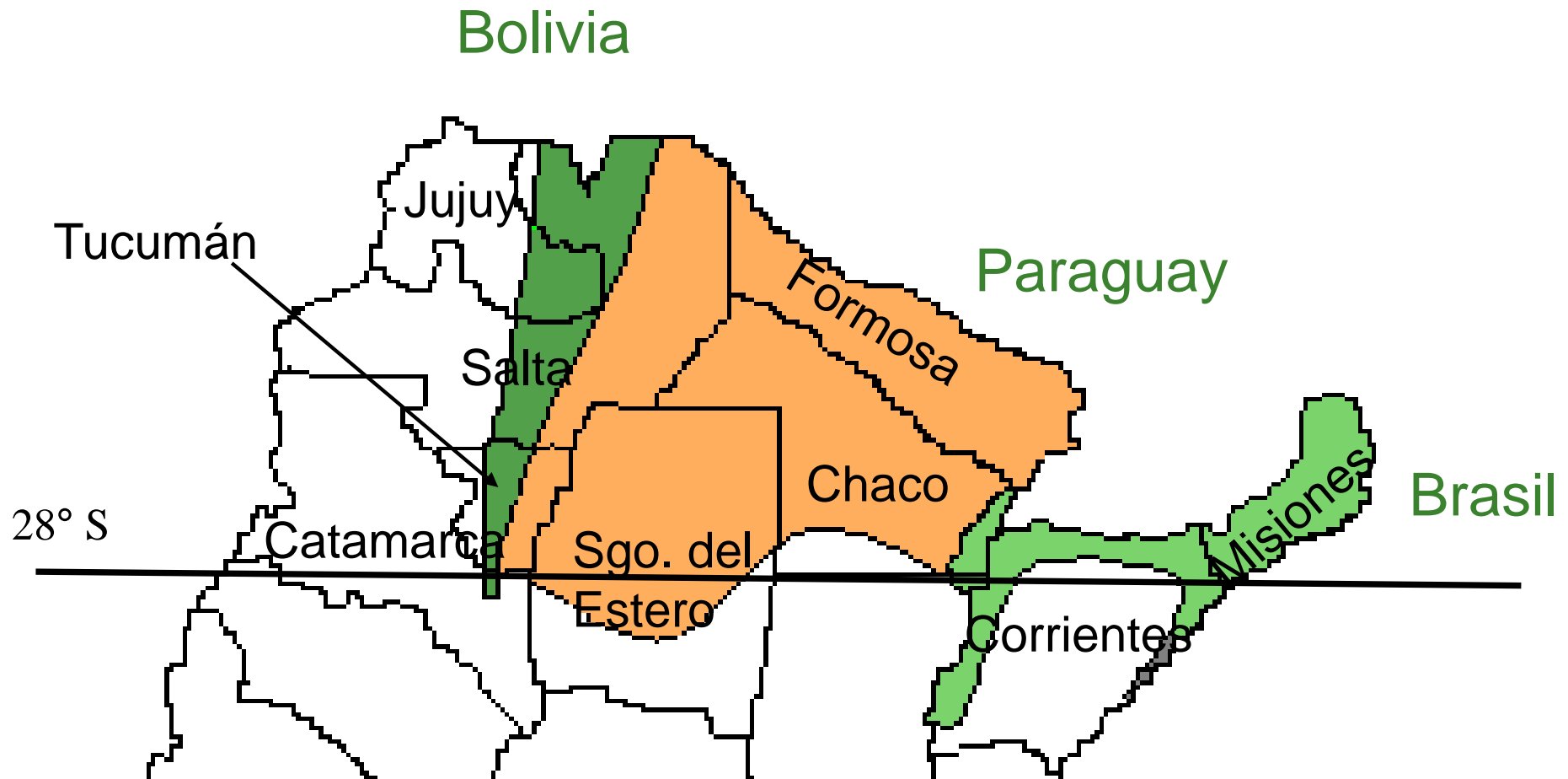
INTRODUCCION

- * La leishmaniasis es una infección causada por parásitos del género *Leishmania* y transmitida (en el nuevo mundo) por la picadura de hembras de insectos del género *Lutzomyia*. La enfermedad tiene 4 formas de presentación que dependen de la especie parasitaria y del sistema inmune del paciente.

IMPORTANCIA DEL TEMA

- * 1,5 MILLONES DE PERSONAS CONTRAEN LEISHMANIASIS CUTANEA POR AÑO.
- * 500.000 ADQUIEREN LEISHMANIASIS VISCERAL
- * 350 MILLONES DE PERSONAS ESTAN EN RIESGO DE ENFERMAR.

¿Dónde encontramos Leishmaniasis en Argentina?

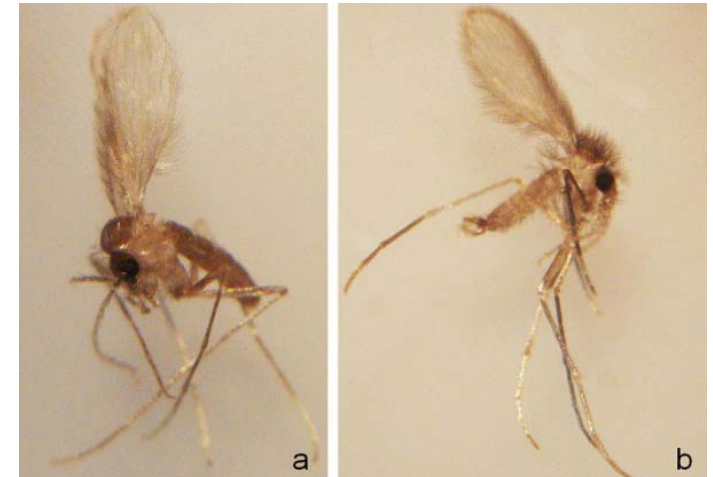
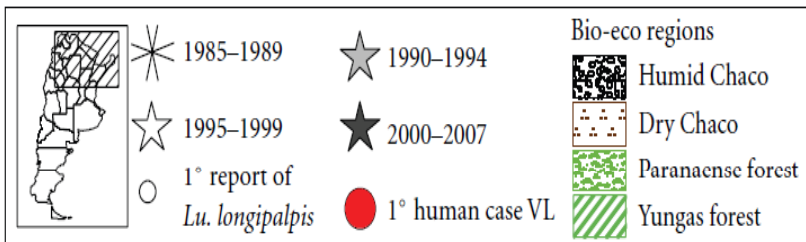
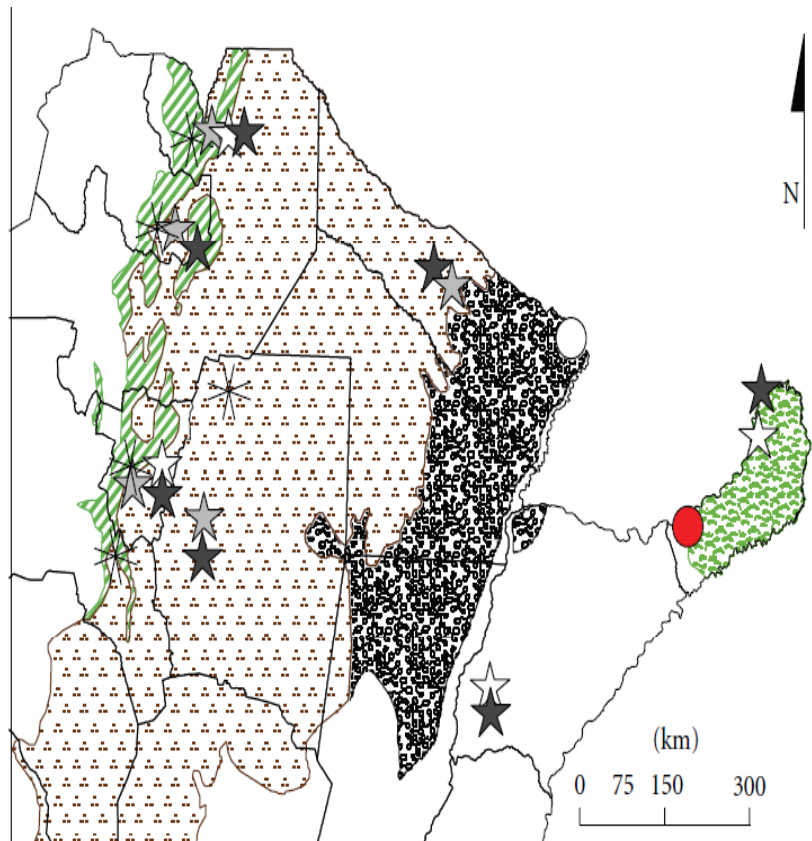


 Provincia de Las Yungas

 Monte chaqueño

 Bosque subtropical este

VECTORES



Hindawi Publishing Corporation
Journal of Tropical Medicine
Volume 2012, Article ID 601242, 11 pages
doi:10.1155/2012/601242

Review Article Leishmaniasis and Climate Change—Case Study: Argentina

Oscar Daniel Salomón,¹ María Gabriela Quintana,²
Andrea Verónica Mastrángelo,³ and María Soledad Fernández⁴

¹Instituto Nacional de Medicina Tropical, Neuquén y Jujuy, Puerto Iguazú, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas CONICET CP3370, Argentina

²Instituto Superior de Entomología "Dr. Abraham Willink", CONICET Miguel Lillo 205, San Miguel de Tucumán CP4000, Argentina

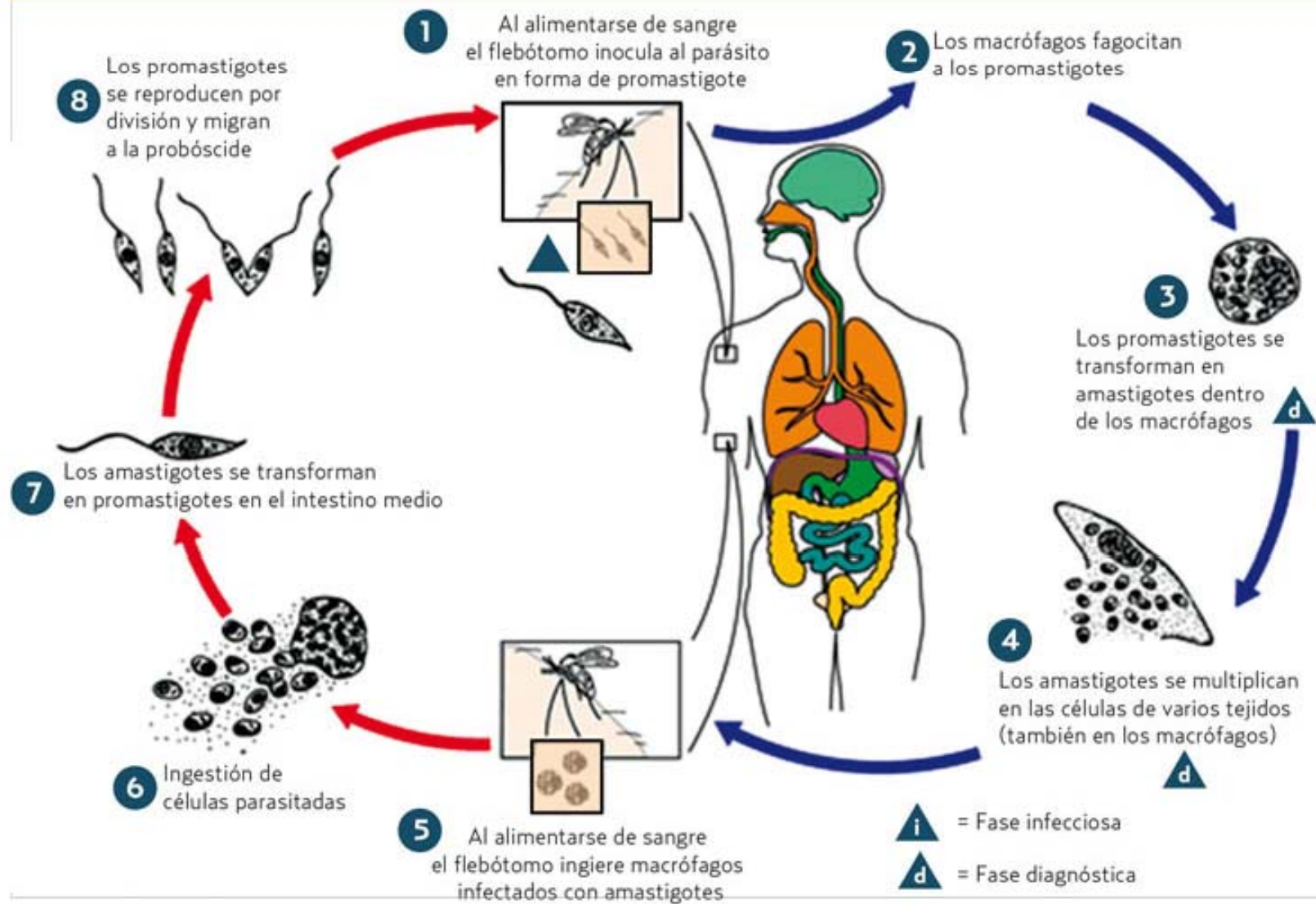
³Universidad Nacional de Misiones, CONICET Posadas CP3300, Argentina

⁴Centro Nacional de Diagnóstico e Investigación de Endemo-Epidemias, CONICET Paseo Colón 568, 1er piso, Ciudad de Buenos Aires, UBA CP1063, Argentina

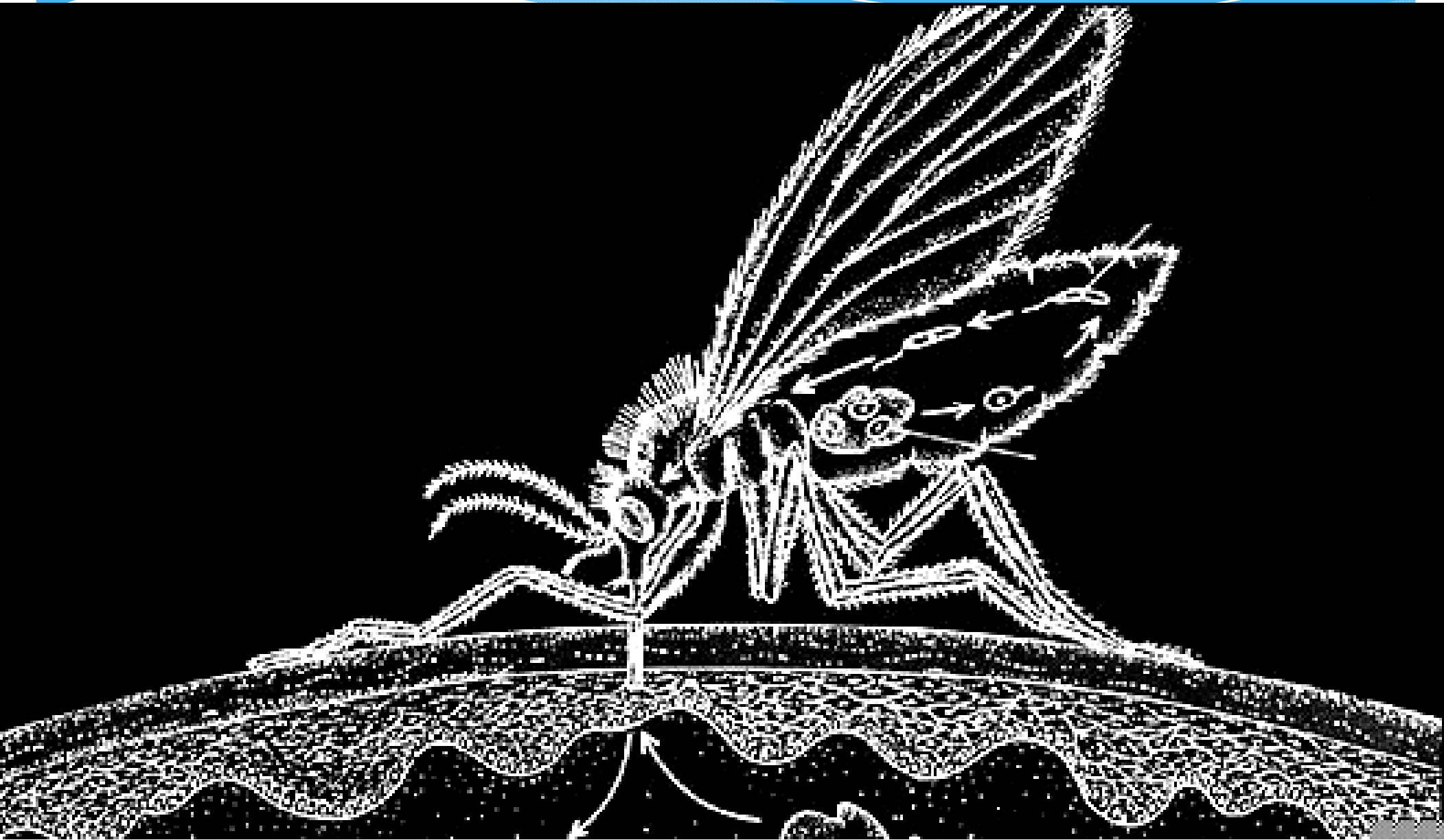
FIGURE 1: Leishmaniasis in Argentina by bio-eco regions. Distribution of outbreaks by site and period.

FIGURA 6

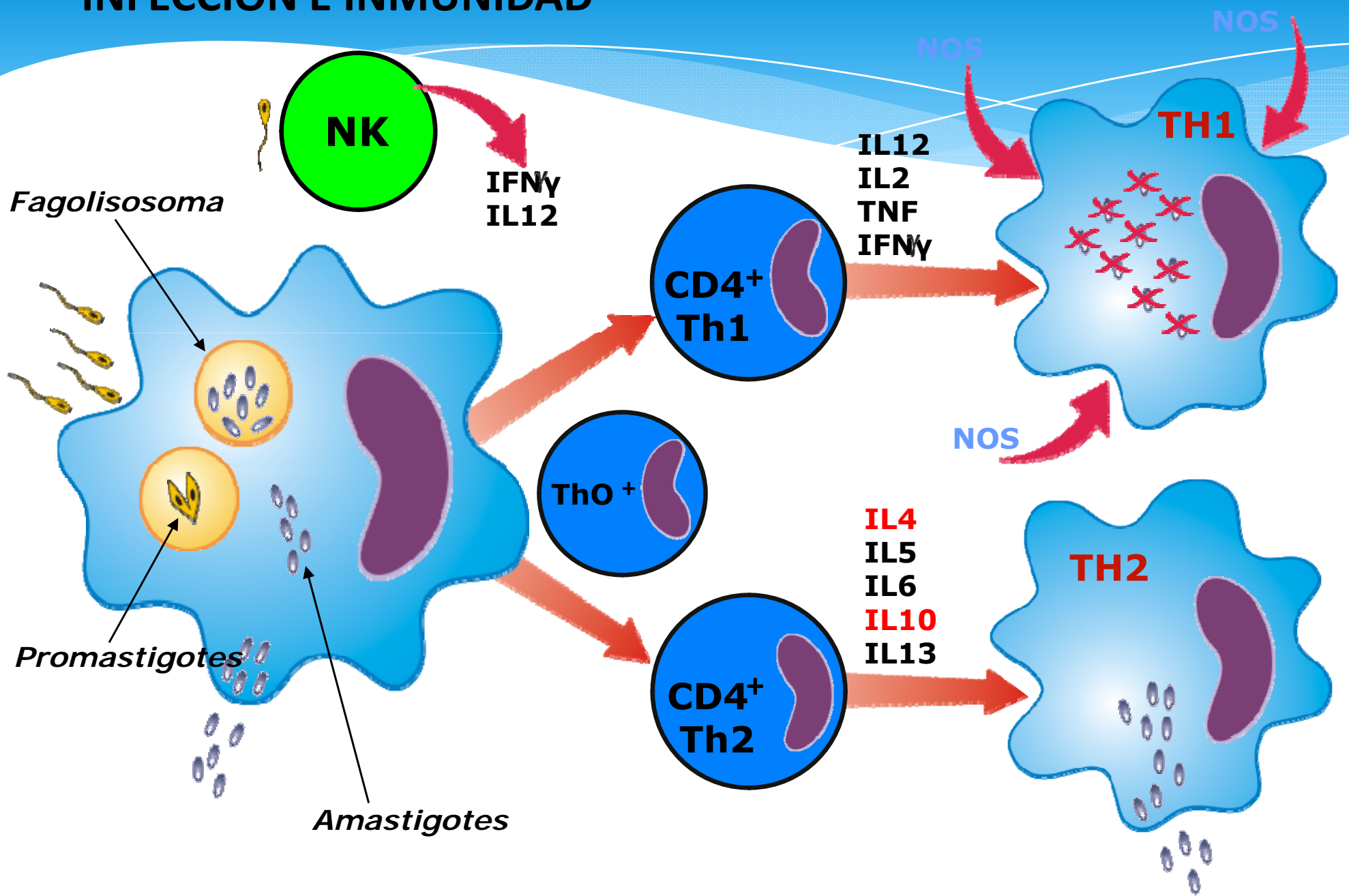
Ciclo biológico del parásito



Ciclo en el mosquito



INFECCIÓN E INMUNIDAD



MANIFESTACIONES CLÍNICAS

FORMAS CUTANEAS

- Período de incubación : 2 semanas y 2 meses.
 - Localizaciones más frecuentes:
 - (extremidades y en la cara).
 - Mácula eritematosa, pápula o pústula,
 - Úlcera y costra.
 - Aparecen lesiones satélites

MÁCULA

En el sitio de la picadura aparece inicialmente una mácula.



PÁPULA

La mácula evoluciona a pápula.



NÓDULO

La lesión continúa creciendo y se desarrolla un nódulo. El nódulo es producido por la masa dérmica que contiene macrófagos vacuolados con abundantes parásitos de *Leishmania* y un infiltrado linfocitario.



ULCERA Y CICATRIZ

Los nódulos crecen en tamaño y ocurre necrosis en el centro de la reacción granulomatosa, la cual es inducida por la respuesta inmune, dando como resultado una úlcera. Las úlceras crecen y se tornan costrosas, redondeadas, con bordes levantados y eritematosos, fondo limpio y son indoloras. Por último, luego de eliminado el parásito, ya sea porque la respuesta inmune fue efectiva o por acción del tratamiento específico contra *Leishmania*, se inicia la resolución de la lesión, dando lugar a la cicatrización.



Úlceras únicas
O múltiples

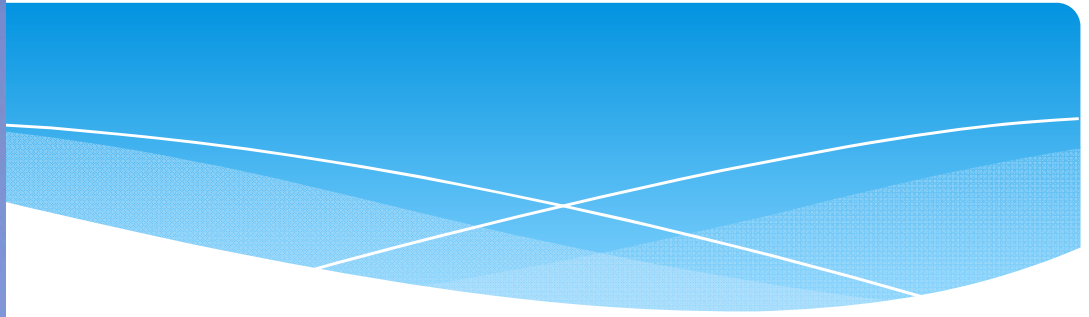
Contorno circular, bordes elevados, poco exudativa, s/ tendencia a sangrado espontáneo, fondo granuloso y coloración rojo

Retrograda
en algunos meses









Forma verrucosa

Forma esporotricótica



Diagnósticos diferenciales

- * **Úlcera traumática**
- * **Micosis profundas**
- * **Piodermitis**
- * **TBC cutánea**
- * **Neoplasias de piel**



LESIONES MUCOSAS

- Inician meses después o pasado algunos años....

-En ocasiones *NO* se evidencian lesiones cutáneas precedentes.

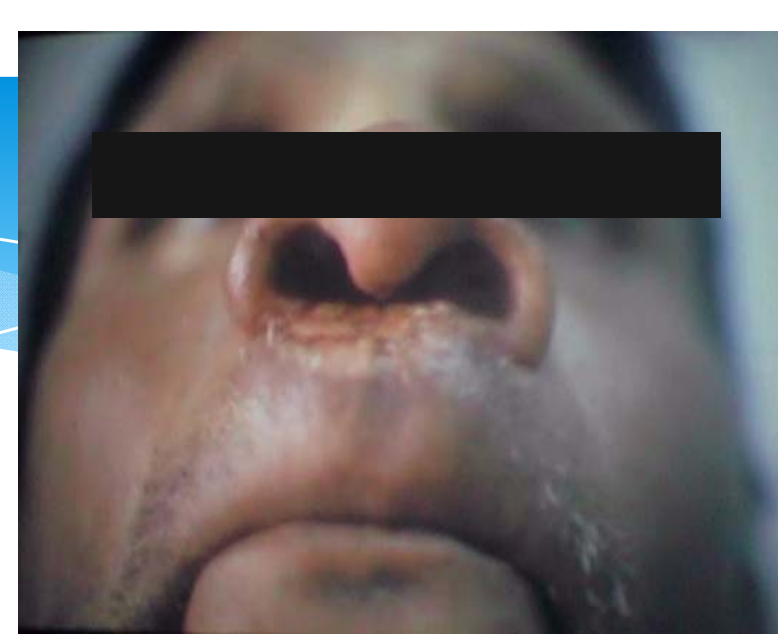
-Otras se presentan con lesiones concomitantes.

4% a 7 % podrán desarrollar la forma mucosa

La presencia de una o varias cicatrices en la piel con una historia de úlcera cutánea de prolongada evolución, además de los síntomas referidos por el paciente, refuerzan el diagnóstico clínico de la LM

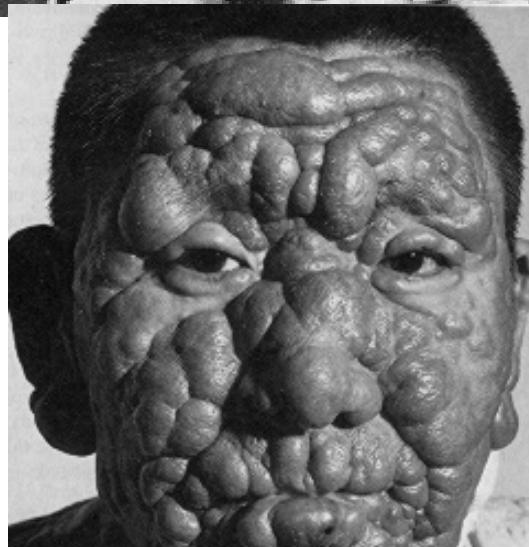
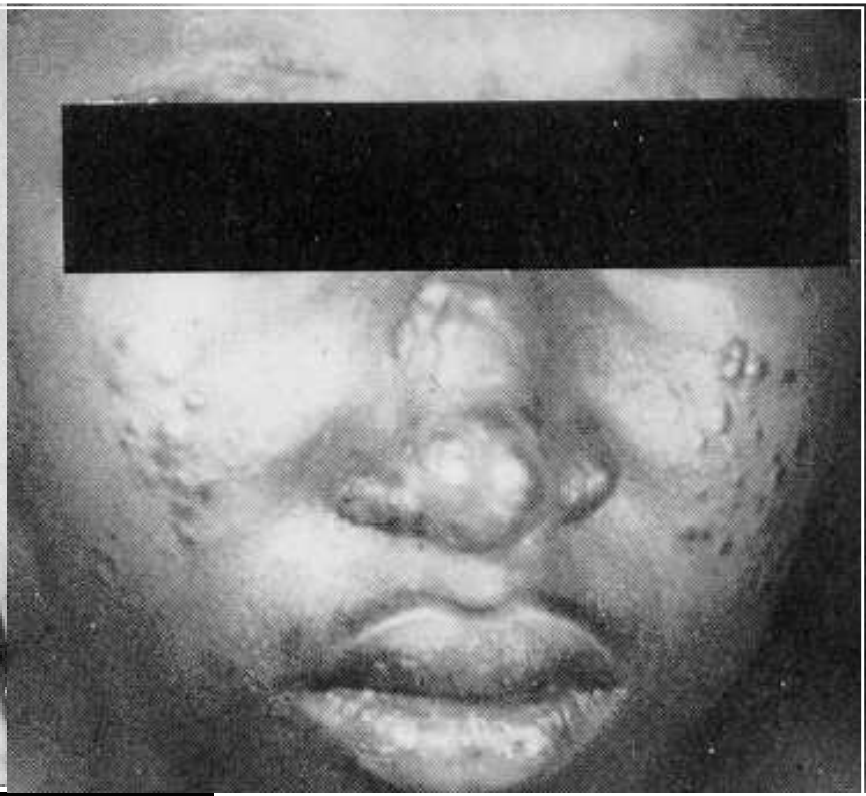
Forma mucosa: Pueden presentarse como

- ❑ *Lesiones infiltrativas*
- ❑ *Lesiones ulcerativas sangrantes*
- ❑ *Ubicadas en tabique nasal, boca, faringe, laringe, tráquea.*
- ❑ *El septo nasal es el más comprometido y se puede presentar con perforación.*
- ❑ *No se curan espontáneamente.*
- ❑ *Pueden tener carácter crónico recidivante.*



Diagnósticos diferenciales

- * **Micosis profundas**
- * **Hanseniasis**
- * **TBC nasal**
- * **Neoplasias de orofaringe y rinofaringe**



LEISHMANIASIS CUTANEA DIFUSA

DIAGNOSTICO CLÍNICO DE LTA

- * **ANAMNESIS EPIDEMIOLOGICA**
- * **CARACTERICAS CLINICAS DE LA LESION**
- * **DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:**
 - ❖ **FROTIS**
 - ❖ **PCR**
 - ❖ **SEROLOGIA**
 - ❖ **CULTIVO**
 - ❖ **IDENTIFICACION DE ESPECIE**

LEISHMANIASIS TEGUMANTARIA AMERICANA

TRATAMIENTO

1° LINEA	2° LINEA	
<p>ANTIMONIATO DE MEGLUMINE</p> <p>Dosis: 10 mg/kg/día LCA 20 mg/kg/día LMC</p> <p>Vía de Administración IM</p> <p>LC: 3 semanas LM: 4 semanas</p>	<p>ANFOTERICINA B</p> <p>Dosis: 0.1mg/kg/día Hasta 1 mg/kg/día</p> <p>Vía de Administración EV</p> <p>LC: 1 gramo LM: 3 gramos</p>	<p>ISOTIONATO DE PENTAMIDINA</p> <p>Dosis: 3-4 mg/kg/día, C/48 horas hasta 2g.</p> <p>Vía de Administración IM o EV</p> <p>LC: 2 gramos LM: 10 dosis</p>

LEISHMANIASIS EN LAS AMÉRICAS



RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO



Leishmaniasis cutánea

- Se recomienda el uso de los antimoniales pentavalentes para tratar la leishmaniasis cutánea (**calidad alta y recomendación fuerte**).
- Para la leishmaniasis cutánea producida por *L. guyanensis* y *L. panamensis* se recomienda el uso de miltefosina (**calidad alta y recomendación fuerte**).
- Para la leishmaniasis cutánea producida por *L. mexicana* y *L. panamensis* se recomienda el uso de ketoconazol (**calidad baja y recomendación débil**).
- Se recomienda el uso de isetionato de pentamidina (**calidad baja**), ketoconazol (**calidad baja**), o del miltefosine (**calidad moderada**) o anfotericina B liposomal (**calidad muy baja**), o de la anfotericina B desoxicolato (**calidad muy baja**), en caso de falla terapéutica o situaciones especiales (**recomendación débil**).
- Se recomienda el uso de termoterapia (**calidad moderada**) o antimoniales intralesionales (**calidad muy baja**), cuando no esté indicado realizar tratamientos sistémicos o se requiera efectuar tratamientos locales de la leishmaniasis cutánea, acorde los criterios establecidos (**recomendación débil**).

Tratamiento:

Antimoniales pentavalentes derivados del tártaro emético

- Estibogluconato sódico (No disponible en el país)
20mg/Kg/d IM x 20d
- Antimoniato de meglumina: 10 a 20mg/kg , vía IM
x 28 días o series de 10 días
(no menos de 20mg/kg/día para cutáneo-mucosa)
- Provisión a través del Ministerio de Salud de la Nación

* SINTOMÁTICO

* CURACIONES

* ANTIBIOTICOTERAPIA EN CASOS DE
SOBREINFECCIÓN



Toxicidad de los Antimoniales

- En general Sb^{5+} es bien tolerada y su toxicidad es usualmente reversible.
 - Toxicidad y síntomas subjetivos están asociados con la dosis (alta) y duración de la terapia.
 - Toxicidad sistémica incluye:
 - artralgia & mialgia (~ 90%)
 - Náusea & vómitos (~ 50%)
 - Cambios en EKG* (10-36%)
 - Hiporexia
- * prolongación del intervalo QT > 0.50 (alto riesgo)

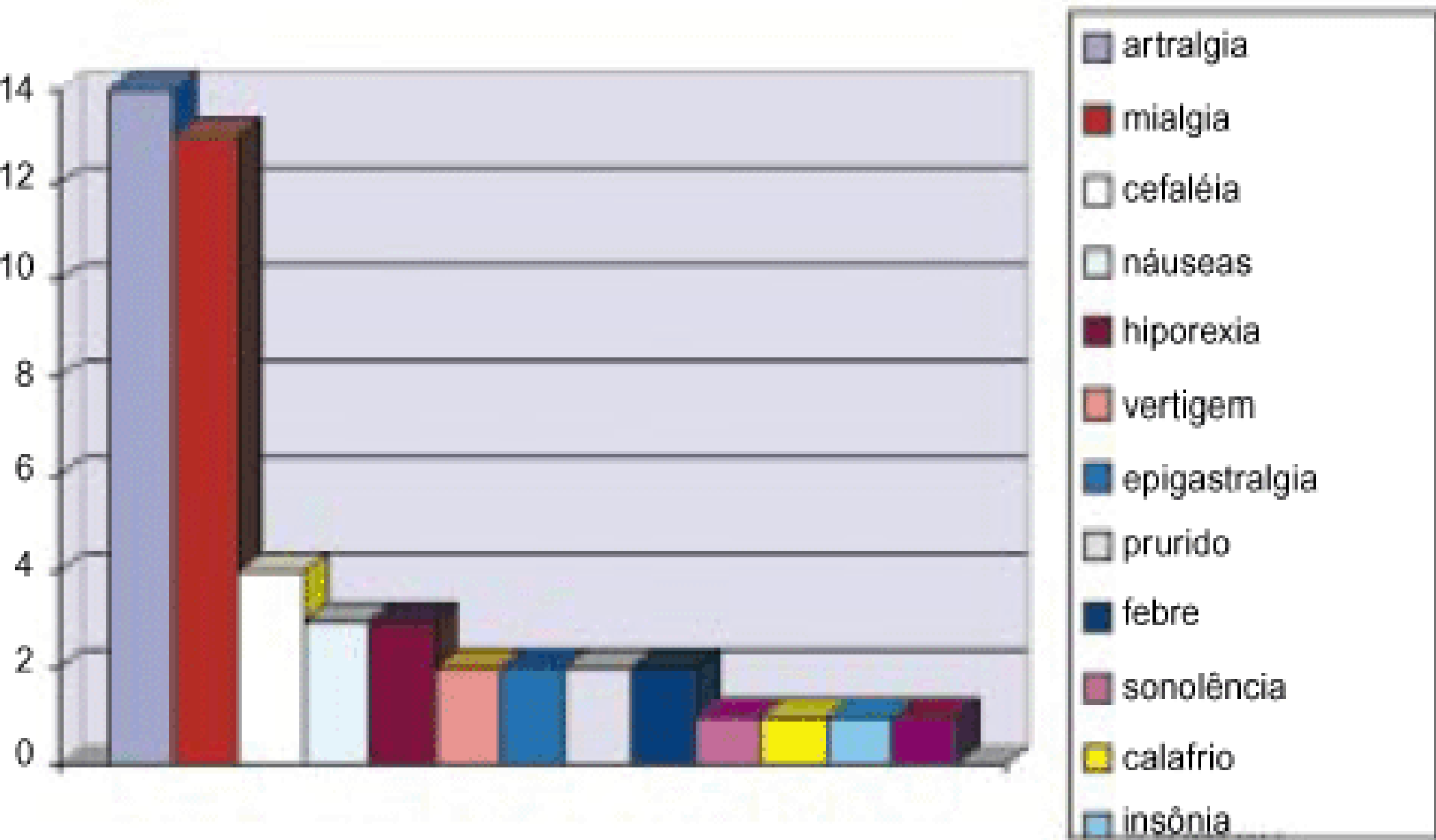


Figura 2 - Gráfico representando os efeitos colaterais referidos pelos pacientes do grupo tratado com antimonial pentavalente (y=número absoluto de casos, x=efeito colateral).

Evolución clínica con tratamiento



Pre tratamiento

28 días de tratamiento

1 mes post-tratamiento

Cura: reepitelización completa de todas las lesiones con seguimiento de 6 á 12 meses sin recidiva.

Evaluación a los 45 días del tratamiento:

Otras drogas no-inyectables en evaluación

- * Imiquimod

- * Induce IFN sérico

- * Asoc. a antimoniales 90% efectivo en rescate de fallo a antimoniales. *CID* 2001;33:1847-51.

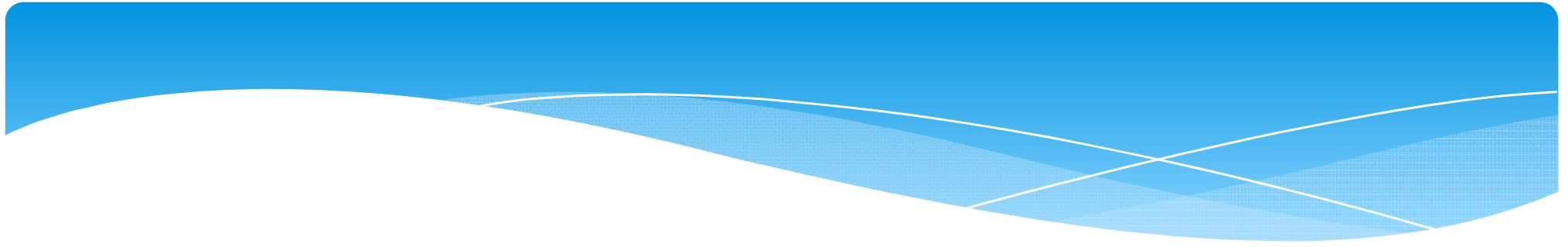
- * Itraconazol

- * Poco efectivo vs *L panamensis*.

- * Ketoconazol

- * Poco efectivo vs *L braziliensis*. *JID* 1992;165:528-34

- * Comparable a antimonio vs *L. panamensis*
AJM 1990;89:147-155.



Lugares donde estudiamos las enfermedades tropicales

Leishmaniasis-geohelminintos

Arbovirosis – chagas-



Universidad Nacional de Salta

Instituto de Investigaciones en Enfermedades Tropicales

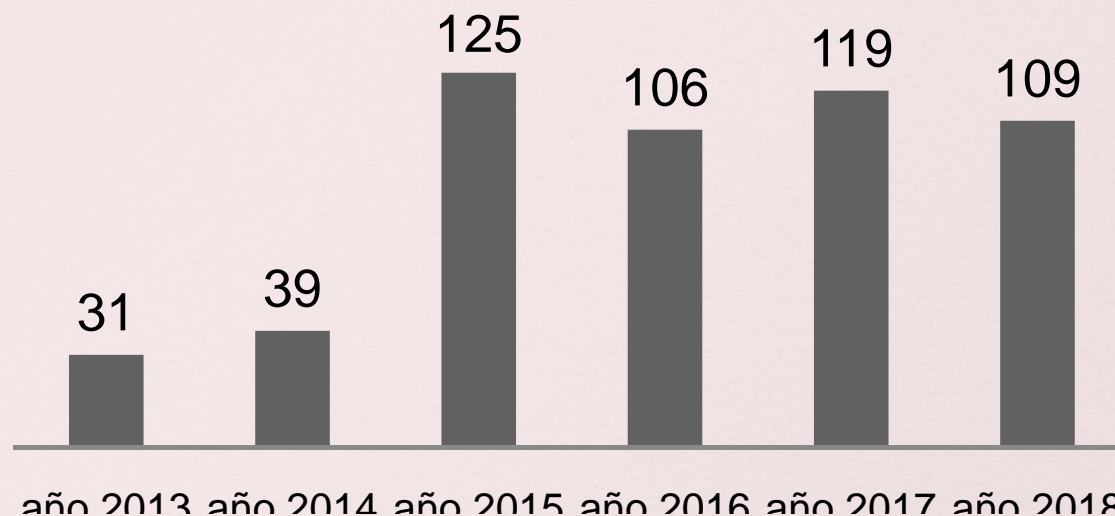
Alvarado 751 CP 4530 –Oran – Pcia de Salta – Argentina

Tel. 0054-3878-421924 Fax 0054-3878-21388

e-mail: spcajal@yahoo.com.ar

Leishmaniasis tegumentaria americana

CASOS DE LEISHMANIASIS
ÁREA OPERATIVA N° XI ORÁN – SALTA
AÑO 2.013 AL 2.018 (n= 531)



CASOS DE LEISHMANIASIS SEGÚN
SEXO Y GRUPO ETARIO
ÁREA OPERATIVA N° XI ORÁN –
SALTA
AÑOS 2.013 AL 2.018 (n= 531)

Masculino	Femenino	< 14 Años	> 14 Años
370	70	31	415

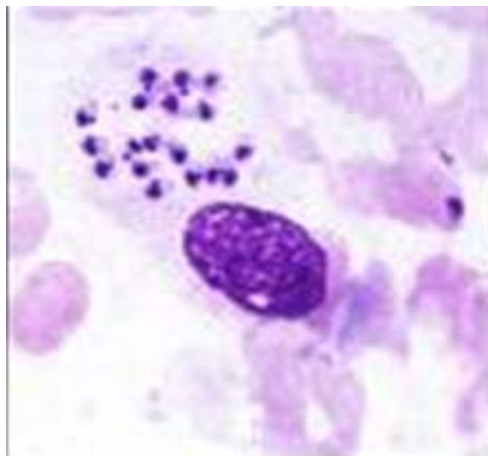


Las lesiones aparecen en el lugar de la picadura por el insecto, frecuentemente en zonas expuestas del cuerpo

- *Sexo más afectado es el masculino*
- *Localización de las lesiones:*
 1. *Miembros inferiores 69 %,*
 2. *Miembros superiores, 18 %*
 3. *Cabeza y tronco 13 %.*

Leishmaniasis Tegumentaria Americana

- 1-Datos epidemiológicos
- 2-Anamnesis
- 3- Características de la lesion
- 4-Dx diferenciales
- 5- Toma de muestra frotis, PCR
Cultivo y serologia

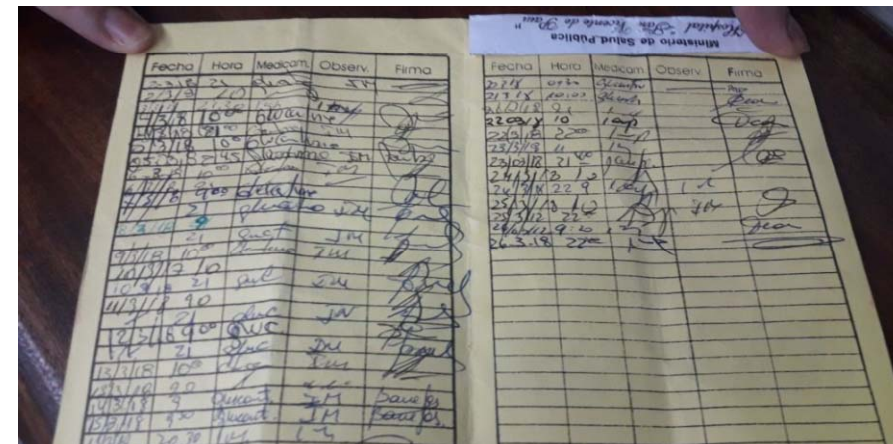
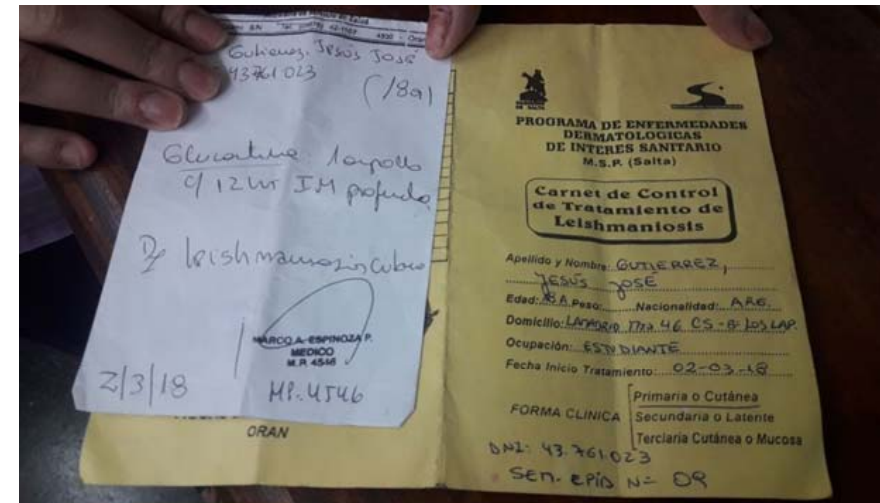


DIAGNOSTICO POSITIVO PARA LEISHMANIASIS

FICHA EPIDEMIOLOGICA PARA LA DENUNCIA

LABORATORIO INICIAL ECG

COMIENZO DE TTO Y EVALUACION CADA 7 DIAS



Evolución de lesiones con tratamiento



Basal



Fin del 1er ciclo

Antimoniato de meglumina: 10mg/Kg/día
IM por 28 días



Fin del 2^{do} ciclo



4 meses post 2^{do} ciclo

Antimoniato de meglumina: 10mg/Kg/día
IM

ARTÍCULOS ORIGINALES

IDENTIFICACIÓN POR PS-PCR DE ESPECIES DE *LEISHMANIA* Y SU CORRELACIÓN CON CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y TERAPÉUTICAS EN SALTA, ARGENTINA

Identification by PS-PCR of Leishmania Species and its Correlation with Clinical, Epidemiologic, and Therapeutic Characteristics in Salta, Argentina

ALEJANDRA BARRIO*, MARÍA F. GARCÍA BUSTOS*, MARÍA C. MORA*, CECILIA M. PARODI*, FEDERICO RAMOS*, SONIA MORENO**, MIGUEL A. BASOMBRÍO*

CASOS CLINICOS



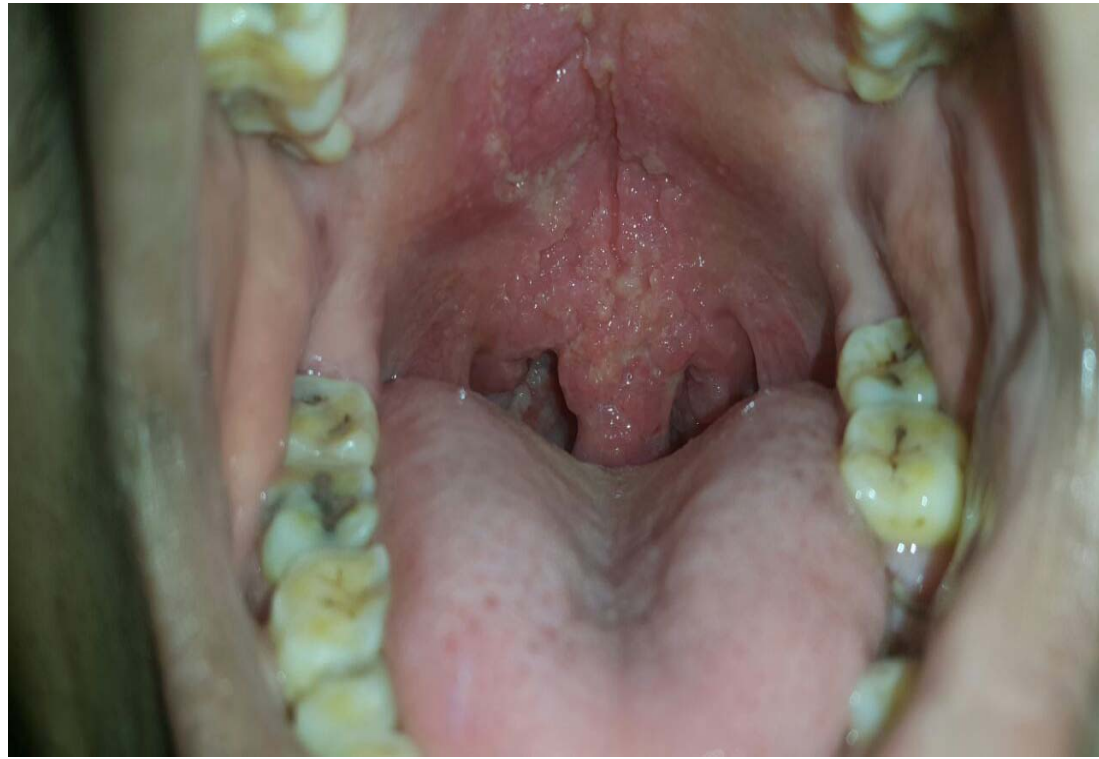
leishmaniosis

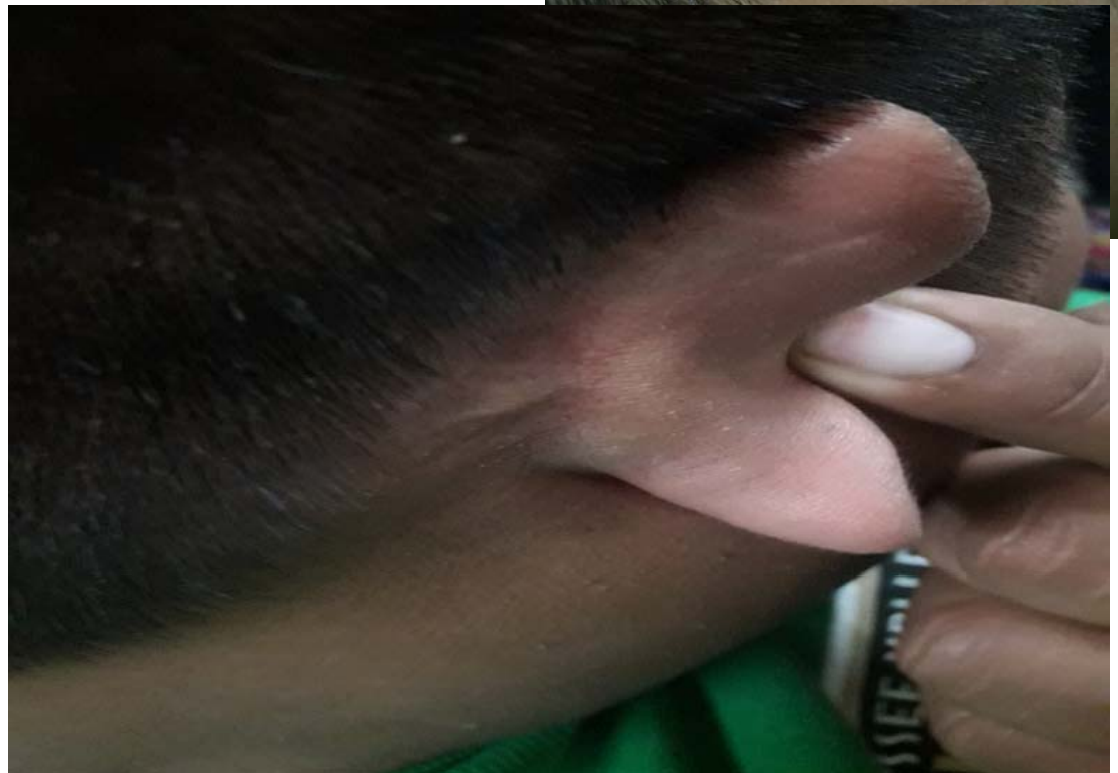
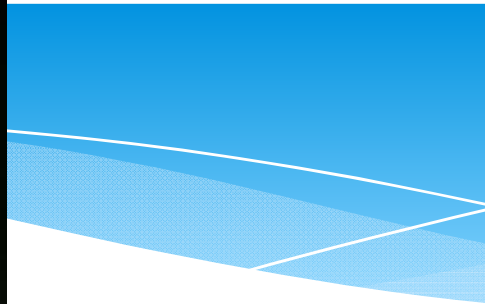
paracoccidioidomycosis

INFECCION MIXTA POR LEISHMANIASIS Y
PARACOCCIDIODOMICOSIS

Leishmaniasis mucocutanea

- * **Paciente masculino de 36 años de edad, oriundo de la localidad de Hipolito Yrigoyen, trabajador rural, sin antecedentes de comorbilidades .**
- * **Consulta por lesiones ulcerosas a nivel del maléolo interno en miembro inferior izquierdo y en zona retro auricular. Refiere disfonia y disfagia .**









Evaluación de la eficacia de azitromicina en el tratamiento de Leishmaniasis Tegumentaria Americana en Orán, Salta

 THE AMERICAN JOURNAL OF
**Tropical Medicine
and Hygiene**
Official Journal of the American Society of Tropical Medicine and Hygiene

Volume 77 October 2007 Number 4

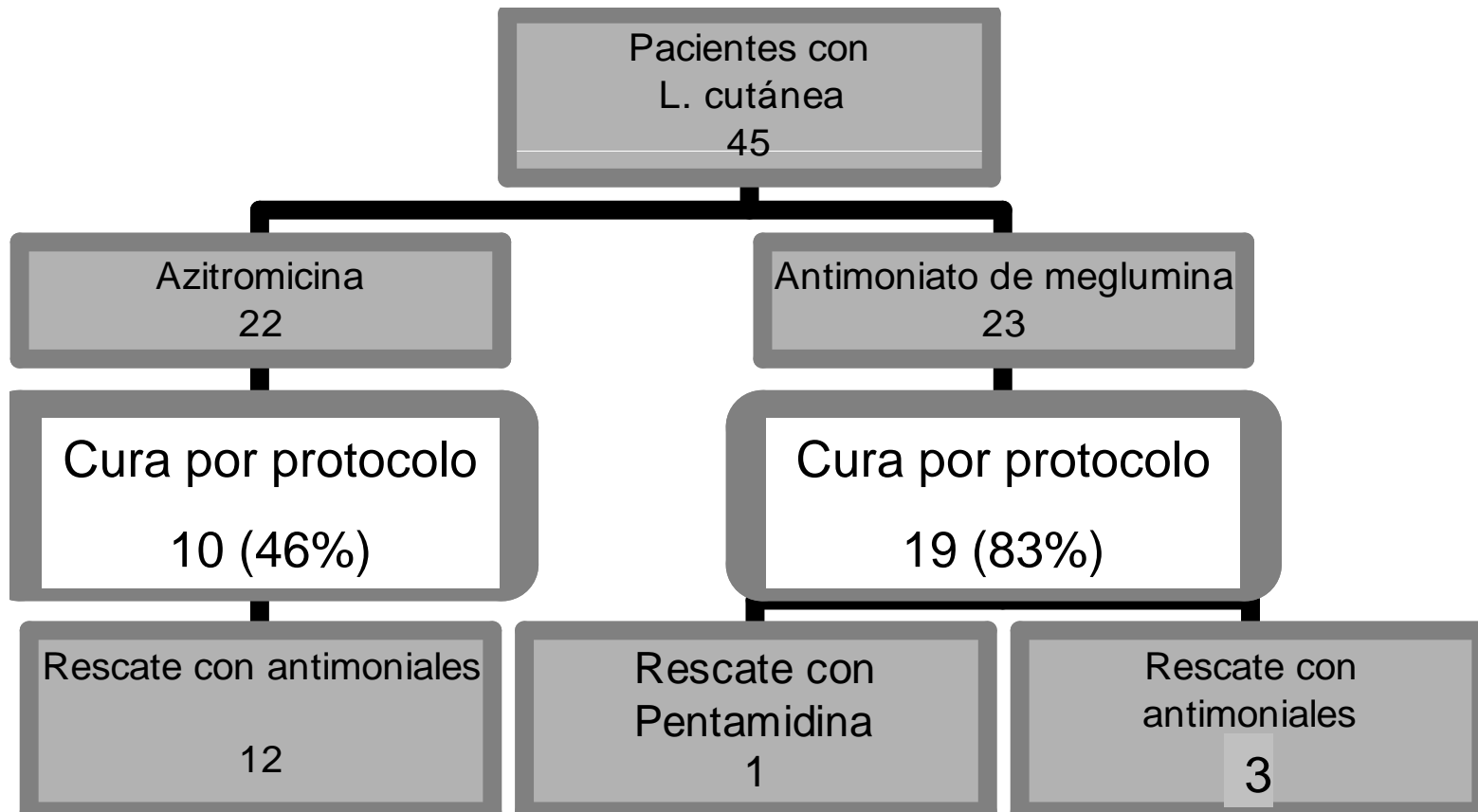
Editorial		
Molecular seromonitoring of lymphatic filariasis ♦ Moses J. Beckler	591	591
Articles		
A critical appraisal of molecular seromonitoring as a tool for assessing progress toward elimination of lymphatic filariasis ♦ Hoda A. Farid, Zakariya S. Moray, Hasan Helmy, Reda M. R. Ramzy, Magdal El-Semly, and Gary J. Weil	593	617
Plasma vascular endothelial growth factor-A (VEGF-A) and VEGF-A gene polymorphism are associated with hydrocortic development in lymphatic filariasis ♦ Alexander Yan Dzhubal, Sabine Mand, Mohammad Reza Toftani, Yehosh Marfo-Dobolyan, Linda Riana, Peter Nürnberg, Bernard Lawson, Othman Aljdi, Achim Hoerauf, and Kenneth Pfister	601	640
Two cases of <i>Plasmodium vivax</i> malaria with the clinical picture resembling toxic shock ♦ Joon Young Song, Cheong Won Park, You-Mee Jo, Joong Yoo Kim, Joong Hwan Kim, Hye Joong Yoon, Chi Hoon Kim, Chae Seung Lim, Hee Jin Cheong, and Won Joo Kim	609	627
Comparison of different artemisinin-based combinations for the treatment of <i>Plasmodium falciparum</i> malaria in children in Kigali, Rwanda, an area of resistance to sulfadoxine-pyrimethamine: Artesunate plus sulfadoxine-pyrimethamine versus artesunate plus sulfadoxine-pyrimethamine ♦ Stephen Rutisa, Jean Philip Gatarayiba, Tharcisse Kabarisa, and Gill Ndaiyiba	612	627
Effects of malaria heme products on red blood cell deformability ♦ Ferradre Nuchongait, Keatavee Chemsinch, Pradumwan Charoenwathana, Chonchoo-Sak Fuaa, Ditsanalla Taramelli, Nicholas P. Day, Nicholas J. White, and Arjen M. Dondorp	617	627
Relationship of hepatic parasitemia and anemia among patients with uncomplicated <i>Plasmodium falciparum</i> malaria in Ghana ♦ Caroline E. Howard, Sri S. Sri Kalyani, Isabella A. Quake, Anvita M. Boomeram, Ebenezer A. Addison, Kai Sun, David Sullivan, and Richard D. Samba	623	633
Malaria treatment efficacy among people living with HIV: The role of host and parasite factors ♦ Mikam K. Laidon, Jooji G. van Oosterhout, Phillip C. Thwing, Friction K. Dzinjiamala, Teresa Hsu, Lorraine Berabo, Stephen M. Graham, Terrie E. Taylor, and Christopher V. Plowe	627	633
Short report: Persistent and untreated tropical infectious diseases among Sudanese refugees in the United States ♦ Carlo Franco Paredes, Roberta Dismukes, Deborah Nwofia, Alicia Hudson, Kimberly Wolkovick, Alfonso Rodriguez-Morales, Mariana Wilson, Danielle Jones, Peter Marang, and Philip Kozarsky	633	633
Short report: Use of kDNA-based polymerase chain reaction as a sensitive and differentially diagnostic method of American Tegumentary Leishmaniasis in disease endemic areas of northern Argentina ♦ Alejandra Barrio, Maria C. Mora, Federico Ramos, Sonia Moreno, Ruth Samson, and Néstor A. Basombrio	636	636
A randomized clinical trial comparing oral azithromycin and meglumine antimoniate for the treatment of American cutaneous leishmaniasis caused by <i>Leishmania (Viannia) braziliensis</i> ♦ Alejandro J. Krolwiecki, Héctor D. Romero, Silvana P. Cajal, David Abraham, Tatsuyuki Mimori, Tamami Matsumoto, Marisa Juárez, and Nestor J. Taranto	640	646
Coincidence of <i>Typanosoma cruzi</i> genotypes in wild and peridomestic mammals in Chile ♦ Marlene Rozas, Carolina Berra-Molina, Nereida González, Sylvia Orellana, Pedro E. Carras, and Aldo Solari	647	647
Toxoplasma and leishmanicidal activities of flavonoids from Argentine medicinal plants ♦ Valeria P. Salicrú, Silvia I. Casella, Fernanda M. Frank, Flavia C. Rebelo, Claudia A. Anselmi, Jorge D. Coussio, Emilio L. Malchiodi, Virginia S. Martins, and Liliana V. Muschietti	651	651
LR-table analysis of <i>Anopheles stephensi</i> in western Kenya highlands: Effects of land covers on larval and adult survivorship ♦ Yaw A. Afrane, Goufa Zhou, Bernard W. Lawson, Andrew K. Githeko, and Guizhen Yan	660	660
Genetic influences on mosquito feeding behavior and the emergence of zoonotic pathogens ♦ A. Mark Kilpatrick, Laura D. Kramer, Matthew J. Jones, Peter P. Marra, Peter Daszak, and Dina M. Fonseca	667	667
The relative influence of polyspermatid, environment, and host factors on schistosoma infection ♦ Rita de Cassia Ribeiro Silva, Maricelis Lima Barreto, Ana Marielis Oliveira Assis, Mônica Lela Portela de Santana, Isabel M. Parrega, Mitermayer Gabriel Reis, and Ronald E. Blanton	672	672
Contents continued on inside cover		

Am. J. Trop. Med. Hyg., 77(4), 2007, pp. 640-646
Copyright © 2007 by The American Society of Tropical Medicine and Hygiene

A Randomized Clinical Trial Comparing Oral Azithromycin and Meglumine Antimoniate for the Treatment of American Cutaneous Leishmaniasis Caused by *Leishmania (Viannia) braziliensis*

Alejandro J. Krolwiecki,* Héctor D. Romero, Silvana P. Cajal, David Abraham, Tatsuyuki Mimori, Tamami Matsumoto, Marisa Juárez, and Nestor J. Taranto

Análisis de eficacia



PACIENTE AL INICIO DE TRATAMIENTO CON AZITROMICINA 28/10/2003



SEGUIMIENTO DEL MISMO PACIENTE



PACIENTE AL FINAL DEL SEGUNDO CICLO CON AZITROMICINA



Conclusiones:

- * Azitromicina tiene una potencial actividad en la LCA.
- * En monoterapia la azitromicina es significativamente inferior a los antimoniales.
- * No se encontraron problemas de toxicidad con azitromicina a las dosis indicadas
- * Nuevos estudios tendientes a evaluar la actividad de azitromicina en combinaciones de fármacos podrían ofrecer nuevas alternativas de tratamiento.



**Primer caso tratado
con Miltefosine en
Salta Argentina**

**MILTEFOSINA VERSUS ANTIMONIATO DE MEGLUMINA EN EL
TRATAMIENTO DE LA LEISHMANIASIS MUCOSA**

**MARÍA F. GARCÍA BUSTOS¹, ALEJANDRA BARRIO², CECILIA PARODI³, JOSEFINA BECKAR⁴,
SONIA MORENO⁵, MIGUEL A. BASOMBRÍO¹**

¹Instituto de Patología Experimental, Unidad Ejecutora CONICET, CCT Salta, ²Cátedra de Microbiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta, ³Instituto de Medicina Experimental, CONICET, Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, Argentina, ⁴Servicio de Otorrinolaringología, Hospital San Bernardo, Salta, ⁵Servicio de Dermatología, Hospital Señor del Milagro, Salta, Argentina





Leishmaniasis cutánea y herpes zoster multidermatómico

Margarita Arboleda, Laura Jaramillo, Diana Ortiz y Alejandro Díaz.

Cutaneous leishmaniasis and multidermatotic herpes zoster

Standard treatment of leishmaniasis consists of n-metilglucamine, meglumine antimoniate, which can trigger side effects such as general malaise, renal and hepatic impairment, and cardiac arrhythmias. Infrequently, reactivations of varicella-zoster virus infections have been reported. This paper describes a patient with cutaneous leishmaniasis in treatment with meglumine and herpes zoster multiplex. After ruling out other possible causes of immunosuppression, an acyclovir therapy was initiated.

Key words: Cutaneous leishmaniasis, herpes zoster, meglumine antimoniate, drug toxicity.

Palabras clave: Leishmaniasis cutánea, herpes zoster, antimonioato de meglumina, toxicidad de medicamentos.

Existen escasos reportes de reactivación del virus varicela-zoster (VVZ) asociada al tratamiento con antimoniales, especialmente con el estibogluconato sódico, aunque también los hay con meglumina^{8,11}. Hasta ahora no había comunicación de esta asociación en Colombia.

Se presenta el caso de un paciente con un herpes zoster multidermatómico asociado al tratamiento con meglumina por una LC.

Caso clínico

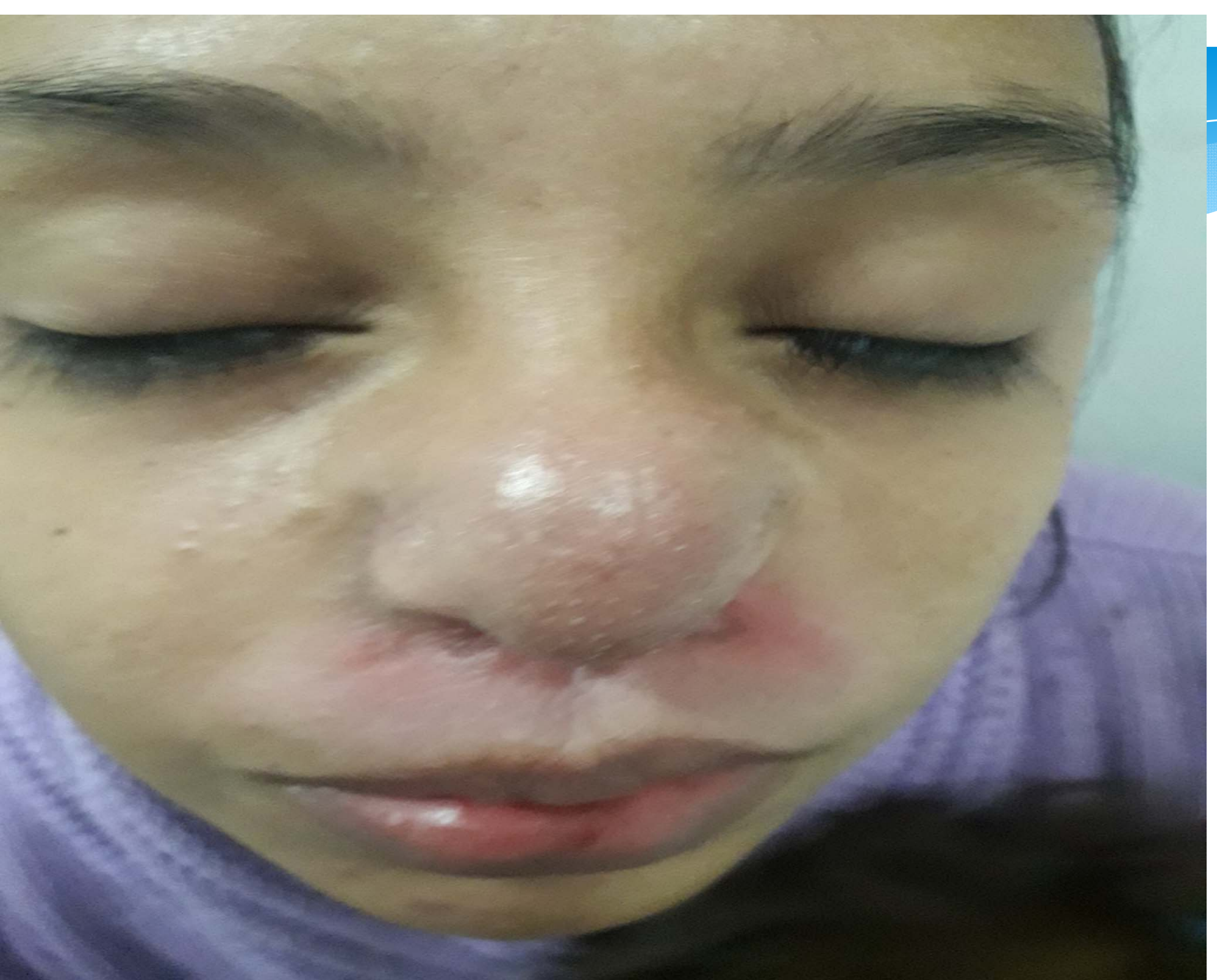
Mujer de 34 años, residente en el municipio de Carepa en el Urabá Antioqueño, Colombia y trabajadora rural en las veredas “El Cerro” y “Remedia pobre”, áreas endémicas para leishmaniasis. Consultó por un cuadro de dos meses de evolución de pápulas eritematosas en el dorso de la mano izquierda con aumento progresivo de tamaño y posterior ulceración. No refirió otra sintomatología asociada, ni traumas o picaduras de insectos. Tenía el antecedente de varicela a los 9 años y hepatitis A y malaria por *P. vivax* a los 10 años.

La paciente fue evaluada en nuestro centro, encontrándose en buenas condiciones generales, con signos vitales estables. En el examen físico se encontró integridad de la mucosa nasal y en la piel se encontraron dos lesiones ulceradas limpias de 2 cm de diámetro, con bordes indurados, localizadas en el dorso de la falange proximal del cuarto dedo y el dorso de la mano izquierda, asociadas a una adenomegalia dolorosa de 1,5 cm epitroclear. Se realizó un examen directo de la lesión encontrándose la presencia de amastigotes de *Leishmania* spp., confirmándose el diagnóstico de LC.

Se prescribió tratamiento con meglumina i.m. 20 mg/kg/día, por 20 días.

Introducción

PARA TERMINAR 3 CASOS
CLINICOS















Gentileza Dra. Martínez



Gentileza Dra. Martínez



Gentileza Dra. Martínez

LO QUE SE ESTA INVESTIGANDO....

EVALUACIÓN DE LA SUSCEPTIBILIDAD “*IN VITRO*” AL ANTIMONIATO DE MEGLUMINA, DE AISLADOS DE *leishmania Viannia*, FRENTE A LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES DE SALTA-ARGENTINA.

Gonzalez-Prieto Gabriela^{1,3}, García Bustos María^{1,3}, Parodi Cecilia^{1,3}, Ramos Federico¹, Mora María¹, Monroig Sibila², Morales de Díaz María², Tapia Emilce², Ruiz Morales Luisa², Córdoba Mauree², Ramos Andrea¹, Martínez Nuria¹, Sanchez Negrette Olga¹ y Barrio Alejandra¹

¹CIUNSa-Fac Cs de la Salud-UNSa ² Ministerio de Salud Pública de Salta ³CONICET-CCT
Salta

Y QUE PASA CON LEISHMANIASIS VISCERAL EN SALTA...

Se estudiaron **81 casos** con sospecha clínica de LV. Serología – Parasitol – Molecular en médula ósea.

1. Trabajador rural; etilista

Forma clásica : síndrome febril prolongado, astenia, pérdida de peso, dispepsia y esplenomegalia.

Sitio probable de infección: Curva de Juan, Depto. de San Martín – **Rural** (2010)

2. Niño de 1 año. Forma clínica clásica.

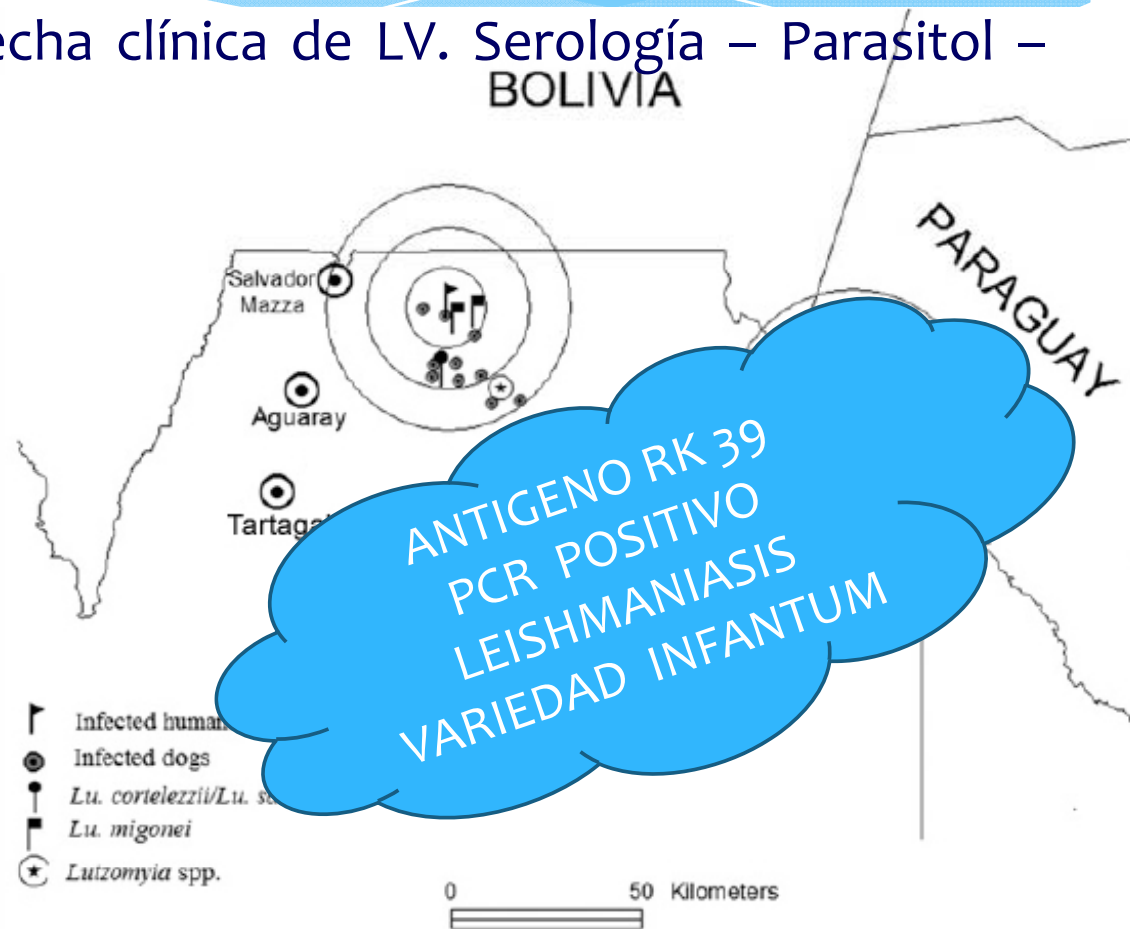
Sitio probable de infección: Puerto La Paz, Depto. Rivadavia – **Rural** (2012)

3. Niña de 1 año. Forma clínica clásica.

Sitio probable de infección: Tartagal, Depto. San Martín – **Urbana o Periurbana o Rural** (2017)

4 Niña de 1 año de Tartagal año 2018

Dx diferencial linfoma

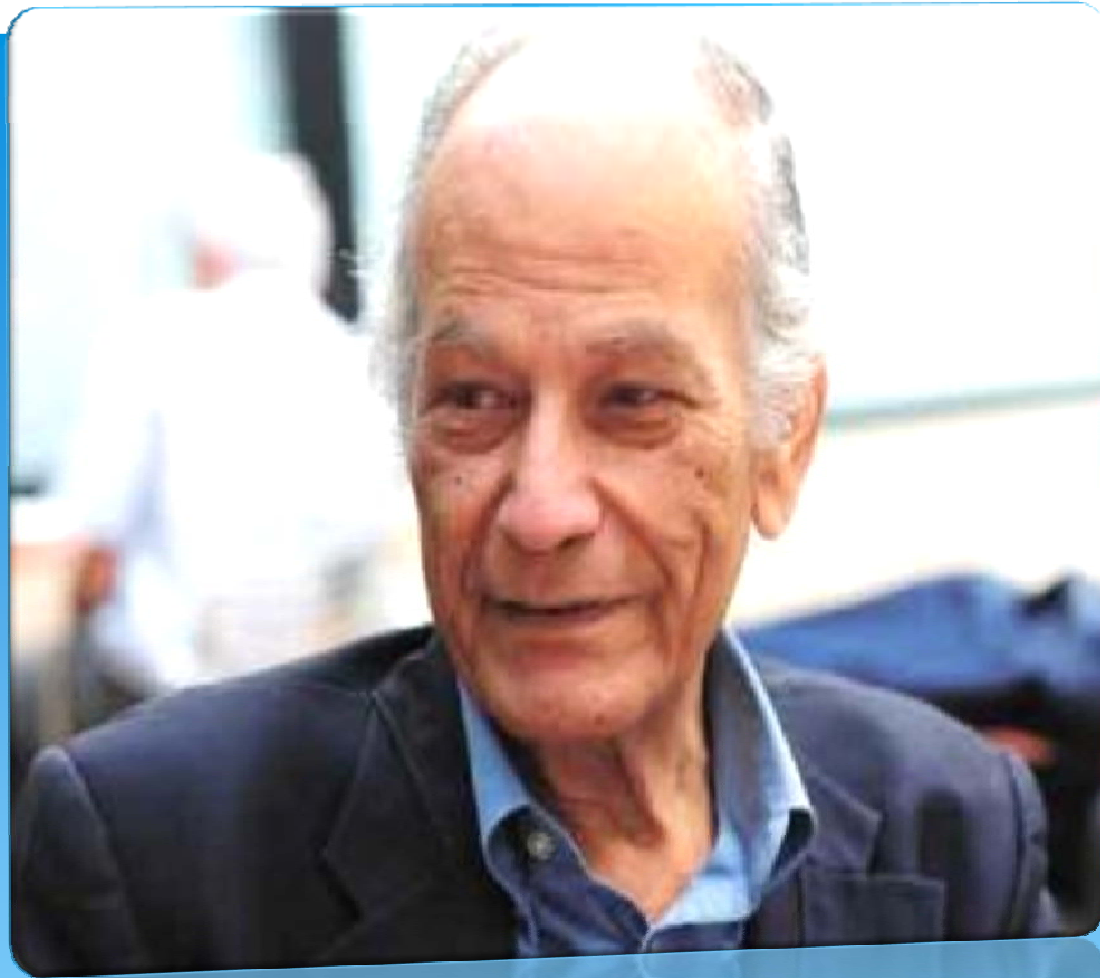


Entonces que me llevo del congreso que ante un paciente...

- * **PROVENIENTE DE ZONA ENDÉMICA:** que presente una o más lesiones ulcerosas o úlcero-costrosas, de bordes elevados, indoloras (en ausencia de sobreinfección), generalmente con más de un mes de evolución y que se encuentran principalmente en las partes expuestas del cuerpo, siendo los lugares más comunes piernas, brazos, cuello y cara.
- * **PROVENIENTE DE ZONA NO ENDÉMICA:** se haya descartado otra patología de piel y que presente una o más lesiones ulcerosas o úlcero-costrosas, de bordes elevados, indoloras (en ausencia de sobreinfección), generalmente con más de un mes de evolución y que se encuentran principalmente en las partes expuestas del cuerpo, siendo los lugares más comunes piernas, brazos, cuello y cara.

CONCLUSIONES...

- * **CONTROLAR LA POBLACION DE FLEBOTOMOS**
- * **DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ**
- * **CONTROLAR LOS RESERVORIOS DE LA ENFERMEDAD PARA INTERRUMPIR LA CIRCULACION DE PARASITOS**
- * **INVOLUCRAR A LA COMUNIDAD EN EL MANEJO AMBIENTAL Y LA TENENCIA RESPONSABLES DE MASCOTAS**



“El remedio que cura las enfermedades tropicales se llama voluntad política” (DOCTOR GUSTAVO KOURI)



Universidad Nacional de Salta
Instituto de Investigaciones en Enfermedades Tropicales
Alvarado 751 CP 4530 –Oran – Pcia de Salta – Argentina
Tel. 0054-3878-421924 Fax 0054-3878-21388
e-mail: spcajal@yahoo.com.ar



**MUCHAS GRACIAS A UDS.
POR SU ATENCION !!!**