

Leishmaniasis, enfermedad emergente

Juan Bellido Blasco

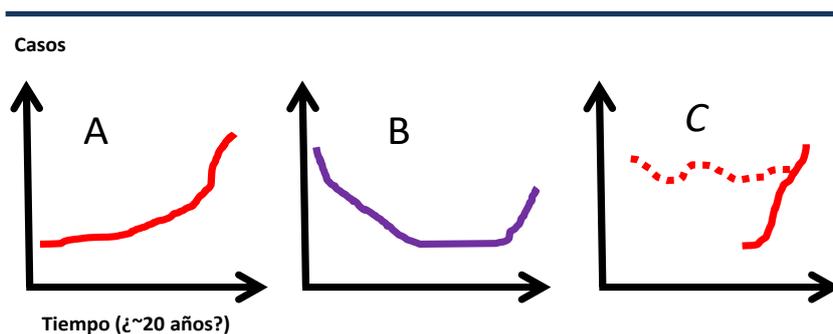
Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana
bellido_jua@gva.es

“El concepto de enfermedad emergente o reemergente surgió hace bastantes años. Estuvo de moda en los años 90, para amplificarse a partir del año 2000. Aparentemente nuevo, en realidad se basa en elementos añejos descritos por Charles Nicolle en 1930”. Esta frase la tomé de un texto francés cuya cita no recuerdo ahora, pues en mi libreta de notas no la anoté, valga la redundancia. Pero sí que tengo el libro de Nicolle: *Naissance, vie et mort des maladies infectieuses* (Librarie Félix Alcan, 1930). Nicolle es un referente importante en la historia de las enfermedades transmisibles por vectores. Fue premio nobel de Medicina por sus trabajos sobre la transmisión del tifus exantemático, cuyo vector, como es sabido, es el piojo del cuerpo. Menos sabido es que a Nicolle se le debe el descubrimiento de que el perro es uno de los reservorios de *Leishmania*, hallazgo que describió en Túnez a principios del siglo XX¹.

Pero sigamos. La referencia a los años 90 del texto entrecomillado en el primer párrafo es muy cierta. Veamos si no a qué fecha corresponde el primer número de la revista de referencia de los CDC con el explícito nombre de *Emergin Infectious Diseases*: enero de 1995². A mi concepto, enfermedad emergente es una expresión que se auto define y es un calificativo efímero por definición. Solo hay que establecer el lugar geográfico y el lapso de tiempo de referencia, pues lo que fue emergente un día, si persiste, deja de ser emergente para ser sencillamente una enfermedad endémica, con el nivel de epidemia que sea. Se ha propuesto un lapso de 20 años. De esta manera, podemos distinguir tres patrones de emergencia: enfermedad emergente real, reemergente y desvelada (figura 1). Esta última, como consecuencia de la disponibilidad de métodos diagnósticos nuevos que “desvelan” una enfermedad que ya existía; se ha dado el ejemplo de *Helicobacter pylori*. La leishmaniasis, a la que nos referimos en este resumen es una enfermedad reemergente la Comunidad Valenciana y tal vez en otros lugares de España.

Figura 1. Enfermedades emergentes. Patrones de aparición

Enfermedad Emergente: patrones



A: emergencia real; B: reemergente; C: desvelada

La leishmaniasis es una enfermedad infecciosa de transmisión vectorial cuyo agente etiológico son los parásitos del género *Leishmania*, descritos por primera vez en 1903 de manera independiente por dos médicos militares, William B Leishman y Charles Donovan (de ahí la denominación *Leishmania*

donovani). El reservorio principal en nuestro entorno es el perro, aunque recientemente la liebre ha sido identificada como reservorio, y no pueden descartarse otros. Muchas especies de flebótomo, o mosca de la arena (*sand fly*), son los vectores. En el ser humano, las dos formas clínicas más relevantes en España

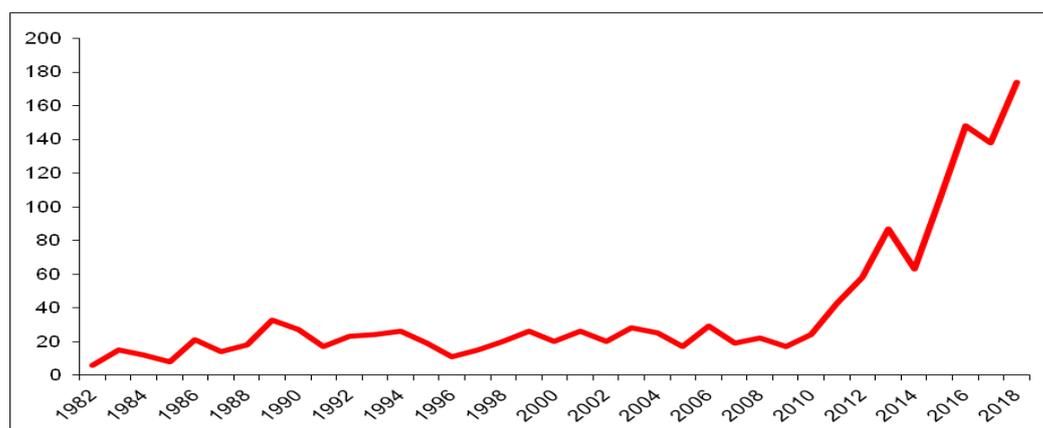
son la leishmaniasis visceral (LV) y la cutánea (LC). Hay otras. La LV es una enfermedad grave si no se trata correctamente; la presencia de fiebre irregular, esplenomegalia y pancitopenia (palidez, como signo que refleja la anemia) en un paciente que procede de zona endemiada debe alertar al médico. La LC, también conocida como botón de oriente, se manifiesta por una lesión cuyo aspecto no es definitivo para el diagnóstico (úlceras de bordes elevados), pero sí su persistencia y presentación en partes anatómicas habitualmente expuestas a la intemperie, donde es más probable que pique el flebotomo.

La cuenca mediterránea es un territorio endémico de leishmaniasis con notables diferencias geográficas y particularidades epidemiológicas propias de cada zona. Los focos históricos de leishmaniasis en España son bien conocidos. Era una enfermedad de alta incidencia; al extremo que había nombres populares para designarla: "la lloseta", el "mal de la melsa". En una monografía de 1942, el Dr. J Boix Barrios presenta la distribución de 113 casos de LV tan solo en la provincia de Castellón³. Afortunadamente, la incidencia de leishmaniasis (y otras enfermedades de transmisión vectorial) descendió en las últimas décadas hasta quedar, desafortunadamente, casi olvidada en amplios sectores del mundo sanitario.

Descendió pero no desapareció. Y no todos la olvidaron. Por volver a citar Castellón (de donde yo provengo y trabajo), fue en 1989, a iniciativa del epidemiólogo local, el Dr. Alberto Arnedo, cuando llevamos adelante un estudio en el que describimos los tres puntos de la cadena de transmisión: reservorio, vector y huésped^{4,5}. En ese sentido, hay que decir que en aquel entonces hacía poco -1982- que la leishmaniasis había sido incorporada en la lista de enfermedades de declaración obligatoria (EDO) del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE). Es a partir de ese año que podemos ofrecer una serie temporal de incidencia de leishmaniasis más o menos fiable, a pesar de los conocidos problemas de subnotificación del sistema de las EDO. Una serie temporal que ya podemos calificar de larga: 32 años (18 del final de siglo pasado y 18 del actual siglo XXI).

Esa información que aporta el SVE nos permite calificar a la leishmaniasis como enfermedad reemergente sin lugar a dudas. De un promedio de unos 30 casos anuales en la Comunidad Valenciana hasta el año 2010, hemos asistido a un incremento progresivo hasta multiplicar casi por 6 la citada cifra de referencia como fondo endémico, o hipoendémico previo (figura 2). Esta situación, como ocurre generalmente con las enfermedades transmitidas por vectores, no es homogénea en toda la Comunidad Valenciana. Hay focos que en la incidencia supera en mucho la media, y otras áreas donde el silencio epidémico persiste.

Figura 2. Casos de leishmaniasis notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Comunitat Valenciana desde 1982 a 2018 (datos provisionales en el último año). Fuente: Adaptado de Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Comunitat Valenciana



Este incremento, pues, es heterogéneo en cuanto a distribución espacial, pero homogéneo respecto a las formas clínicas. Es decir, refleja un aumento más o menos igual y paralelo en las dos formas de leishmaniasis, visceral y cutánea. No parece consecuencia de una

mayor presencia de población susceptible, como ocurrió mediada la década de los años 90, en que la coinfección VIH-Leishmania (visceral) se cebó en los adultos jóvenes y varones, donde la infección por VIH tenía mayor prevalencia.

Las causas de este cambio acaecido en los últimos cinco años y perfectamente detectado por el SVE de la Comunidad Valenciana habrán de ser investigadas en profundidad. Y ello en el contexto de otros fenómenos asimismo muy relevantes que vienen ocurriendo en los últimos años. Por ejemplo, el brote de leishmaniasis que entre 2009 y 2012 ocurrió de forma muy pronunciada en los municipios del suroeste de Madrid. En aquel brote se constató el potencial desplazamiento de leishmaniasis a zonas no afectadas previamente; y además, como aspecto extremadamente sustantivo, el papel de liebres, sobre todo, y conejos como reservorio principal. La proliferación de estos pequeños mamíferos junto a la abundancia de flebótomos vectores y otros factores de carácter ambiental y urbanístico se presumen como concausas del episodio. Otro ejemplo a tener en cuenta para situar la reemergencia de la leishmaniasis en un contexto más amplio es el aumento de otros vectores autóctonos, como son las garrapatas, o invasores, como el mosquito tigre.

Por otra parte, no debemos descuidar los aspectos microbiológicos. Aunque no existe un acuerdo universal sobre la taxonomía de *Leishmania* a nivel de especie⁶, cuando menos es necesario usar los medios disponibles para la identificación de *Leishmania* ante casos que pudieran ser importados. Es cierto que *L. infantum* es el parásito que origina por lo común tanto los casos de LV como de LC en España; pero hace un par de años, en Alcora, un pequeño municipio a 8 Km de la ciudad de Castellón, tuvimos la oportunidad de estudiar un pequeño brote importado de leishmaniasis cutánea que afectó a varias personas de una familia de origen marroquí. Ocurrió después del viaje que estas personas hicieron al interior de su país, a una población ubicada en territorio endémico de leishmaniasis causada por *L. tropica* y por *L. major*. La leishmaniasis por *L. tropica* es considerada una antroponosis; la otra, una zoonosis (*L. major*). La diferencia es relevante, puesto que según fueran infectados por una u otra especie cabría la posibilidad (o no) de que los pacientes intervinieran en una cadena de transmisión autóctona como reservorio. Siempre que el vector está presente en ese municipio. Y probablemente lo esté. Pues apenas a 5 Km, en 1989-90, el equipo de la Sección de Epidemiología del Centro de Salud Pública de Castellón capturó (capturamos, podría decir) flebótomos de cuatro especies vectoras: *P. papatasi*, *P. sergenti*, *P. ariasi* y *P. perniciosus*⁵. Es decir, que los fenómenos migratorios (Norte de África, Medio Oriente – Siria) no son ajenos a esta problemática y subrayan que el enfoque conocido como “Salud Global” es un planteamiento necesario, responde a una realidad.

Acabemos subrayando que la lucha contra la leishmaniasis es compleja. Las características del vector (no es un mosquito cuyas larvas son acuáticas), las dificultades para combatir la leishmaniasis canina, la posibilidad de que otros reservorios distintos al

perro intervengan en la cadena de transmisión, la influencia de elementos ambientales, incluidos los climáticos, urbanísticos, etc., suponen un reto difícil. Difícil y apasionante. Incumbe a distintas disciplinas y profesionales no solo del ámbito sanitario. Desde la epidemiología podemos colaborar en esta lucha, como mínimo aportando una buena descripción de la frecuencia y distribución de la enfermedad en la población. Es, por lo menos, un punto de partida.

REFERENCIAS

1. Steverding D. The history of leishmaniasis. *Parasit Vectors*. 2017; 10(1):82. doi: 10.1186/s13071-017-2028-5.
2. Satcher D. Emerging Infections: Getting Ahead of the Curve. *Emerg Infect Dis*. 1995; 1(1):1-6. <https://dx.doi.org/10.3201/eid0101.95010>.
3. Boix Barrios J. Epidemiología del kala-azar infantil. Jefatura provincial de Sanidad de Castellón. Tipografía Pascual Quiles, Valencia: 1946.
4. Arnedo-Pena A, Bellido-Blasco J, González-Morán F et al. Leishmaniasis en Castelló. Quaderns de la Col·lecció Unversitaria. Diputació de Castelló. Servei de Publicacions, Castelló. 1995.
5. Arnedo Pena A, Bellido Blasco JB, González Morán F et al. Leishmaniasis en Castellón: estudio epidemiológico de los casos, el vector y el reservorio canino. *Rev Sanid Hig Publica*. 1994; 68(4):481-91.
6. Akhoundi M, Kuhls K, Cannet A, Votýpka J, Marty P, Delaunay P, et al. A Historical Overview of the Classification, Evolution, and Dispersion of Leishmania Parasites and Sandflies. *PLoS Negl Trop Dis*. 2016; 10(3):e0004349. doi:10.1371/journal.pntd.0004349.
7. Bellido-Blasco JB, Gil-Fortuño M, Juan-Bañón JL et al. Brote importado de leishmaniasis por *L. major* en contexto de aumento de la incidencia regional. *Rev Enf Emerg* 2017; 16:109-10.