

## LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA. ASPECTOS CLINICOS Y DIAGNOSTICO

Dr. Humberto Méndez Romero\*  
Dra. Susana Tarazón de Soto\*

### RESUMEN

Los autores estudian los aspectos clínicos y diagnóstico de 167 pacientes remitidos a la consulta de la Cátedra de Parasitología de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, obteniendo los siguientes resultados:

Se realizó el diagnóstico de Leishmaniasis Tegumentaria Americana en 77 pacientes (46,10%); en 74 de ellos (96,10%) se demostró la presencia de formas amastigotas de *Leishmania Brasiliensis* en frotis del material tomado de los bordes de la lesión y coloreado con Giemsa.

- Los pacientes diagnosticados fueron en su mayoría del sexo masculino (84,41%); y sus edades comprendidas entre 11 y 50 años (77,93%).
- La procedencia más frecuente corresponde a los Distritos Perijá (27,27%) y Mara (22,07%) del Estado Zulia.
- Las lesiones observadas fueron cutáneas (85,71%), únicas (76,62%), con evolución menor de un año (80,52%) y localizadas en zonas de piel descubierta: miembros inferiores (35,36%), cabeza (23,17%) y miembros superiores (21,95%).

\*Profesores de la Cátedra de Parasitología - Facultad de Medicina - Universidad del Zulia - Maracaibo - Venezuela.

## INTRODUCCION

La Leishmaniasis Tegumentaria Americana posee una amplia difusión en la región Neotropical, está diseminada desde México hasta Argentina, según Lacaz y cols. (1) ocupa un área muy extensa de climas variables desde alta temperatura y humedad en la Amazonia y América Central, hasta zonas templadas de México, Sur de Brasil y Argentina; puede ser encontrada en localidades desde el nivel del mar hasta la altura de 1.200 a 2.800 metros, en la Cordillera de Los Andes.

La Leishmaniasis Tegumentaria Americana es una parasitosis de naturaleza selvática muy frecuente en el medio rural venezolano, que cursa como una zoonosis y presenta en el humano brotes epidémicos en grupos de personas, que por diferentes motivos penetran en regiones selváticas y son picados por *Phlebotomus*, transmisores naturales de *Leishmania Brasiliensis* Vianna, 1911.

Según Pifano (2) y Pifano y Cols. (3). la Leishmaniasis Tegumentaria Americana se encuentra muy difundida en el territorio rural venezolano, es endémica en regiones con alturas comprendidas entre el nivel del mar y los 800 metros aún cuando puede presentarse en lugares de hasta los dos mil metros.

En el Estado Zulia, Pons (4) considera de una manera general, la Leishmaniasis Tegumentaria Americana como una infección endémica en regiones con tierras de aluvión, a veces pedregosas, selváticas o próximas a ellas, que comprenden sabanas, valles o serranías que raras veces sobrepasan los mil metros de altura; tales condiciones existen preferentemente en las regiones que siguen el curso de las serranías que limitan la hoya hidrográfica del Lago de Maracaibo.

En Venezuela el primer caso de Leishmaniasis Tegumentaria fue publicado por Iturbe (5) en 1917, el mismo año Tejera (6) reporta los primeros casos para el Estado Zulia, posteriormente Hómez (7-8-9) publica importantes trabajos sobre la epidemiología, clínica y tratamiento de esta parasitosis.

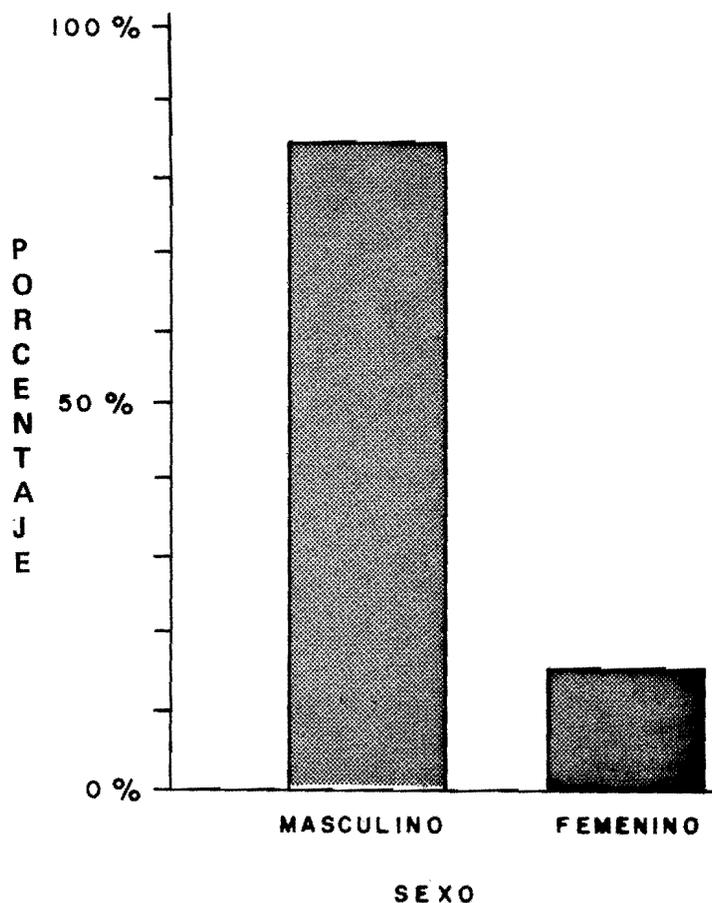
Con la finalidad de ampliar la bibliografía médica regional relacionada con esta infección, presentamos los aspectos clínicos y de diagnóstico observados en pacientes remitidos por sospecha clínica de Leishmaniasis Tegumentaria Americana, a la consulta de la Cátedra de Parasitología de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, durante el decenio 1966 - 1976.

## MATERIAL Y METODOS

Fueron examinados 167 pacientes de los cuales 128 correspondieron al sexo masculino y 39 al sexo femenino, con edades que oscilaron entre seis meses y 104 años. Cada paciente fue interrogado para conocer su procedencia, tiempo de evolución de la lesión motivo de la consulta y otros daños clínicos y epidemiológicos de interés.

GRAFICO 1

CASOS DE LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA POR SEXO  
CONSULTA DE PARASITOLOGIA - FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DEL ZULIA 1966 - 1976



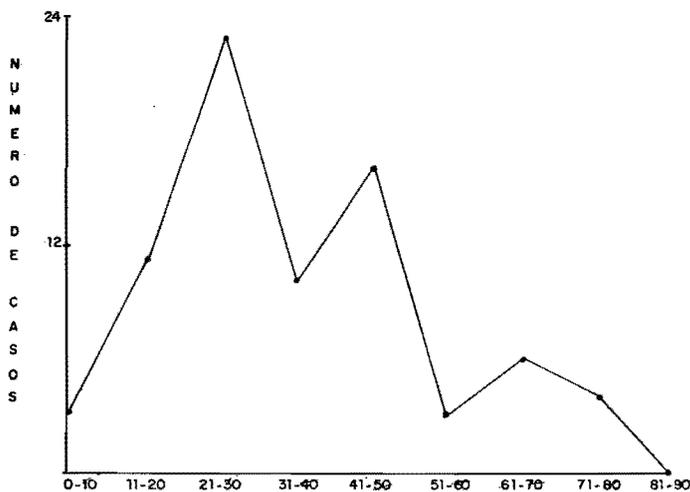
F. de I. Archivos de la Cátedra de Parasitología - Facultad de Medicina - Universidad del Zulia.

Se realizó examen clínico el cual consistió en inspección de la lesión sospechosa y de la piel de todo el cuerpo para despistaje de otras lesiones; mediante nasoscopio se exploró la mucosa nasal y con el auxilio de bajalengua se examinó la mucosa orofaríngea.

Comprobada la existencia de lesiones, se tomó muestra por raspado de los bordes de las mismas para obtener material y practicar frotis sobre láminas portaobjetos y posterior coloración con Giemsa para comprobar la presencia de formas amastigotas de *Leishmania brasiliensis*.

GRAFICO 2

CASOS DE LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA, POR EDAD  
CONSULTA DE LA CATEDRA DE PARASITOLOGIA - FACULTAD DE  
MEDICINA - UNIVERSIDAD DEL ZULIA 1966 - 1976.



EDAD EN AÑOS

F. de I. Archivos de la Cátedra de Parasitología — Facultad de Medicina — Universidad del Zulia.

Se practicó investigación inmunoalérgica mediante el empleo de Leishmania, antígeno preparado en el Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Central de Venezuela; la prueba se realizó en 43 pacientes a los cuales se inculó 0.1 ml del antígeno por vía intradérmica, la lectura se efectuó a las 48 horas; considerando positivo toda pápula mayor de 5 mm de diámetro.

### RESULTADOS

De los 167 pacientes atendidos en la consulta (Cuadro I) se hizo el diagnóstico de Leishmaniasis Tegumentaria Americana en 77 casos (46,10%), de los cuales 65 (84,41%) fueron del sexo masculino y 12 (15,59%) del sexo femenino como puede apreciarse en el Cuadro II.

En el Cuadro III presentamos la distribución etaria de los pacientes con diagnóstico positivo, observando que la mayoría de los casos (77,92%) están comprendidos entre los 11 y 50 años de edad.

### CUADRO I

CASOS DE LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA DIAGNOSTICADOS\* EN LA CONSULTA DE LA CATEDRA DE PARASITOLOGIA - FACULTAD DE MEDICINA - UNIVERSIDAD DEL ZULIA. 1966 - 1976

DIAGNOSTICO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
POSITIVO	77	46.10
NEGATIVO	90	53.90
TOTAL	167	100.00

\* por: Frotis de la Lesión, Biopsia, Epidemiología y respuesta terapéutica.  
F. de I. Archivos de la Cátedra de Parasitología - Facultad de Medicina - Universidad del Zulia.

## CUADRO II

CASOS DE LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA; POR SEXO. CONSULTA DE PARASITOLOGIA – FACULTAD DE MEDICINA – UNIVERSIDAD DEL ZULIA 1966 - 1976

SEXO	No. de CASOS	PORCENTAJE
MASCULINO	65	84.41
FEMENINO	12	15.59
<b>TOTAL</b>	<b>77</b>	<b>100.00</b>

F. de I. Archivos de la Cátedra de Parasitología - Facultad de Medicina – Universidad del Zulia

## CUADRO III

CASOS DE LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA, POR EDAD. CONSULTA DE LA CATEDRA DE PARASITOLOGIA – FACULTAD DE MEDICINA – UNIVERSIDAD DEL ZULIA 1966-1976

EDAD EN AÑOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
0 – 10	3	3.90
11 – 20	11	14.29
21 – 30	23	29.88
31 – 40	10	12.99
41 – 50	16	20.77
51 – 60	3	3.90
61 – 70	6	7.79
71 – 80	4	5.19
81 – 90	1	1.29
<b>TOTAL</b>	<b>77</b>	<b>100.00</b>

F. de I. Archivos de la Cátedra de Parasitología – Facultad de Medicina – Universidad del Zulia.

En el Cuadro IV se discrimina la procedencia de los casos diagnosticados, en el mismo, se aprecia que los Distritos Perijá y Mara del Estado Zulia fueron señalados en el (27,27%) y (22,07%) respectivamente como la probable región del Estado donde se adquirió la infección: el (52,66%) restante procedían de los otros distritos del Estado Zulia y otras entidades del país.

En el Cuadro V mostramos el tiempo de evolución de las lesiones desde su inicio hasta el momento de la consulta, en 62 (80,52%) la evolución fue menor de un año.

Como podemos apreciar en el Cuadro VI la mayoría de los casos (85,71%) presentaron solamente lesiones en la piel; el Cuadro VII muestra el gran predominio de lesiones únicas (76,62%) en comparación con las múltiples (Dos a ocho) y las generalizadas.

#### CUADRO IV

PROCEDENCIA DE LOS CASOS DE LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA, CONSULTA DE LA CATEDRA DE PARASITOLOGIA — FACULTAD DE MEDICINA - UNIVERSIDAD DEL ZULIA  
1966 - 1976

PROCEDENCIA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Distrito Perijá	21	27.27
Distrito Mara	17	22.07
Distrito Bolívar	5	6.49
Distrito Colón	4	5.20
Distrito Maracaibo	3	3.89
Distrito Miranda	3	3.89
Distrito Paéz	2	2.60
Distrito Urdaneta	2	2.60
Distrito Baralt	2	2.60
Distrito Sucre	1	1.30
Estado Falcón	5	6.49
Estado Táchira	4	5.20
Estado Trujillo	4	5.20
Estado Yaracuy	2	2.60
Estado Guárico	1	1.30
Estado Mérida	1	1.30
<b>TOTAL</b>	<b>77</b>	<b>100.00</b>

F. de I. Archivos de la Cátedra de Parasitología - Facultad de Medicina - Universidad del Zulia

CUADRO V

TIEMPO DE EVOLUCION EN LAS LESIONES EN CASOS DE LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA. CONSULTA DE LA CATEDRA DE PARASITOLOGIA – FACULTAD DE MEDICINA – UNIVERSIDAD DEL ZULIA 1966 - 1976

Tiempo de Evolución de las lesiones	No. DE CASOS	PORCENTAJE
< de 1 mes	17	22.08
1 – 12 meses	45	58.44
Más de 1 año	10	12.99
No precisado	5	6.49
<b>TOTAL</b>	<b>77</b>	<b>100,00</b>

F. de I. Archivos de la Cátedra de Parasitología – Facultad de Medicina – Universidad del Zulia.

CUADRO VI

TIPO DE LESIONES EN CASOS DE LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA. CONSULTA DE LA CATEDRA DE PARASITOLOGIA – FACULTAD DE MEDICINA – UNIVERSIDAD DEL ZULIA – 1966 - 1976

TIPO DE LESION	No. DE CASOS	PORCENTAJE
CUTANEA	66	85.71
MUCOSAS	7	9.09
CUTANEO MUCOSAS	4	5.20
<b>TOTAL</b>	<b>77</b>	<b>100.00</b>

F. de I. Archivos de la Cátedra de Parasitología – Facultad de Medicina – Universidad del Zulia.

## CUADRO VII

NUMERO DE LESIONES EN CASOS DE LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA. CONSULTA DE LA CATEDRA DE PARASITOLOGIA – FACULTAD DE MEDICINA – UNIVERSIDAD DEL ZULIA–  
1966 - 1976

NUMERO DE LESIONES	No. DE CASOS	PORCENTAJE
UNICAS	59	76.62
MULTIPLES*	15	19.48
GENERALIZADAS**	3	3.90
<b>TOTAL</b>	<b>77</b>	<b>100.00</b>

\* 2 a 8 lesiones.

\*\* más de 8 lesiones.

F. de I. Archivos de la Cátedra de Parasitología – Facultad de Medicina – Universidad del Zulia.

La localización de las lesiones cutáneas fue más frecuente en las zonas descubiertas de la piel como se aprecia en el Cuadro VIII, mientras que para las lesiones mucosas la zona más afectada fue la mucosa nasal (Cuadro IX).

En el Cuadro X mostramos el resultado de la investigación practicada para llegar al diagnóstico de la infección, apreciamos que en 74 casos (96,10%) se hizo el diagnóstico parasitológico por el hallazgo de formas amastigotas de *Leishmania brasiliensis*, en frotis del material tomado por raspado de los bordes de la lesión y coloreado con Giemsa. Los otros tres casos fueron diagnosticados: uno por biopsia y los otros dos por epidemiología, clínica y respuesta terapéutica favorable.

La intradermorreacción con *Leishmania* se practicó en 44 pacientes con diagnóstico de la infección, y su resultado fue positivo en 42 de los mismos.

## CUADRO VIII

LOCALIZACION DE LAS LESIONES CUTANEAS EN LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA. CONSULTA DE LA CÁTEDRA DE PARASITOLOGIA – FACULTAD DE MEDICINA – UNIVERSIDAD DEL ZULIA. 1966 - 1976

LOCALIZACION	No.	PORCENTAJE
TODO EL CUERPO	3	3.66
MIEMBROS INFERIORES	29	35.36
CABEZA	19	23.17
MIEMBROS SUPERIORES	18	21.95
TORAZ	8	9.76
ABDOMEN	3	3.66
CUELLO	2	2.44
TOTAL	82	100.00

F. de I. Archivos de la Cátedra de Parasitología – Facultad de Medicina - Universidad del Zulia.

## COMENTARIOS

Es un hecho aceptado que la edad y el sexo no tienen relación con la mayor o menor resistencia de las personas para adquirir la infección, así podemos observar en nuestra casuística desde niños de pocos meses hasta ancianos; podemos explicar en este estudio el mayor porcentaje de hombres (84,41%) en edades comprendidas entre los 11 a 50 años (77,93%), por ser este tipo de personas las que con mayor frecuencia se internan por razones de trabajo o excursiones en las regiones selváticas o periselváticas, exponiéndose al riesgo de sufrir picaduras por *Phlebotomus* infectados.

CUADRO IX

LOCALIZACION DE LAS LESIONES MUCOSAS EN LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA. CONSULTA DE LA CATEDRA DE PARASITOLOGIA – FACULTAD DE MEDICINA – UNIVERSIDAD DEL ZULIA 1966 - 1976

LOCALIZACION	No.	PORCENTAJE
NASAL	6	54.54
PALATINA	4	36.36
LABIAL	1	9.10
TOTAL	11	100.00

F. de I. Archivos de la Cátedra de Parasitología - Facultad de Medicina - Universidad del Zulia.

CUADRO X

CRITERIO DIAGNOSTICO UTILIZADO EN LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA. CONSULTA DE LA CATEDRA DE PARASITOLOGIA – FACULTAD DE MEDICINA – UNIVERSIDAD DEL ZULIA. 1966 - 1976

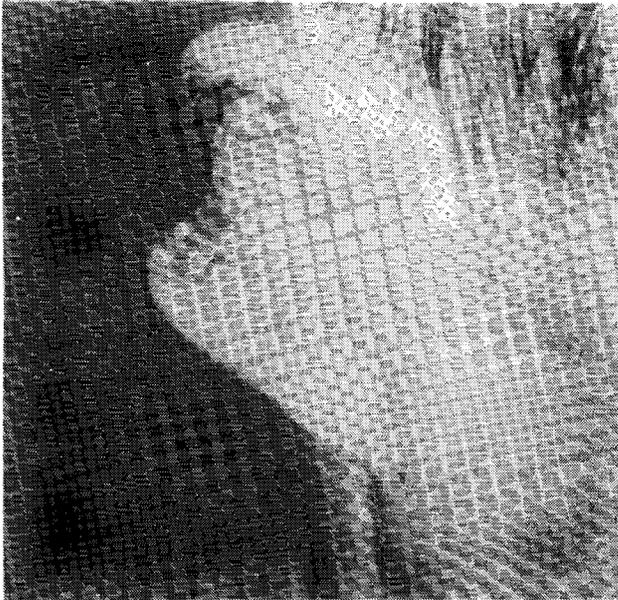
METODOS	No.	PORCENTAJE
Frotis de la lesión	74	96.10
Biopsia	1	1.30
Epidemiología y Pruebaterapéutica	2	2.60
TOTAL	77	100.00

F. de I. Archivos de la Cátedra de Parasitología – Facultad de Medicina - Universidad del Zulia.

Los estudios epidemiológicos han demostrado que la Leishmaniasis Tegumentaria Americana se comporta como una enfermedad profesional, afectando de preferencia a los trabajadores campesinos que intervienen en labores de desforestación, empleados de industrias extractivas, madereras y de vialidad entre otros.

En el Estado Zulia la endemicidad de la infección es clasificada por Pons (4) en regiones hiperendémicas y endémicas, estas últimas las divide en: endemicidad acentuada, moderada y de escasa endemicidad o libres de la enfermedad; en nuestros pacientes observamos que la mayoría procedían de los Distritos Mara y Perijá clasificadas por el autor antes mencionado como regiones hiperendémicas y de endemicidad acentuada respectivamente.

Desde el punto de vista clínico esta infección no es una enfermedad mortal a menos que, agrave una patología preexistente; su importancia radica en que la misma puede adoptar formas graves como la diseminada llamada "Leishmanides" Pons y Hómez (10), Pons y cols. (11) y la variedad "Difusa" Convit (12), así como también por, dar origen a mutilaciones totales o parciales de la oreja, (Fig. 1) fosas nasales (Fig. 2) y paladar (Fig. 3) que incapacitan las personas por el resto de sus días para una vida social normal, ya que la cirugía reconstructiva no siempre logra una corrección cercana a lo ideal.



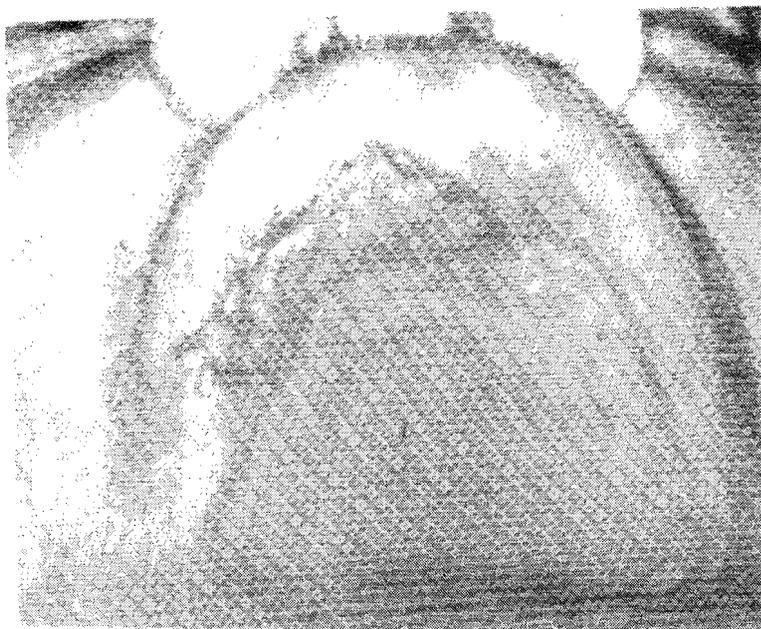
**Figura 1. Leishmaniasis Tegumentaria Americana. Lesión mutilante de oreja.**



Figura 2. Lesión destructiva de cartilago nasal.

En ocasiones, al permanecer descubiertas las lesiones, sus secreciones pueden atraer moscas las cuales, al efectuar la postura de sus huevos sobre las lesiones traen como consecuencia una miasis Pons y Mármol (13), como pudimos observar en uno de nuestros casos; finalmente la Leishmaniasis Tegumentaria Americana puede ocasionar incapacidad parcial o permanente para el trabajo al invalidar órganos vitales (ojos, vías respiratorias superiores; afectar los dedos de mano y pie (Fig. 5) las cuales al curar pueden dejar cicatrices retráctiles que dificultan los movimientos de sus articulaciones).

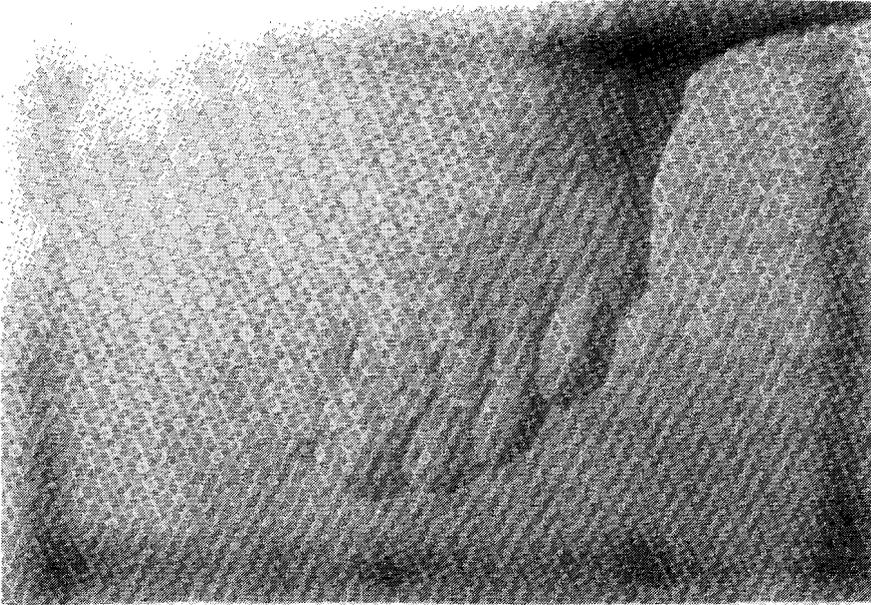
El período de incubación de la parasitosis en media varía de dos semanas a dos meses aún cuando, pueden existir casos con períodos más cortos o largos.



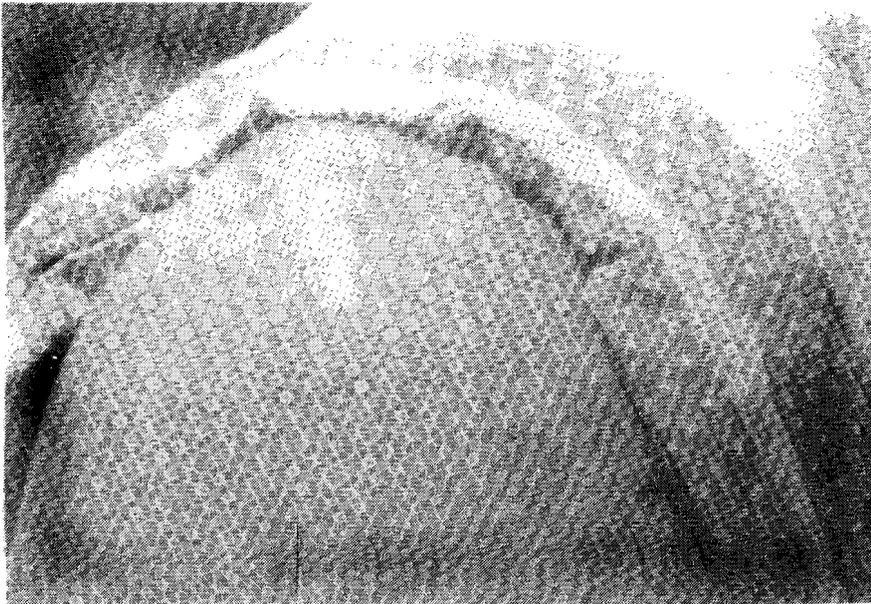
**Figura 3. Lesión en mucosa de labio superior y paladar.**



**Figura 4. Tratamiento quirúrgico por lesión destructiva de tabique nasal.**



**Figura 5. Ulcera en dedo de pie izquierdo.**



**Figura 6. Lesión inicial de Leishmaniasis Tegumentaria Americana.**

La lesión inicial por lo general es una pápula (Fig. 6) en ocasiones acompañada de adenopatía satélite, posteriormente por necrosis de la dermis se ulcera y comienza una lesión generalmente de evolución crónica en nuestra casuística la mayoría de los pacientes refieren evolución de uno a doce meses. La úlcera leishmaniásica típica fue la más frecuente en nuestro estudio; las mismas presenta bordes regulares e infiltrados, de fondo granulomatoso y de crecimiento centrífugo (Fig. 7).

La lesión ulcerosa primaria puede ser seguida de la aparición de otras (Fig. 8) en un período variable de tiempo; las lesiones mucosas en ocasiones pueden aparecer años después e incluso luego de la curación de las lesiones cutáneas.

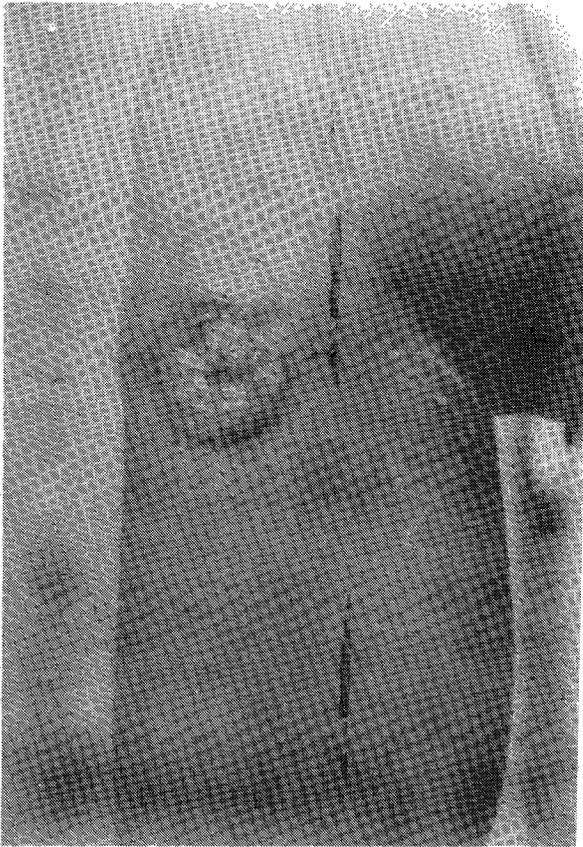


Figura 7. Úlcera típica de Leishmaniasis Tegumentaria Americana.

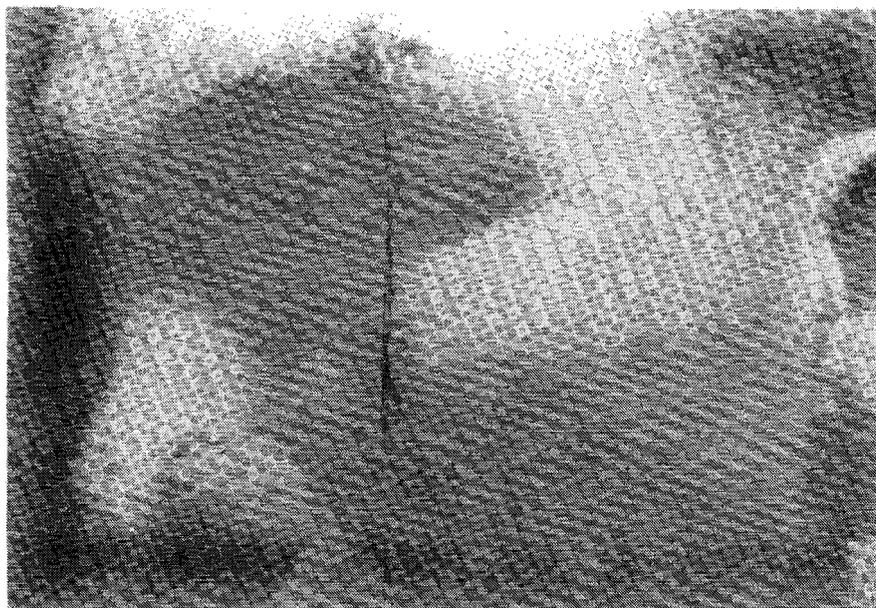


Figura 8. Lesión ulcerativa en ala de la nariz y ceja (Lesión Múltiple).

Por difusión probablemente hematógica se pueden presentar lesiones diseminadas (Fig. 9) o difusas (Fig. 10). En la forma difusa la infección es generalizada y las zonas de la dermis parasitadas se engrosan sin ulcerarse, a diferencia de la forma diseminada o Leishmanides en la cual extensas zonas de la piel presentan lesiones ulcerosas.

Por la descripción anterior podemos deducir que el cuadro clínico adopta tres modalidades: a) cutáneo puro observado en 66 (85,71%) de nuestros casos, b) únicamente mucosos como observamos en 7 (9,09%) de los pacientes; c) mixtos, presentes en 4 (5,20%) de los casos.

En lo que respecta al número de lesiones, nuestra observación concuerda con la de la mayoría de los autores en lo referente a que la mayor frecuencia corresponde a lesiones únicas, seguidas de las lesiones múltiples; en los pacientes examinados encontramos: 59 (76,62%) con una lesión, 215 (19,48%) con lesiones múltiples (dos a ocho) y 3 (3,90%) diseminadas el último de los casos de Leishmanides observados en la consulta, se inició con una lesión ulcerosa en la cara posterior de la oreja izquierda, al cabo de tres a cuatro meses aparecieron lesiones generalizadas en la piel de la cara, tórax, abdomen y miembros inferiores, esta evolución es similar a la referida por Pons y cols. (11) en el segundo caso pero, más prolongada

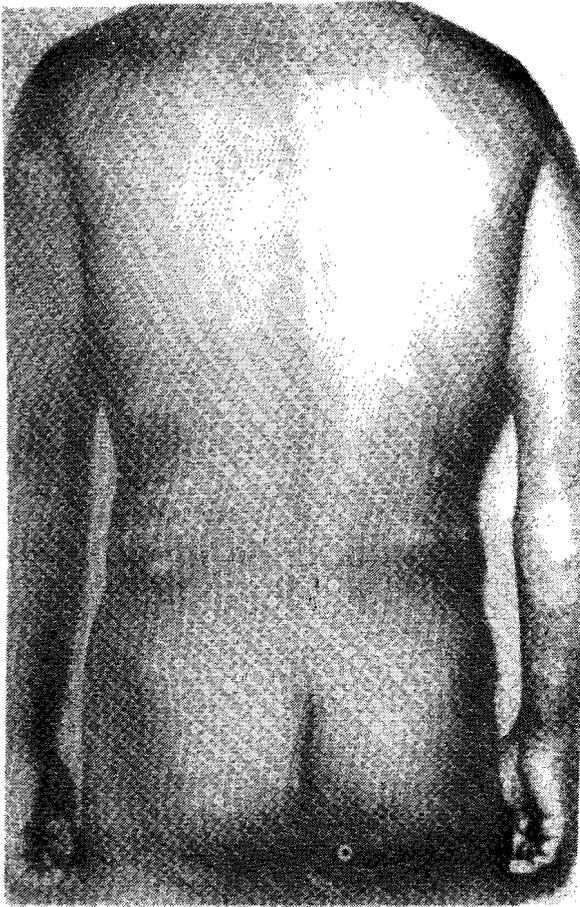
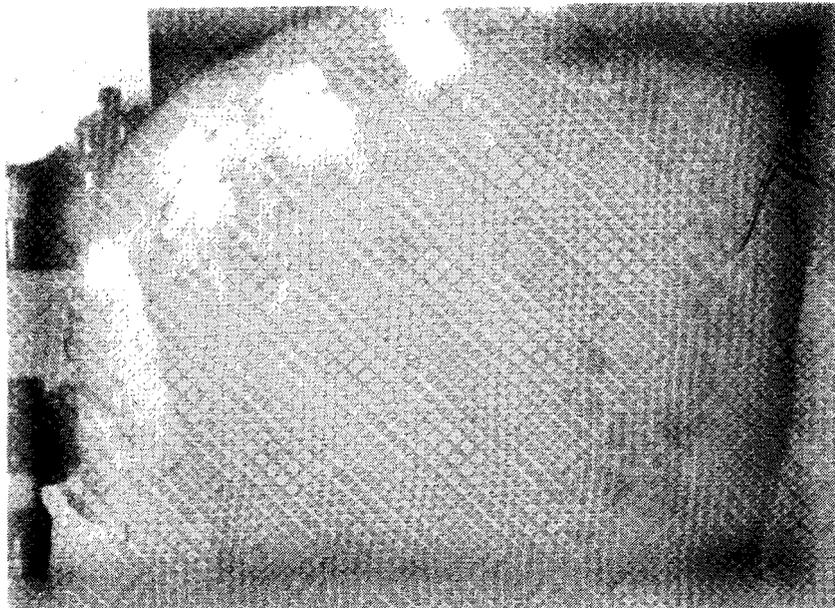


Figura 9. Leishmanides.

que el primero publicado por Pons y Hómez (10), en el cual entre la lesión inicial y la generalización hubo un período de seis semanas; en el caso en referencia el resultado de la intradermorreacción con Leishmanina fue francamente positivo, similar al referido por Silva (14) pero, diferente al resultado negativo observado en los dos primeros casos de nuestra casuística publicados por los autores antes mencionados.

En relación con la localización de las lesiones cutáneas, existe consenso general al señalar que la mayoría de los casos presentan sus lesiones especialmente en la piel de las partes descubiertas del cuerpo: miembros inferiores, superiores y cabeza;



**Figura 10. Leishmaniasis Tegumentaria Americana Difusa. (Convit J. 1959).**

al examinar nuestros casos podemos referir que la localización más frecuente fue en miembros inferiores (35,36%), miembros superiores (21,95%) y cabeza (23,17%).

En los casos estudiados encontramos como patología asociada: miasis, carcinoma epidermoide y cromoblastomicosis (un caso de cada entidad); en tres de los pacientes a los cuales se descartó Leishmaniasis, el diagnóstico de la lesión fue Paracoccidioidomicosis uno y Carcinoma Basoçelular los otros dos; en la mayoría de los casos no Leishmaniásicos, la etiología de la lesión fue bacteriana, cediendo con tratamiento específico.

Para el diagnóstico de la infección, el método parasitológico directo por examen del material tomado de los bordes de la lesión, fue de gran utilidad y permitió evidenciar formas amastigotas en 74 casos (96,10%) (Fig. 11); en un caso el diagnóstico se logró mediante biopsia (Fig. 12) y en los dos restantes en forma retrospectiva y por evolución clínica con el tratamiento recibido como veremos posteriormente.

La intradermorreacción con Leishmanina es una prueba de hipersensibilidad, por lo tanto, no hace diagnóstico; su positividad traduce contacto anterior o actual con el parásito; se practicó en 44 pacientes de los cuales en 42 se había efectuado el diagnóstico parasitológico; de estos últimos solo dos fueron negativos y corres-

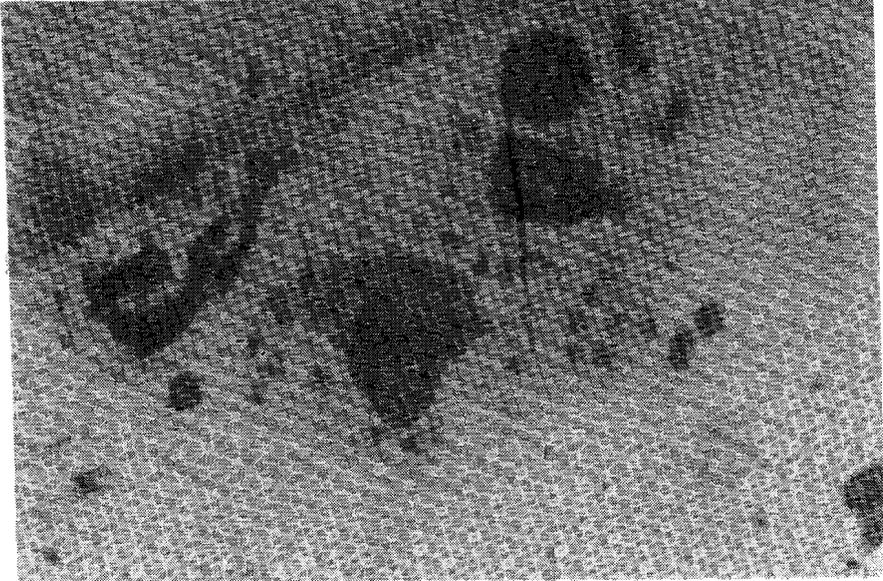


Figura 11. Formas Amastigotas de *Leishmania brasiliensis* en macrófagos.  
Coloración de Giemsa.

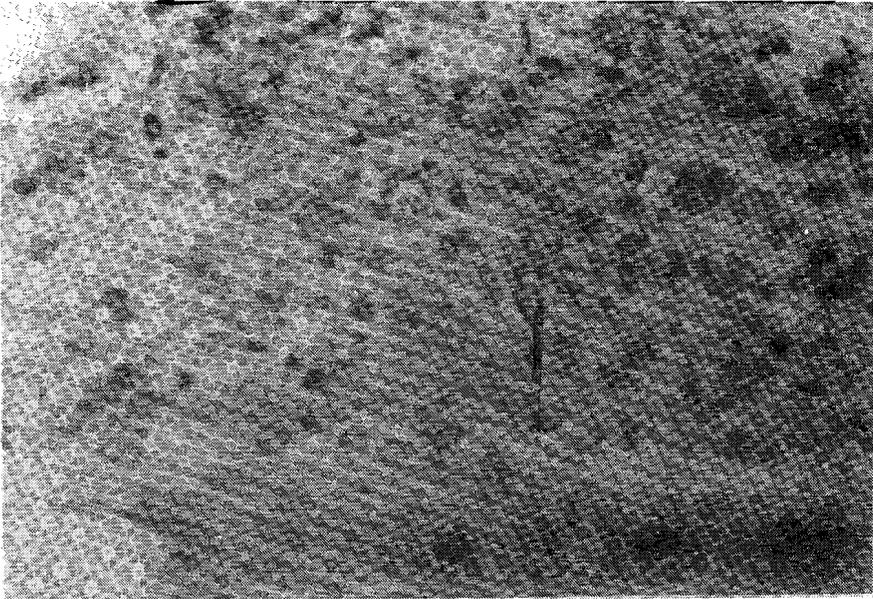


Figura 12. Biopsia de piel mostrando formas Amastigotas de *Leishmania brasiliensis*.

ponden a dos de los tres casos de Leishmanides diagnosticados en nuestro estudio, la explicación de la intradermorreacción negativa podría ser la ausencia de respuesta inmunológica inicial, ya que uno de los casos pudo ser controlado luego de 30 días de la cicatrización, y la intradermorreacción con Leishmanina de control dio por resultado una pápula de 5 mm de diámetro.

Dos pacientes con diagnóstico parasitológico negativo, mostraron intradermorreacción positiva; ésto, unido a lesiones sospechosas de Leishmaniasis Tegumentaria Americana y presencia de cicatrices sugestivas de Leishmaniasis antigua, nos indujo a establecer tratamiento específico con antimoniales como prueba terapéutica, la cual dio resultado favorable; por lo tanto fueron incluidos en los 77 casos de la infección reportados en este estudio.

En relación con el tratamiento en los pacientes de Consulta en la Cátedra de Parasitología con diagnóstico de Leishmaniasis, empleamos el Glucantime (Antimaniato de N-metilglucamina) en ampollas de 5 ml con 0.425 Grs. de antimonio elemento; en series de una ampolla diaria durante 20 días al cabo de cuales, si persiste lesión repetimos nuevas curas con reposo de 7 días entre una y otra, hasta lograr la cicatrización. En este tipo de paciente es difícil los controles de tratamiento ya que, por proceder de zonas lejanas en la mayoría de los casos al verse curados no regresa o se automedica posteriormente; en 16 pacientes que acudieron a consultas de control observamos curación en todos ellos, dos casos curaron con 10 ampollas las cuales correspondieron uno a un niño en el cual se administró la dosis de 0.05 - 0.10 Grs. por Kg. p. diarios; el otro caso a una lesión pequeña con un mes de evolución. Cinco casos curaron con 20 ampollas, fueron pacientes con lesiones únicas de pocos meses de evolución; más de 20 ampollas fueron necesarias en personas con lesiones de evolución crónica, lesiones mucosas y múltiples .

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.— LACAZ, S. C., BARUZZI, G. R. e SIQUEIRA, W. Introduccao á Geografía Médica do Brasil. Ed. Edgard Blucher Ltda. Sao Paulo, 1972 p: 281.
- 2.— PIFANO, C. F. La Leishmaniasis Tegumentaria en Venezuela. *Arch. Ven. Pat. Trop. Para. Méd.* 1: 170, 1948.
- 3.— PIFANO, C. F., ALVAREZ, A., ORTIZ, I., DAGERT, C. y SCORZA, J. V. *Phlebotomus panamensis* Shannon, 1926: trasmisor de Leishmaniasis Tegumentaria Americana en Venezuela. *Gac. Méd. Car.* 68: 229, 1959.
- 4.— PONS, A. R. Leishmaniasis Tegumentaria Americana en el asentamiento campesino de Zipayare. Aspectos epidemiológicos, clínicos e Inmunoalérgicos. Su importancia en la Reforma Agraria. *Kasmera* 3:5, 1968.
- 5.— ITURBE, J. y GONZALEZ, E. El primer caso de Leishmaniasis cutánea en Venezuela. *Gac. Méd. Car.* 24:20, 1917.

- 6.— TEJERA, E. Varios casos de Leishmaniasis Americana en el Estado Zulia. Nota preliminar. *Gac. Méd. Car.* 24:145, 1917.
- 7.— HOMEZ, CH. J. Cuatro casos de Leishmaniasis cutánea en el Distrito Perijá Estado Zulia (Venezuela). *Rev. Soc. Méd. Quir. Zulia*. Nos. 6 - 7 - 8: 53, 1952.
- 8.—HOMEZ, Ch. J. La Leishmaniose Tegumentaire en Venezuela. Presentation de quelques cas guéris par le Glucantime et les antipaludiques de synthedr. *Ann. Derm. et Syph.* 83: 271, 1956.
- 9.— HOMEZ, CH. 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. Zulia* Ed. especial, 1958.
- 10.— PONS, A. R. y HOMEZ, CH. J. Leishmanides (un caso clínico). *Kasmera* 1:71, 1962.
- 11.— PONS, A. R., Fernández, R. y Soto, R. Un caso de Leishmaniasis Tegumentaria Americana Diseminada (Leishmanides). *Kasmera* 2:415. 1967.
- 12.— CONVIT, J., ALARCON, C. J., MEDINA, R., REYES, O. y KERDEL, F. P. Leishmaniasis Tegumentaria Difusa. Nueva entidad anatomo-clínica. Mem. III Cong. Ibero Lat. Amer. México, 1956. y *Arch. Ven. P. Trop. Para.* 3:218, 1959.
- 13.— PONS, A. R. y MARMOL, L. P. Miasis nasal por *Callitroga Americana* (Coquerell), en un caso de Leishmaniasis cutáneo mucosa americana. *Kasmera* 2: 423, 1967.
- 14.— SILVA, R. J. Sobre o conceito de Leishmanide. IV Congreso Ibero Lat. Amer. e Lasso - Esp. Portugal, 1959.