

Leishmaniasis cutánea: reporte de un caso clínico

Cutaneous leishmaniasis: A case report

Cesiah García Martínez¹, Carlos Alfredo Mena Cedillos², Mirna Eréndira Toledo Bahena², Erika Ramírez Cortés², Adriana María Valencia Herrera², Mario Duarte Abdala³, Beatriz Rivas Sánchez⁴, Oscar Velasco Castrejón⁴

¹ Residente de 6° año de Dermatología Pediátrica. Hospital Infantil de México Federico Gómez.

² Servicio de Dermatología. Hospital Infantil de México Federico Gómez.

³ Servicio de Dermatología: Hospital del Niño Morelense.

⁴ Laboratorio de Medicina Tropical. Unidad de Medicina Experimental de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Fecha de aceptación: marzo 2012

RESUMEN

Las leishmaniasis son un grupo de enfermedades parasitarias zoonóticas, producidas por un protozoo flagelado del género *Leishmania*, transmitida al hombre por la picadura de un mosquito. Estas afectan piel y mucosas. La enfermedad afecta al continente americano, desde Texas hasta Argentina, y el Viejo Mundo, particularmente el Medio Oriente y el norte de África. Se presenta el caso de una niña de cuatro años de edad, con nueve meses de evolución, quien presenta en cara una dermatosis caracterizada por una úlcera persistente.

PALABRAS CLAVE: leishmaniasis cutánea, *Leishmania*.

ABSTRACT

Leishmaniasis is a group of zoonoses, produced by a lashed protozoan of the gender *Leishmania*, transmitted by sand fly. This affects the skin and the mucous membranes. The disease occurs throughout the Americas, from Texas to Argentina, and in the Old World, particularly the Middle East and North Africa. We present the case of a four years-old girl, who presents a ulcer in the face during nine months.

KEYWORDS: Cutaneous leishmaniasis, *Leishmania*.

Introducción

La leishmaniasis es una enfermedad de evolución crónica producida por *Leishmania sp*, que se caracteriza por comprometer piel, mucosas y vísceras.¹ En 1900 y 1903, Leishman y Donovan, respectivamente, descubrieron un parásito ovalado en una coloración con Giemsa en macrófagos de pacientes con leishmaniasis visceral. En México, en 1906, se reporta el primer caso de leishmaniasis difusa en la península de Yucatán.²

Su incidencia anual es de 2 millones de casos y, de éstos, 1.5 millones corresponden a leishmaniasis cutánea. 15% corresponden a edad pediátrica, menores de 14 años de edad. Actualmente, hay cerca de 88 países afectados, de los cuales solo diez son desarrollados.^{2,3,4}

Se presenta como un conjunto de enfermedades, muy distintas entre sí, producidas por varios tipos de protozoos del género *Leishmania*, los cuales son parásitos intracelulares obligados en humanos y otros huéspedes mamíferos. La transmisión se efectúa a través de los mosquitos

del género *Plebotomus* en el Viejo Mundo, y *Lutzomyia* en el Nuevo Mundo.⁵

Existen dos tipos de síndromes clínicos: el cutáneo y el visceral. El primero es el que compete a nuestro caso y está presente tanto en el Nuevo Mundo como en el Viejo Mundo. En este último, lo ocasiona *Leishmania tropica*, en áreas urbanas; y *Leishmania major*, en áreas desérticas. En América Latina existen dos géneros de interés: *Leishmania* y *Viannia*.⁶

Para la forma cutánea se describen: la localizada, la mucocutánea, la difusa y la recidivante.²

Caso clínico

Paciente femenino de cuatro años de edad, originaria y residente del estado de Morelos, en zona rural, quien fue enviada a consulta de dermatología pediátrica por presentar dermatosis localizada en cabeza, que afecta región malar derecha (fotografía 1).

La dermatosis estaba constituida por ulceración ovalada, de aproximadamente 2 cm × 1.5 cm, eritematosa, con

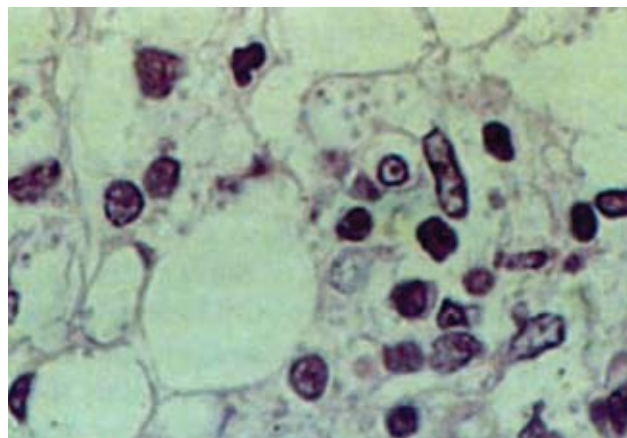
CORRESPONDENCIA

Dra. Cesiah García Martínez ■ cegama2011@hotmail.com

Dr. Márquez #162 Col. Doctores, CP 06720, México DF. Tel: 5228 9917 (ext. 2156).



Fotografía 1. Leishmaniasis cutánea.



Fotografía 3. Leishmaniasis cutánea: formas parasitarias intracelulares.

bordes elevados bien delimitados, hiperémicos e indurados, así como costra central, asintomática con nueve meses de evolución (fotografía 2).

Al interrogatorio se refiere haber iniciado como una pápula eritematosa, la cual fue posterior a realizar actividad por la tarde en el campo, relacionándola con picadura de insecto. Se notó persistencia de la misma, crecimiento lento y posterior ulceración, a pesar de múltiples tratamientos antimicrobianos y antimicóticos tópicos indicados en su localidad de procedencia.

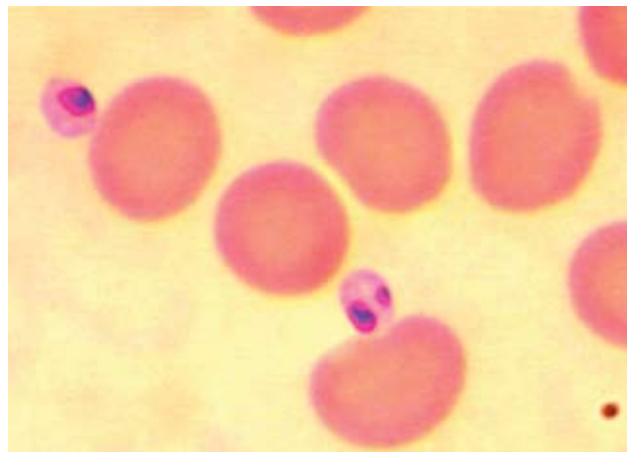
Se inicia protocolo de estudio con diagnóstico de leishmaniasis cutánea localizada. Entre los estudios se realiza biopsia de piel. En ella se observan granulomas constituidos por células gigantes tipo Langhans y células epitelioides, además de intensos infiltrados inflamatorios compuestos por linfocitos, plasmocitos y neutrófilos (fotografía 3). Su intradermoreacción de Montenegro resulta positiva 48 hrs. después de su aplicación (fotografía 4). Asimismo, se realizó frotis de la lesión, evidenciándose formas parasitarias intracelulares (fotografía 5). Su



Fotografía 4. Leishmaniasis cutánea: reacción de Montenegro positiva.



Fotografía 2. Leishmaniasis cutánea: úlcera de bordes eritematosos elevados.



Fotografía 5. Leishmaniasis cutánea.

serología con inmunofluorescencia indirecta fue positiva 1:16.

Se inició tratamiento con antimoniales intralesionales (antimoniato de meglumina), misma que se administró en cinco ocasiones, semanalmente, con una respuesta favorable (fotografía 6). Hasta el momento no se reporta recidiva.

Discusión

La leishmaniasis cutánea y mucocutánea es una enfermedad de alta prevalencia en muchas áreas tropicales y subtropicales del mundo. Se la describe en 24 países de América, extendiéndose desde el sur de los Estados Unidos (Texas) hasta el norte de Argentina.⁶ Esta enfermedad constituye un grave problema de salud pública debido a los altos costos que representa en el nivel psicológico, socio-cultural, y económico.¹ Presentamos este reporte de caso clínico debido a que la paciente es residente de una comunidad endémica para *Leishmania*. Sin embargo, lo es de manera prevalente para la forma sistémica, jugando un papel importante el estado inmunológico del huésped para determinar la forma de presentación.

La forma localizada de la leishmaniasis cutánea es la más común tanto en niños como en adultos. Se presenta especialmente en áreas expuestas, cara y extremidades, generalmente. En 60% de los casos se presentan como lesiones solitarias, con una pápula eritematosa, de crecimiento lento y asintomático, que posteriormente se ulcera y permanece de manera crónica, para después resolver dejando una cicatriz residual. En otras ocasiones puede desarrollarse una placa de crecimiento verrucoso.¹⁷ En el caso de la paciente que aquí se discute, el padecimiento se presentó de manera localizada, ulcerosa, asintomática

y sin adenomegalias, pudiendo así descartar la posibilidad de leishmaniasis sistémica. Esto último tomando en cuenta que se ha documentado que, de 5 a 10% de los pacientes con leishmaniasis cutánea localizada, pueden presentar adenomegalias, y que ante este hallazgo se debe descartar la posibilidad de que se padezca una afección sistémica.¹

La leishmaniasis cutánea suele diagnosticarse en áreas endémicas por el cuadro clínico y la intradermoreacción de Montenegro. Sin embargo, esta última suele ser negativa en casos de leishmaniasis cutánea difusa, debido a que ésta afecta a individuos con inmunocompromiso. La observación directa de los parásitos en los frotis de la lesión o por biopsia –con tinciones de Giemsa, Leishman o Wright– es útil, ya que es fácil encontrar amastigotes en lesiones activas o recientes. La *Leishmania spp.* también puede ser cultivada, pero algunas especies son difíciles de aislar. Igualmente, la inoculación animal puede tener valor, pero requiere semanas o meses para aislar el parásito. La especie y subespecie se puede identificar por alguno de los siguientes procesos: PCR, hibridación del DNA, análisis de endonucleasa del DNA del cinetoplasto, análisis de isoenzima o técnicas inmunológicas con anticuerpos monoclonales (IFI e IFD). Asimismo, se pueden realizar biopsias de la lesión con identificación de parásitos.^{8,9}

El tratamiento de la leishmaniasis cutánea localizada permite disminuir cicatrices y previene tanto la diseminación como la recaída. Está indicado en lesiones persistentes, de seis meses de evolución, o más, en lesiones múltiples, de gran tamaño, localizadas en cara, manos, o sobre articulaciones, o bien si hay riesgo de afección a mucosas.¹⁰



Fotografía 6. Leishmaniasis cutánea.

Los antimoniales, estibogluconato sódico y antimonio de meglumina, tanto por vía parenteral como intralesionales, son el tratamiento de primera elección. Los intralesionales producen menos efectos adversos y son menos costosos. Están indicados en lesiones únicas, de pequeño tamaño, producidas por especies del Viejo Mundo o por *Leishmania mexicana*.¹¹

Otros fármacos que se han descrito para el tratamiento de leishmaniasis son: interferón gamma, pentamidina, paromomicina, miltefosina, azoles y anfotericina B. No obstante, algunos únicamente están indicados en formas sistémicas, además de sus efectos adversos y costos mayores.¹²

REFERENCIAS

1. Ampuero Vela JS. *Serie de documentos monográficos*, N° 8, Perú, Ministerio de Salud, 2000: 7-36.
2. Harper J, Oranje A, Prose N. "Leishmaniasis". En: *Textbook of Pediatric Dermatology*, 2ª ed, Boston, Blackwell, 2006: 614-625.
3. Ashford RW, et al. *Technical report series 949*. Ginebra, WHO Expert Committee on the Control of Leishmaniasis, 2010: xii.
4. Dedet JP, Pratlong F. "Leishmaniasis". En: Manson P, Cook GC, Zumla A (eds). *Manson's Tropical diseases*. 21ª ed, Londres, Saunders, 2003: 1339-1364.
5. Montalvo Álvarez AM. "Leishmaniasis. Aspectos de interés sobre un parasitismo exótico para Cuba". *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología* 2010; 48(1): 77-91.
6. William HM, Khaldoun M. "Cutaneous Leishmaniasis: Recognition and Treatment". *American Family Physician* 2004; 69 (6): 1455-1460.
7. Grimaldi Jr G, Tesh R, McMahon-Pratt D. "A review of the geographic distribution and epidemiology of leishmaniasis in the new world". *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 1989; 41: 687-725.
8. Zegarra del Caprio R, Sánchez Saldaña L. "Leishmaniasis cutánea: Presentación en placa verrucosa". *Dermatología Peruana* 2005; 15 (1): 60-63.
9. Oddone R, et al. "Leishmaniasis tegumentaria: sensibilidad de la inmunofluorescencia indirecta en pacientes con diagnóstico parasitológico". *Mem Inst Invest Cienc Salud* 2005; 3 (1): 15-18.
10. Reithinger R, Dujardin JC, Louzir H, Pirmez C, Alexander B, Brooker S. "Cutaneous leishmaniasis". *Lancet Infect Dis* 2007; 7: 581-596.
11. Blum J, Desjeux P, Schwartz E, Beck B, Hatz C. "Treatment of cutaneous leishmaniasis among travelers". *J Antimicrob Chemother* 2004; 53: 158-166.
12. Bailey MS, Lockwood DN. "Cutaneous leishmaniasis". *Clin Dermatol* 2007; 25: 203-2011.