

# Leishmaniasis cutánea: reporte de un caso

## Cutaneous leishmaniasis. A case report

\*Ariana Noemí Castillo Tapia, Germán Cuevas Ríos, \*\*Álvaro Elizondo Verduzco, Wendy Mariana Pérez Pérez

\*Centro Universitario del Sur. Universidad de Guadalajara.

\*\*Centro de Salud Rural Gómez Farías. Secretaría de Salud, Jalisco.

### RESUMEN

La leishmaniasis cutánea es una dermatosis producida por protozoos del género *Leishmania*. Los estados del Sureste mexicano son los más afectados por este padecimiento. Solo 5% de casos de leishmaniasis presentan lesiones en más de una parte anatómica, y la forma clínica más común es la úlcera. El tratamiento de primera elección para las diferentes formas clínicas de leishmaniasis son las sales de antimonio pentavalentes (Sb5+). Presentamos el caso de un hombre de 34 años, residente de Gómez Farías, Jalisco, quien presenta lesiones ulceradas localizadas en: frente, debajo del labio inferior, cuello, y antebrazo derecho. Se realiza el diagnóstico de leishmaniasis cutánea mediante el estudio histológico de las lesiones. El tratamiento intramuscular con antimoniales pentavalentes, Glucantime®, llevó a la resolución progresiva de las lesiones.

**PALABRAS CLAVE:** *leishmaniasis cutánea, Jalisco.*

### ABSTRACT

Cutaneous leishmaniasis is caused by protozoa of the genus *Leishmania* and the inhabitants of the south-eastern states of Mexico are frequently affected. The most common clinical form is the ulcer, and only 5% of cases involve more than one anatomical site. Pentavalents antimony salts (Sb5+) are treatment of choice for different clinical forms. We report a 34 year-old male patient, resident of Gomez Farias, Jalisco. He presented ulcerated lesions on the forehead, below his lower lip, on the neck and right forearm. The diagnosis of cutaneous leishmaniasis was made by the histological study of these lesions. A progressive resolution was obtained with intramuscular treatment with antimonial derivate Glucantime®.

**KEYWORDS:** *cutaneous leishmaniasis, Jalisco.*

### Introducción

La leishmaniasis es una enfermedad crónica, consecuencia de la infección por parásitos pertenecientes al género *Leishmania*. La enfermedad se clasifica en cuatro categorías: cutánea, cutánea difusa, mucocutánea, y visceral.<sup>1</sup>

Se considera la segunda parasitosis de importancia en América Latina, por lo que representa un verdadero problema de salud pública.<sup>2</sup> Por esta razón se la considera como una de las enfermedades prioritarias para la investigación y el control.<sup>3</sup> Casi 350 millones de personas viven en áreas endémicas, y se calcula que 12 millones de individuos están infectados con el parásito.<sup>4</sup>

De los casos de leishmaniasis cutánea, 90% ocurren en Afganistán, Brasil, Irán, Perú, Arabia Saudita, Siria y México.<sup>5</sup> En América ha sido descrita en 24 países.<sup>6</sup> En México, las zonas endémicas son: sur de Veracruz, Tabasco, Oaxaca, Chiapas, Campeche, Quintana Roo, Yucatán, Coahuila, Nuevo León, Morelos, y Jalisco.<sup>7</sup> Los estados del Sureste mexicano son los más afectados por este padecimiento.<sup>5,8</sup>

La enfermedad se transmite a través de la picadura de la hembra del díptero hematófago *Phlebotomus*, en el Viejo Mundo, o *Lutzomia*, en el Nuevo Mundo.<sup>6,9</sup> El periodo de incubación oscila entre 1 y 12 semanas.<sup>9</sup>

### CORRESPONDENCIA

Ariana Noemí Castillo Tapia ■ draaricastillo@gmail.com

Cerrada de Petronilo López 4, colonia Centro, Ciudad Guzmán, Jalisco, CP 49000, México.

Teléfono: (341) 41 2 47 06; Celular: 341 126 50 50

La forma cutánea localizada representa 50-75% de todos los casos nuevos.<sup>10,11</sup> Inicia con una pápula pequeña, eritematosa e indolora, de crecimiento gradual, con infiltrado y úlcera central, fondo limpio, con aspecto de tejido de granulación (puede haber secreción serosa y costras melicéricas); puede haber adenomegalia.<sup>5</sup> La leishmaniasis cutánea puede adoptar diversas formas clínicas como la papulosa, impetiginosa, verrucosa, nodular, vegetante y mixta.<sup>6</sup>

En el diagnóstico parasitológico hay dos alternativas. La primera, mediante la visualización, en el frotis o en la histopatología, de amastigotes. La segunda es intentar el aislamiento directo de los promastigotes en cultivos *in vitro*. Los métodos inmunológicos incluyen la intradermoreacción de Montenegro, Elisa/Dot Elisa, IFI.<sup>9</sup>

Entre los diagnósticos diferenciales deben considerarse: úlceras traumáticas, vasculares, piógenas, esporotricosis, paracoccidiodomicosis, tuberculosis cutánea, pioderma gangrenoso, picaduras de insecto con granuloma, lepra, cromoblastomicosis, histoplasmosis, y carcinomas espinocelulares.<sup>3</sup>

Hay tres tipos de tratamiento, en general:

1. **FÍSICO.** La termoterapia, que es el más utilizado, el curetaje, la crioterapia, y la resección quirúrgica.
2. **TÓPICO.** Glucantime® intralesional, o Pentostam®.
3. **SISTÉMICO.** Glucantime®. Alternativas: anfotericina B, pentamidina e imidazoles.<sup>2,10</sup>

El tratamiento de primera elección para las diferentes formas clínicas de leishmaniasis son las sales de antimonio pentavalente (Sb<sup>5+</sup>), como el antimoniato de meglumina (Glucantime®). Las pautas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan una dosis única diaria de antimonio pentavalente de 20 mg/kg de peso/día durante 20 días con Pentostam®, o bien antimoniato de me-

glumida IM 1.5 a 3 gr/día (Glucantime®), que garantiza un 90-95% de curación.<sup>2,6,9</sup>

El pronóstico es bueno, dado que la forma cutánea puede curarse sola, a corto o a largo plazo, o mediante un tratamiento oportuno.<sup>7</sup> No existe en este momento ninguna vacuna disponible contra la leishmaniasis.<sup>9</sup> Se recomienda el control de vectores con repelentes, mosquiteros y mallas.<sup>12</sup>

### Caso clínico

Masculino, de 34 años de edad, residente de Gómez Farías, Jalisco. Trabajó anteriormente en el campo. Como antecedentes de importancia: alcoholismo y tabaquismo positivos. Actualmente trabaja cortando madera en La Cañada, municipio de Ayutla, Jalisco. Previamente laboró en la ranchería Pavelo, del mismo municipio. Presenta tatuaje en antebrazo izquierdo, desconoce medidas higiénicas del lugar donde se lo realizó.

Acudió a consulta al Centro de Salud Rural, en Gómez Farías, el 22 de octubre de 2010 por haber presentado pápula pequeña en antebrazo derecho. Ésta inició en mayo del mismo año, acompañada de prurito, la cual fue creciendo progresivamente hasta “reventar y salirle líquido claro”, y posteriormente ulcerarse. En junio de 2010, presentó el mismo tipo de lesión, en cara (frente), pabellón auricular, en región posterolateral izquierda de cuello, con el mismo patrón de evolución que la primera lesión. Refiere que todas se acompañan de prurito intenso. Son indoloras. Se aplicó remedios caseros, después tomó trimetoprim-sulfametoxazol e itraconazol sin presentar mejoría.

A la exploración física presenta dermatosis diseminada que afecta cabeza. De ésta, la cara (frente y debajo del labio inferior), el pabellón auricular izquierdo, la región



**Fotografía 1.** Lesión cutánea ulcerada frontal. Dimensiones 3 cm x 3 cm. Bordes elevados, indurados, e irregulares, con base limpia, sin secreciones y costra melicérica en región inferior (antes de tratamiento).



**Fotografía 2.** Se observa lesión cicatrizal en región frontal, eritematosa, con límites irregulares (un mes después del tratamiento).



**Fotografía 3.** Lesión cervical superficial, con tendencia a la cicatrización (durante el tratamiento).



**Fotografía 4.** Lesión ulcerada en antebrazo derecho, con bordes elevados, indurados, con base limpia, sin secreciones (antes del tratamiento).

posterolateral izquierda del cuello y la extremidad superior derecha, en el nivel del antebrazo. Predominio de las lesiones en cara. Respeto tronco y extremidades inferiores, así como extremidad superior izquierda. Asimétrica. Constituida por lesiones ulceradas, de 3 cm x 3 cm, la mayor (localizada en región frontal), con depresión central y bordes elevados, indurados y bien delimitados. Base limpia, sin salida de secreción purulenta, con costra melicérica en región inferior. Todas las lesiones indoloras. El resto de las lesiones tienen las mismas características. Asimismo, se palpa ganglio en región submaxilar de 1cm, no doloroso, bien delimitado.

#### Paraclínicos

Se realizó impronta teñida con Giemsa, observando células histiocíticas con amastigotes en su interior.

#### Discusión

La leishmaniasis cutánea, aunque es una entidad relativamente frecuente en México, no lo es tanto en el estado de Jalisco, comparado con otras entidades federativas. Este es el primer caso reportado en Jalisco en 2010.

Debido a que el reporte de la enfermedad solo es obligatorio en 32 países, existe un subregistro de casos en el nivel mundial.<sup>12</sup> Otros casos son diagnosticados como otras dermatosis, por lo que no existen datos fidedignos que permitan reconocer la enfermedad como un verdadero problema mundial de salud pública.

Evidentemente, es de vital importancia establecer el diagnóstico oportuno e instituir tratamiento de manera temprana para evitar complicaciones o cicatrices, ya que se trata de pacientes jóvenes.

En un artículo realizado por Sánchez, en 2007, se encontró que la sensibilidad del diagnóstico presuntivo supera a la de los métodos diagnósticos parasitológicos empleados habitualmente en zonas endémicas, aunque su especificidad sea mucho menor.<sup>13</sup> En nuestro caso, la elevada sospecha clínica y epidemiológica fue clave para el diagnóstico. Éste se realizó en una unidad de primer nivel y se envió a un segundo nivel de atención para corroborarlo por medios parasitológicos adecuados, para proceder al tratamiento con antimoniales.

Respecto al tratamiento utilizado, dentro de los efectos adversos mencionados en la literatura, atribuibles al antimonio de meglumina (Glucantime®), se encuentran la elevación de aminotransferasas séricas y la proteinuria. Éste fue el caso de nuestro paciente, al presentar una ligera elevación de las aminotransferasas. En un estudio realizado por Navarro (2004), en Venezuela, se evaluaron las constantes hematológicas, renales y hepáticas, antes,

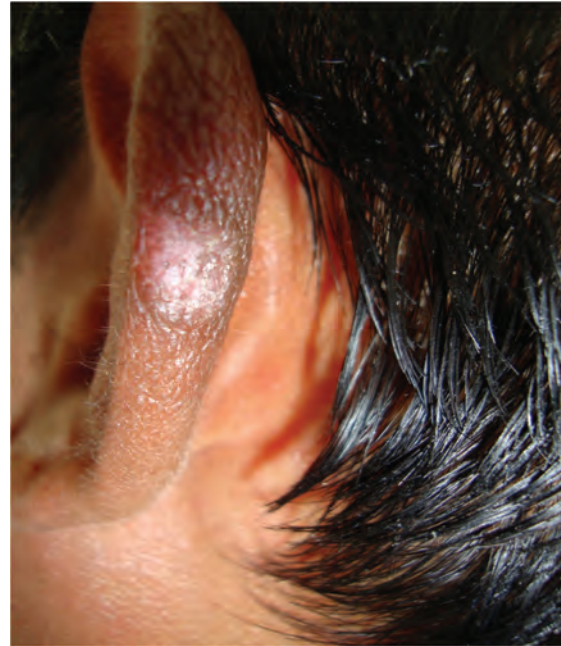
durante y después del tratamiento con antimonio de meglumina, y se observó elevación de aminotransferasas, proteinuria, cilindruria, creatinina elevada, artralgias y taquicardia. En dicho estudio, las aminotransferasas y la proteinuria revirtieron después de 15 días.<sup>14</sup> Nuestro paciente presentó el reporte más elevado de aminotransferasas el 19 de noviembre, cuando aún no iniciaba tratamiento con Glucantime® (éste lo inició hasta el día 23 de noviembre) debido, probablemente, a que estuvo bajo tratamiento con itraconazol, instaurado en segundo nivel, probablemente por el costo y la dificultad para conseguir antimoniales.

En un estudio retrospectivo, realizado en el Hospital General de Chetumal (SSA), por Sánchez, en 2007, se menciona que solo 5% de casos de leishmaniasis presentan lesiones en más de una parte anatómica. La forma clínica más común en su estudio fue la úlcera (87.4%) y predominaron lesiones únicas con tamaño de 1 a 2 cm.<sup>5</sup> En nuestro caso reportado, las lesiones fueron múltiples y de tamaño superior. Asimismo, señalan que sus resultados coinciden con la bibliografía nacional e internacional, en cuanto a que los antimoniales son el tratamiento de elección de la leishmaniasis cutánea.<sup>5</sup> Dicho tratamiento fue instaurado en nuestro paciente por ser el de elección y por tratarse de lesiones múltiples.

En un estudio realizado por Asilian, en 2003, se comparó la eficacia parasitológica y clínica de cuatro semanas y dos semanas de tratamiento con aminosidina (paromomicina) en los pacientes con leishmaniasis cutánea. Se observó que dos terceras partes de los pacientes que recibieron pomada durante cuatro semanas se curaron clínicamente, pudiendo ser el tratamiento de primera línea de la leishmaniasis cutánea por *L. major*.<sup>15</sup> Se sugiere que se realicen estudios a fondo sobre el uso de aminosidina para leishmaniasis mexicana, con lo cual se reducirían los efectos adversos y los costos que implican los antimoniales.

En los últimos años se ha observado un incremento en la incidencia de leishmaniasis en América Latina. Existen nuevos informes en zonas no endémicas que constituyen un problema creciente. La ausencia de medidas de control de la enfermedad, además del surgimiento de resistencia a los fármacos Pentostam y Glucantime®, sumado a su alto costo, exigen esfuerzos dirigidos a desarrollar un conocimiento más profundo de la relación hospedero-parásito, para idear posibles conductas de control.<sup>4</sup>

Cuando se tiene una localización atípica, es importante descartar inmunosupresión. Asimismo, la demostración cutánea de *Leishmania* puede ser un hallazgo clave en el diagnóstico de leishmaniasis visceral en un paciente VIH positivo,<sup>11</sup> por lo cual a nuestro paciente se le realizó



Fotografía 5. Úlcera en pabellón auricular, con tejido de granulación al centro (durante el tratamiento).



Fotografía 6. Cicatrización de úlcera en pabellón auricular (un mes después de finalizar tratamiento).

un perfil serológico, ya que cuenta con el antecedente de un tatuaje y desconoce las medidas higiénicas del lugar donde se le realizó. El perfil serológico resultó negativo.

En cuanto al pronóstico, existe un estudio realizado por Passos (2000), en el que se evaluó el uso de una prueba cutánea como marcador predictivo de recaídas de leishmaniasis cutánea tras el tratamiento. Sin embargo, aunque esta prueba se realizó en pacientes tratados con antimonio de meglumina intramuscular —como fue el caso de nuestro paciente—, esta prueba contiene antígeno preparado a partir de suspensiones de promastigotes muertos de *L. braziliensis*, por lo que es necesario realizar este tipo de pruebas con otras especies de *Leishmania*.<sup>16</sup>

Las condiciones geográficas y ambientales son de suma importancia. Dado que existen tres pacientes más con afección por *Leishmania*, aparte del que presentamos aquí, en lugares donde es poco frecuente la enfermedad, pensamos que las condiciones climatológicas y ambientales están modificándose, llegando a ser cada vez más adecuadas para la sobrevivencia del vector y el parásito. Esto conlleva un gran riesgo epidemiológico, como lo explica Ben-Salah en su estudio de 2007.<sup>17</sup>

Consideramos importante comentar la experiencia de nuestro paciente. Al iniciar las manifestaciones clínicas, refiere haberse sorprendido al notarse úlceras sin antecedente de traumatismo, aun más cuando iban creciendo progresivamente. Manifiesta haber sentido temor, ansiedad y baja autoestima. Actualmente refiere que es una enfermedad, aunque físicamente indolora, emocionalmente desgastante. Esto, como médicos, nos obliga a creer que existe la enfermedad, a considerarla dentro de nuestros diagnósticos diferenciales, y a hacer un diagnóstico oportuno, con el fin de limitar el daño físico y emocional a nuestros pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Freedberg IM, Eisen Z, Wolff K. En Fitzpatrick's *Dermatología en medicina general*, 5ª ed. Tomo III. México, Editorial Médica Panamericana, 2009: 2767-2774.
2. Solloa-Roncero ME, Magaña-Ramírez MDC, Vera-Páramo A, Moreno-Collado CA, Benuto-Aguilar RS, Zamora-Santos E. "Leishmaniasis cutánea. Experiencia en el Hospital Central militar." *Rev Sanid Milit* 2001; 55(1): 10-14.
3. Gamboa-Arend R. "Leishmaniasis cutánea (Revisión Bibliográfica)." *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 2009; 66(588): 169-172.
4. Hernández-Ruiz J, Becker I. "Linfocitos T citotóxicos CD8 en la leishmaniasis cutánea." *Salud Pública de México* 2006; 48(5): 430-439.
5. Jheman-Zetina JL. "Leishmaniasis cutánea en el estado de Quintana Roo, México." *Dermatología Rev Mex* 2008; 52(1): 3-9.
6. Zegarra-Del-Carpio R, Sánchez-Saldaña L. "Leishmaniasis cutánea: presentación en placa verrucosa." *Dermatología Peruana* 2005; 15(1): 62-65.
7. Arenas R. *Atlas dermatología. Diagnóstico y tratamiento*. 3ª ed. México, McGraw Hill, 2005: 456-459.
8. Hernández-Flores JDJ, Moraes-Aguirre JJ, Zamora-Chávez A. "Leishmaniasis visceral tratada con anfotericina B." *Bol Med Hosp Infant Mex* 2007; 64: 43-48.
9. Fagundo-González E, Ruiz-González I, Martínez-Fernández M, Sonsoles-Delgado V, Sánchez-Sambucety P, Rodríguez-Prieto MA. "Leishmaniasis cutánea del pabellón auricular." *Med Cutan Iber Lat Am* 2005; 33(5): 219-221.
10. Rabi-Das VN, Ali-Siddiqui N, Pandey K, Pratap-Singh V, Topno RK, et al. "A controlled, randomized nonblinded clinical trial to assess the efficacy of anfotericin B deoxicholate as compared to pentamidine for the treatment of antimony uresponsive visceral leishmaniasis cases in Bihar, India." *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2009; 5: 117-124.
11. Moreno-Presmanes M, Tomás-Cabedo G, Valcuende-Cavero F, Pérez-Pastor G, Lázaro-Santander R. "Úlcera labial secundaria a leishmaniasis visceral en un paciente VIH-positivo." *Med Cutan Iber Lat Am* 2008; 36(4): 195-198.
12. Rondón-Lugo L. "Visión actual y futuro de la leishmaniasis." *Med Cutan Iber Lat Am* 2006; 34(6): 253-254.
13. Sánchez J, Orozco L, Buendía J, Muñoz G. "Validez del diagnóstico presuntivo de leishmaniasis cutánea realizado por mediadores comunitarios en Colombia." *Rev Panam Salud Pública* 2007; 21(6): 335-334.
14. Navarro P, Belfort E, Martín A, García J, Garrido E, Delgado O, Coraspe V, Silva S. "Evaluación terapéutica del antimonio de meglumina en niños con leishmaniasis tegumentaria americana." *Archivos venezolanos de puericultura y pediatría* 2004; 67(2): 63-66.
15. Asilian A, Jalayer T, Nilforooshzadeh M, Peto R, Wayling S, et al. "Treatment of cutaneous leishmaniasis with aminosidine (paromomycin) ointment: double-blind, randomized trial in the Islamic Republic of Iran." *Bulletin of the World Health Organization* 2003; 81(5): 353-359.
16. Passos V, Barreto S, Romanha A, Krettli A, Volpini A, Lima-e-Costa MF. "American cutaneous leishmaniasis: use of a skin test as predictor of relapse after treatment." *Bulletin of de World Health Organization* 2000; 78(8): 968-974.
17. Ben-Salah A, Kamarianakis Y, Chlif S, Ben-Alaya N, Prastacos P. "Zoonotic cutaneous leishaniasis in central Tunisia: spatio-temporal dynamics." *International Journal of Epidemiology* 2007; 36: 991-1000.