

# Leishmaniasis cutánea: presentación atípica en un adolescente

## Atypical Cutaneous Leishmaniasis: A Case Report

Carlos D. Sánchez-Cárdenas,<sup>1</sup> Josefina Carbajosa,<sup>2</sup> Miguel Aquino<sup>3</sup> y Roberto Arenas<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Médico PSS y micólogo, Sección de Micología, Hospital General Dr. Manuel Gea González

<sup>2</sup> Dermatólogo, Hospital Médica Sur, Ciudad de México

<sup>3</sup> Dermatólogo, Centro Dermatológico del Sureste Dr. Fernando Latapí

### RESUMEN

La leishmaniasis cutánea (LC) es causada por diferentes especies de protozoos intracelulares hemoflagelados del género *Leishmania*. Las formas más frecuentes son la cutánea pura y la cutánea condral. Presentamos el caso de un joven de 16 años, campesino, indígena tzeltal, nativo de Chiapas, México. Presenta una dermatosis localizada en la nariz constituida por una lesión nodular cupuliforme, de 4 cm de diámetro, con edema y eritema, con bordes bien definidos y una úlcera central. Este caso es una presentación clínica atípica, con aspecto tumoral de linfocitoma vs. linfoma cutáneo.

**PALABRAS CLAVE:** *leishmaniasis*, *Leishmania*, *itraconazol*.

### ABSTRACT

Cutaneous leishmaniasis (LC) is a variety of leishmaniasis caused by different species of hemoflagellate intracellular protozoa of the genus *Leishmania*. The states of the Mexican southeast are the most affected by this disease. We report a male, 16 year-old, peasant, indigenous Tzeltal, native of Chiapas, Mexico. It is attended for presenting a nodular lesion on the nose, 4 cm in diameter, with edema and erythema, with well delimited borders and ulceration. This is a case of atypical clinical presentation and looks like lymphocytoma vs. lymphoma.

**KEYWORDS:** *leishmaniasis*, *Leishmania*, *itraconazol*.

### Introducción

La leishmaniasis cutánea (LC) es una variedad de leishmaniasis causada por diferentes especies de protozoarios intracelulares hemoflagelados del género *Leishmania*, en América se transmite por un díptero hembra del género *Lutzomya*. Los estados del sureste mexicano son los más afectados por esta enfermedad.<sup>1-4</sup>

Afecta con mayor frecuencia a hombres, también puede afectar a niños de zonas endémicas en México. Los campesinos tienen mayor riesgo de padecer la enfermedad, aunque también quienes hayan viajado recientemente a estas zonas.<sup>4</sup>

La leishmaniasis cutánea localizada y la forma cutánea condral, representan de 50 a 75% del total de casos nuevos.<sup>5</sup> Las partes más comúnmente afectadas son la cara y las áreas descubiertas, como los brazos, las piernas, manos y tobillos (por ser más accesibles a la picadura).<sup>4,6</sup> Inicia como un pápula pequeña, eritematosa e indolora, de cre-

cimiento gradual y úlcera central.<sup>4-6</sup> Puede sanar espontáneamente.<sup>4</sup>

Existen formas de leishmaniasis cutánea que simulan una conectivopatía, lupus tuberculoso o un tumor.<sup>6</sup>

### Caso clínico

Se presenta el caso de un joven de 16 años de edad, campesino, indígena tzeltal, originario de Jericó, municipio de Ocosingo, Chiapas. No habla español y es atendido en el Hospital San Carlos de Altamirano, Chiapas, porque presenta una dermatosis localizada en el dorso de la nariz, constituida por una lesión de aspecto nodular cupuliforme, hemisférica, de 4 cm de diámetro, con edema y eritema, con bordes bien definidos y una úlcera central (fotografía 1). Evolución de cuatro meses.

Se hace el diagnóstico clínico de linfoma vs. linfocitoma, por lo que se decide realizar biopsia de la región afectada

### CORRESPONDENCIA

Roberto Arenas ■ rarenas 98@hotmail.com ■ Tel. (55) 4000 3058

Hospital General Dr. Manuel Gea González, Calzada de Tlalpan 4800, C.P. 14080, Ciudad de México



Fotografía 1. Paciente con lesión en el dorso de la nariz.

El estudio histopatológico muestra infiltrado dérmico denso y difuso compuesto fundamentalmente por histiocitos, linfocitos y células plasmáticas con presencia de amastigotes al interior de los macrófagos y focos de necrosis dérmica (figura 1).

Se confirma leishmaniasis cutánea, se indica itraconazol como tratamiento, pero el paciente no regresó a control.

### Discusión

La leishmaniasis cutánea (LC) afecta con más frecuencia a la población de los estados del sureste mexicano (Veracruz, Tabasco, Oaxaca, Chiapas, Campeche, Quintana Roo y parte de Yucatán).<sup>1-3,7,8</sup> Nuestro paciente es originario de Chiapas, considerada zona endémica.

Es una zoonosis de la jungla, aunque también se puede adquirir en lugares semidesérticos o regiones frías. Es típica a una altitud de 0-1 500 m sobre el nivel del mar, a temperaturas mayores de 20 °C y con una precipitación pluvial anual de 1 500 a 3 000 mm.<sup>4</sup>

Afecta con mayor frecuencia a hombres y campesinos. En nuestro caso, era campesino. Las localizaciones más comunes de las lesiones son las áreas descubiertas.<sup>4,6</sup>

Inicialmente la lesión es papular, redondeada u ovalada, asintomática o levemente pruriginosa, única o múltiple. Con el tiempo hay aumento de tamaño y aparece una lesión nodular con infiltración profunda de bordes bien definidos, y ulceración central que puede durar de tres a cinco meses, e incluso de 15 a 20 años.<sup>4,6,9</sup>

Clínicamente se puede confundir con un linfocitoma, o linfoma cutáneo, dado el aspecto tumoral y la rápida evolución con edema e infiltración.

El diagnóstico se hace con base en la sospecha clínica y el antecedente epidemiológico, investigación de los parásitos en frotis del exudado de la lesión y estudio de biopsias.<sup>4</sup>

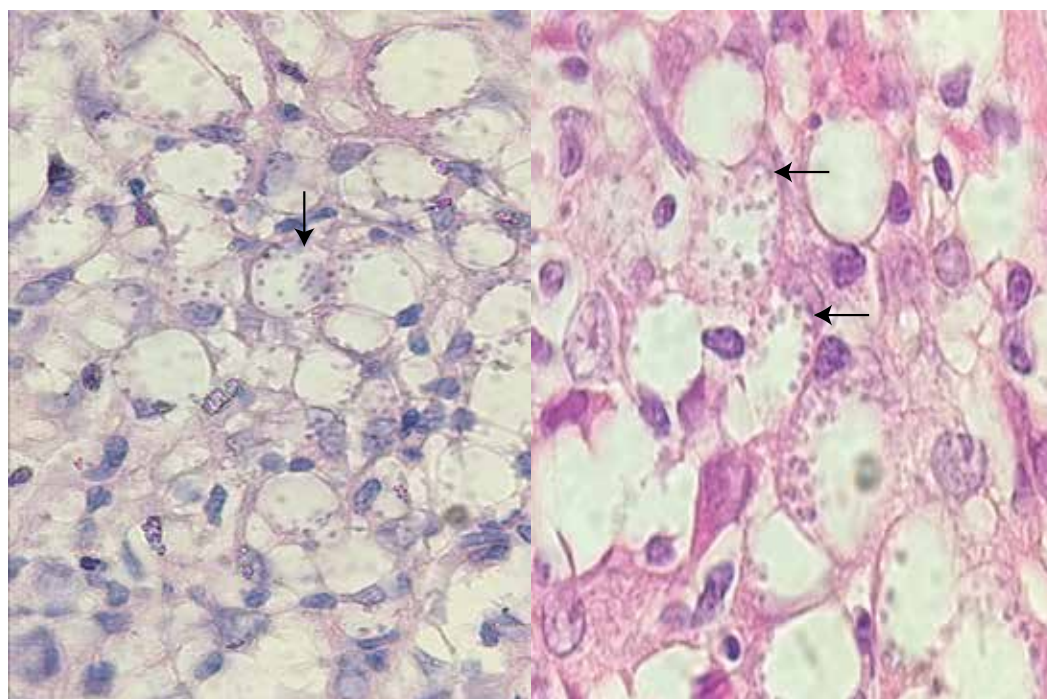


Figura 1 A y B. Presencia de amastigotes intracelulares (flechas) (HE y PAS 40x).

En principio, en la histopatología hay un infiltrado dérmico denso y difuso compuesto fundamentalmente por histiocitos, linfocitos y células plasmáticas con cuerpos de Russel. También hay neutrófilos y eosinófilos. Los amastigotes se pueden observar en el interior de los macrófagos y/o en el espacio extracelular; en ocasiones pueden verse focos de necrosis dérmica. Conforme avanza la lesión, se van formando granulomas epitelioides inicialmente en la dermis superior, se pueden observar células gigantes de Langhans, el número de células plasmáticas aumenta y la cantidad de amastigotes disminuye.<sup>4,6</sup>

Dada la dificultad para conseguir algunos de los tratamientos de primera elección, una alternativa en los casos de *L. mexicana* es el itraconazol 200 mg por vía oral durante uno a dos meses, con buena evolución del padecimiento.<sup>4</sup>

Para prevenir la enfermedad se debe tener un conocimiento adecuado de la distribución geográfica y características de la infección en la casa y en la zona, educación sanitaria de la población general y formación específica del personal sanitario y auxiliar implicado en los programas de control, uso de insecticidas con acción residual en las casas, árboles y refugios de los mosquitos, mosquiteros y cortinas impregnadas con piretroides.<sup>4,6</sup>

El caso que presentamos es frecuente en las zonas endémicas, pero debe alertarnos sobre todo por su presentación atípica y la posibilidad de observarlo en viajeros o personal con alguna ocupación en estas áreas selváticas del país.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sellami K, Maaloul I, Omri N *et al*, Leishmaniose cutanée de la face chez un nourrisson, *Arch Pediatr* 2016; 23(10): 1107-8.
2. Jheman Zetina JL, Leishmaniasis cutánea en el estado de Quintana Roo, México, *Dermatología Rev Mex* 2008; 52(1): 3-9.
3. Pérez-Vega JH, López-Moreno CY, López-Valenzuela JÁ *et al*, Leishmaniasis cutánea causada por *Leishmania mexicana* en Durango, México. Informe del primer caso clínico, *Gac Méd Méx* 2009; 145(5): 433-5.
4. Torres-Guerrero E, Quintanilla-Cedillo MR, Ruiz-Esmenjaud J y Arenas R, Leishmaniasis: a review, *F1000Res* 2017; 6: 750.
5. Castillo Tapia AN, Cuevas Ríos G, Elizondo Verduzco A y Pérez Pérez WM, Leishmaniasis cutánea: reporte de un caso, *DCMQ* 2011; 9(2): 102-6.
6. García-Almagro D, Leishmaniasis cutánea, *Actas Dermo-Sifiliográf* 2005; 96(1): 1-24.
7. Dassoni F, Daba F, Naafs B y Morrone A, Leishmaniasis recidivans in Ethiopia: cutaneous and mucocutaneous features, *J Infect Dev Ctries* 2017; 11(1): 106-10.
8. Almeida TFA, Da Silveira EM, Dos Santos CRR *et al*, Exclusive primary lesion of oral leishmaniasis with immunohistochemical diagnosis, *Head Neck Pathol* 2016; 10(4): 533-7.
9. Mohammadpour I, Motazedian MH, Handjani F y Hatam GR, Cutaneous leishmaniasis of the eyelids : a case series with molecular identification and literature review, *Korean J Parasitol* 2016; 54(6): 787-92.

