

Leishmaniasis mucocutánea con afectación laríngea

Mucocutaneous leishmaniasis with laryngeal involvement

AM Luna, M.^aA Michelena, C. Fleming, G. Arena, AM Chiavassa, P. Rafti
Servicio de Dermatología. Hospital Interzonal General de Agudos "General San Martín"
La Plata. Provincia de Buenos Aires. Argentina

Correspondencia:
G. L. Arena
e-mail: arenadoc@yahoo.com.ar

Resumen

La leishmaniasis es la infección producida por protozoos del género Leishmania. Presenta diferentes formas clínicas, dentro de las cuales, la leishmaniasis mucocutánea es una de las que conlleva mayor gravedad debido al compromiso de la vía aérea superior, que puede producir secuelas incapacitantes e incluso la muerte.

Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico de leishmaniasis mucocutánea con importante compromiso laríngeo, el cual tuvo excelente respuesta al tratamiento con antimoniales pentavalentes.

(AM Luna, MA Michelena, C. Fleming, G. Arena, AM Chiavassa, P. Rafti. Leishmaniasis mucocutánea con afectación laríngea. *Med Cutan Iber Lat Am* 2012;40(5):154-157)

Palabras clave: leishmaniasis del Nuevo Mundo- leishmaniasis mucocutánea- antimoniales pentavalentes.

Summary

Leishmaniasis is an infection caused by protozoa of the genus Leishmania. Mucocutaneous leishmaniasis is one of the clinical forms that presents more severity, due to the involvement of the upper airway, which can lead to incapacitating consequences or even death.

We report the case of a patient with diagnosis of mucocutaneous leishmaniasis with significant laryngeal involvement which had excellent response to treatment with pentavalent antimonials.

Key words: *New World leishmaniasis- mucocutaneous leishmaniasis-pentavalent antimonials.*

La leishmaniasis comprende una serie de cuadros clínicos que resultan del parasitismo de un huésped vertebrado por protozoos intracelulares del género Leishmania (L). Es una enfermedad de transmisión vectorial, que puede adquirirse por la picadura de moscas de la arena (Lutzomyia en el Nuevo Mundo y Phlebotomus en el Viejo Mundo) infectadas con el parásito[1].

La prevalencia global de la enfermedad se estima en 12 millones de casos en todo el mundo, con una incidencia de 2 millones de casos nuevos al año[2 3].

La leishmaniasis es endémica en regiones tropicales y subtropicales de América, Asia, África y Europa. En Argentina afecta las provincias de Salta, Tucumán, Chaco, Formosa, Santiago del Estero, Corrientes y Misiones[4].

Debido al hábito del vector, que se encuentra principalmente en áreas rurales y periurbanas, infecta con mayor frecuencia a quienes realizan tareas de agricultura o deforestación[5]. Actualmente se aprecia un incremento muy importante en su incidencia, debido al aumento de los viajes a áreas endémicas y al crecimiento de la población inmunosuprimida, ya sea por drogas o patologías como el HIV/SIDA[3, 6, 7].

A continuación se presenta un caso de leishmaniasis mucocutánea con afectación de vía aérea superior, que de no ser diagnosticada y tratada oportunamente, puede poner en riesgo la vida del paciente.

Caso clínico

Paciente varón, de 38 años de edad, oriundo de Bolivia, trabajador rural, que consultó derivado del Servicio de Otorrinolaringología por lesiones tumorales en paladar.

El paciente refería disfonía de 6 meses de evolución, disnea progresiva, pérdida de peso y disfagia para sólidos. Había presentado en múltiples oportunidades descarga rinosinusal mucopurulenta y epistaxis.

En el examen físico se observaba en fosa nasal izquierda, a nivel de la región septal anteroinferior, una úlcera de 1,5 cm de diámetro con bordes netos, infiltrados, de base exudativa, recubierta por costras serohemáticas. En paladar presentaba una tumoración de aspecto vegetante, de 5 x 3 cm, que comprometía paladar duro y blando, pilares, y hacia atrás se extendía a pared posterior de faringe (Figura 1).

Se solicitaron los siguientes exámenes complementarios: laboratorio de rutina, serologías para HIV, VDRL, FTA-abs y micosis profundas, inmunológico, PPD, tomografías de tórax y abdomen, los cuales resultaron sin particularidades. En la tomografía de senos paranasales se observó engrosamiento mucoso de senos maxilares y proceso glótico y supraglótico con disminución de la luz laríngea en un 25%.

Se realizó una nasofibrolaringoscopía que mostró en ambas fosas nasales edema de la mucosa y múltiples úlceras a nivel septal cubiertas por costras; en laringe, importante compromiso supraglótico con infiltración deformante de epiglottis y bandas ventriculares (Figura 2).



Figura 1. Mucosa de paladar infiltrada con lesiones de aspecto granulomatoso que delimitan la "cruz de espundia".



Figura 2. Nasofibrolaringoscopía: edema y lesiones que infiltran epiglotis y bandas ventriculares.

En el estudio histopatológico de la biopsia de paladar se observó un infiltrado inflamatorio compuesto por histiocitos, células plasmáticas y linfocitos. Las técnicas de P.A.S, Grocott y Ziehl-Neelsen resultaron negativas (Figura 3).

Se realizó la intradermorreacción de Montenegro, la cual resultó positiva con una lectura mayor a los 20 mm a las 48 horas.

Con diagnóstico presuntivo de Leishmaniasis Mucocutánea, se reiteró la biopsia de paladar y se envió al Instituto Nacional de Parasitología Dr. Mario Fatale Chabén donde se realizó el cultivo que fue positivo para Leishmania braziliensis (Figura 4).

Se instauró tratamiento con antimoniato de meglumina 20 mg/kg/día por vía endovenosa, durante 28 días, y prednisona 40 mg/día que se inició una semana previa a los antimoniales, y se continuó en dosis descendente durante 2 semanas asociada a los mismos.

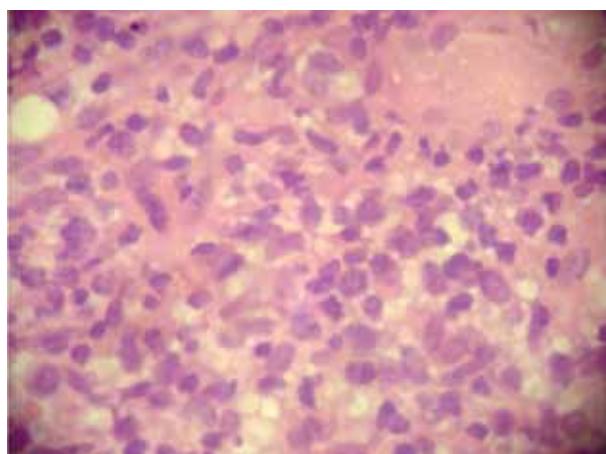


Figura 3. Infiltrado inflamatorio con histiocitos, linfocitos y células plasmáticas (H-E 100X).

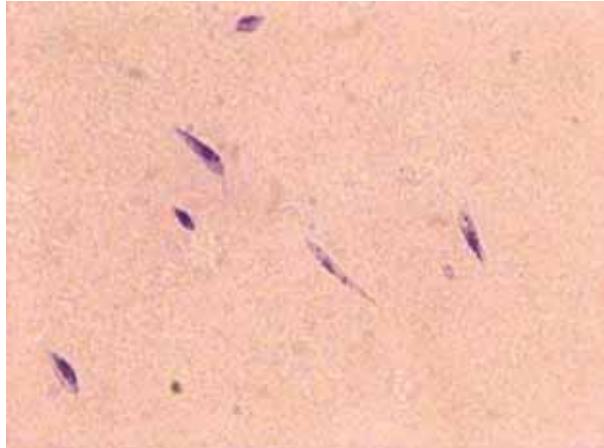


Figura 4. Promastigotes en cultivo.

Se realizaron controles semanales con electrocardiograma y laboratorio con hepatograma y función renal.

El paciente presentó muy buena respuesta al tratamiento con mejoría del estado general, aumento de peso, recuperación progresiva de la voz y resolución de las lesiones tanto en paladar como en laringe (Figuras 5 y 6).

Comentario

La leishmaniasis comprende varios cuadros clínicos: leishmaniasis visceral, leishmaniasis cutánea y leishmaniasis mucocutánea[8]. El desarrollo de una u otra forma de la enfermedad depende fundamentalmente del estado inmunitario del huésped, aunque también influyen factores como la especie de leishmania, el número de parásitos en el inóculo y el sitio del mismo[1].



Figura 5. Cuarta semana de tratamiento. Resolución de las lesiones.



Figura 6. Nasofibrolaringoscopía: resolución de las lesiones post tratamiento.

En Argentina, *L.braziliensis* es el agente etiológico principal, aunque en la provincia de Salta, se han encontrado también otras especies circulantes como *L. amazonensis* y *L. guyanensis*[9].

La leishmaniasis mucocutánea es una de las formas clínicas más severas debido al daño que produce en las mucosas y las secuelas que puede dejar en el tracto respiratorio como consecuencia de ello[2, 10].

El 90% de los casos de leishmaniasis mucocutánea ocurren en Bolivia, Brasil y Perú, y se presentan como complicación en el 5 al 20% de las leishmaniasis cutáneas[3, 11, 12]. Generalmente se produce por diseminación hematogena del parásito luego de una lesión cutánea, aunque también puede diseminarse por vía linfática o por extensión directa de lesiones producidas en el rostro[1, 2, 6].

El compromiso de mucosas puede verse simultáneamente a la lesión en piel, o presentarse meses y hasta décadas luego de ocurrida la lesión primaria[2, 11].

La mucosa que se encuentra afectada con mayor frecuencia es la nasal, con compromiso del septum hasta en un 90% de los casos. Al inicio se presenta con obstrucción nasal, rinorrea y epistaxis, para luego evolucionar con infiltración de la mucosa, ulceración y perforación del tabique. Se denomina "nariz de tapir" a la deformación producida por la caída de la punta de la nariz con infiltración granulomatosa de las alas nasales[2, 6, 11].

La leishmaniasis mucocutánea también puede comprometer paladar, faringe, laringe y labio superior[13]. Las lesiones de paladar tienen aspecto vegetante, y cuando delimitan 2 líneas perpendiculares que pasan por el rafe medio del paladar y el límite entre paladar duro y blando, dibujan lo que se denomina "cruz de espundia". La afectación laríngea consiste en la presencia de lesiones de aspecto granulomato-

so que infiltran mucosa y cuerdas vocales, pudiendo llevar a la muerte por sobreinfección u obstrucción[6].

Si bien por la clínica y la epidemiología puede sospecharse un caso de leishmaniasis mucocutánea, el diagnóstico definitivo se basa en la detección del parásito. El frotis por escarificado y tinción con Giemsa presenta una sensibilidad del 75%, la cual disminuye con la evolución, llegando al 20% luego de los 6 meses. El aislamiento en cultivo y la inoculación en hamsters presentan una sensibilidad del 30 y el 50% respectivamente[13]. La PCR es una técnica molecular de elevada sensibilidad, de gran utilidad en lesiones mucosas donde suelen haber escasas formas amastigotas, aunque de difícil disponibilidad en nuestro medio[14].

El tratamiento de elección para la leishmaniasis mucocutánea son los antimoniales pentavalentes. En nuestro país se utiliza el antimonato de meglumina en dosis de 20 mg/kg/día durante 28 días vía endovenosa o intramuscular. Debido a que ambas vías de administración presentan similar biodisponibilidad, se prefiere la vía endovenosa ya que disminuye las complicaciones locales de la administración intramuscular[4, 6]. Los efectos adversos más importantes

son la cardiotoxicidad con bradicardia y aumento del intervalo QT, hepatotoxicidad y pancreatitis[18].

Como alternativas terapéuticas pueden utilizarse la Anfotericina B y la Pentamidina[6, 13]. Debido a los efectos adversos y las recaídas de hasta un 25% en pacientes bajo tratamiento con antimoniales, actualmente se encuentran en estudio múltiples drogas para el tratamiento de la leishmaniasis dentro de las cuales se destaca la Azitromicina[3].

Cabe resaltar el uso de corticoides asociados al tratamiento específico con el objetivo de disminuir la respuesta inflamatoria que produce la lisis de los amastigotes, principalmente en pacientes con importante edema de mucosas nasal, oral o laríngea[4].

Conclusión

La leishmaniasis es una parasitosis endémica cuya incidencia se encuentra en aumento. Es importante tenerla en cuenta como diagnóstico diferencial ante un paciente con lesiones en mucosas, incluso cuando no presente antecedentes de enfermedad cutánea, ya que la lesión primaria en algunos casos puede pasar desapercibida.

Bibliografía

1. Navarro M, Vilata JJ, Requena C, Aliaga A. Leishmaniasis mucocutánea en un paciente infectado con el VIH. *Actas Dermosifiliogr* 2000; 91(9): 404-407.
2. Castro Gruber S, Zerpa O, Rondón AJ. Leishmaniasis en la infancia. *Med Cut ILA* 2003; 31(6): 351-361.
3. Mitropoulos P, Konidas P, Durkin-Konidas M. New World Cutaneous Leishmaniasis: Updated review of current and future diagnosis and treatment. *J AM ACAD Dermatol* 2010; 63(2): 309-322.
4. Villoldo MS, Forero O, Orduna T, Anaya J, et al. Leishmaniasis mucocutánea. A propósito de un caso. Revisión terapéutica. *Act Terap Dermatol* 2003; 26(3): 153-157.
5. Sosa Estani S, Salomón O. Aspectos clínicos, epidemiológicos y entomológicos de la transmisión de la leishmaniasis en la República Argentina. Sociedad Iberoamericana de información científica (SIIC) 2001
6. Acosta A, Restifo EJ. Apuntes sobre leishmaniasis. Actualización 2008. *Arch Argent Dermatol* 2008; 58(2): 47-54.
7. Borgia F, Vaccaro M, Guarneri F, Manfre C, et al. Mucosal leishmaniasis occurring in a renal transplant recipient. *Dermatology* 2001; 202(3): 266-267
8. Urrutia S. Leishmaniasis cutánea. *Piel* 2001; 16: 253-257.
9. Falú MA, García Bustos MF, Parodi Ramonda CM, Raspi EM, et al. Susceptibilidad de distintas cepas de ratones a la infección por Leishmania amazonensis. *Dermatol Argent* 2009; 15(5): 334-339.
10. Motta AC, Arruda D, Souza CS, Foss NT. Disseminated mucocutaneous leishmaniasis resulting from chronic use of corticosteroid. *Int J Dermatol* 2003; 42(9): 703-706.
11. Bodet E. Leishmaniasis laríngea: presentación de dos casos clínicos. *ORL-DIPS* 2002; 29(3): 131-134.
12. Desjeux P. Leishmaniasis Public Health Aspects and Control. *Clin Dermatol* 1996; 14: 417-423.
13. Velozo D, Machado Ribeiro MC, Carvalho Costa IM, Cabral A, et al. Fatal mucosal leishmaniasis in a child. *An Bras Dermatol* 2006; 81(3): 255-259.
14. Onuma H, Matsui C, Inoue K, Uezato N, et al. A case of mucosal leishmaniasis: beneficial usage of polymerase chain reaction for diagnosis. *Int J Dermatol* 2001; 40: 765-767.