

INFORME DE CASO

Leishmaniasis cutánea. Presentación de un paciente

MSc. Dra. Natacha Sánchez Macías
Dra. Yeline Falcón Ramírez

Policlínico Comunitario Área Sur. Placetas, Villa Clara, Cuba

RESUMEN

La leishmaniasis es una enfermedad polimorfa de la piel y de las membranas mucosas que se presenta en regiones tropicales del planeta, es causada por varias especies de protozoos pertenecientes al género *Leishmania* y se transmite por la picadura del mosquito hembra del género *Lutzomyia*. Entre las formas clínicas de esta enfermedad se describe la forma cutánea, la mucocutánea y la visceral; los elementos clínicos y epidemiológicos son de gran valor para su diagnóstico y se ven apoyados por los estudios paraclínicos (pruebas parasitológicas e inmunológicas) y la resolución de la enfermedad puede presentarse después de un tratamiento sistémico. Se presenta un paciente boliviano de 11 años con una lesión de piel compatible con una leishmaniasis cutánea, lo que constituye una irregularidad para los médicos cubanos, pero no cuando están inmersos en la morbilidad de un país riesgo.

Palabras clave: leishmaniasis cutánea, zoonosis, control de mosquitos

ABSTRACT

Leishmaniasis is a polymorphous disease of the skin and mucous membranes that occurs in tropical regions of the world, it is caused by several species of protozoos of the genus *Leishmania* and is transmitted by the sting of female mosquito of the genus *Lutzomyia*. Among the clinical forms of the disease the cutaneous form, mucocutaneous and the visceral one, the clinical and epidemiological elements are of great value for diagnosis and they are supported by paraclinical studies (parasitological and immunological tests) and the resolution of the disease may occur after systemic treatment. A Bolivian patient of 11 years with a skin lesion consistent with cutaneous leishmaniasis, which is an irregularity for the Cuban doctors, but not when they are immersed in the morbidity of a country risk is presented.

Key words: cutaneous leishmaniasis, zoonoses, mosquito control

La leishmaniasis es una enfermedad polimorfa de la piel y de las membranas mucosas que se presenta en regiones tropicales del planeta y es causada por varias especies de protozoos pertenecientes al género *Leishmania*.¹ El agente se transmite al humano y a los animales a través de la picadura de las hembras de los mosquitos chupadores de sangre, los *Phlebotomus* del género *Lutzomyia*.^{2,3}

Esta enfermedad amenaza aproximadamente a 350 millones de personas de 88 países -72 están en vías de desarrollo-; se plantea que aproximadamente 12 millones de personas pueden estar infectadas actualmente y que de uno a dos millones de casos nuevos ocurren todos los años. La enfermedad puede aparecer en su forma cutánea, mucocutánea o visceral, con una gama amplia de síntomas clínicos; la cutánea es la más común y se manifiesta en un 90% en Afganistán, Brasil, Irán, Perú, Arabia Saudita y Siria.⁴

En un principio esta era una enfermedad zoonótica de los animales selváticos y llegaba al hombre accidentalmente al ponerse en contacto con el vector, cuando por razones socio-económicas se introducía dentro del área de actividad de los flebótomos. Actualmente la transmisión se ha convertido en peri domiciliar, con animales domésticos involucrados, y ha evolucionado hacia un ciclo intradomiciliario que se hace cada día más frecuente.¹

El cuadro clínico de la enfermedad va desde manifestaciones mínimas o ligeras (oligosintomáticas) a moderadas; la evolución prolongada y la falta de tratamiento pueden dar como resultado casos graves.^{2,5,6}

La forma cutánea de la leishmaniasis se caracteriza por presentar lesiones muy particulares, las más frecuentes son las lesiones de tipo ulcerosas. En el lugar de la picadura aparece una pequeña mácula eritematosa y pruriginosa que en días se transforma en una pápula que secreta un exudado seroso; posteriormente se empieza a convertir en una pequeña úlcera que no cura con el tratamiento convencional, al pasar los días crece en tamaño y profundidad y tiene bordes bien definidos, elevados e indurados, el fondo es eritematoso y retirada la costra aparece una parte central húmeda.⁵

Para llegar al diagnóstico de leishmaniasis primero se deben considerar los antecedentes epidemiológicos. Es importante conocer el lugar de procedencia del paciente y sus residencias anteriores para considerar la permanencia o la visita a áreas endémicas de leishmaniasis, los antecedentes ocupacionales relacionados como trabajos en lavaderos de oro y recolección de café o cacao en las zonas de selva y la presencia de lesiones cutáneas anteriores que pueden haber sido catalogadas o no como leishmaniasis y que demoraron en cicatrizar por haber estado en un área endémica de leishmaniasis.

Después de considerar los antecedentes el otro diagnóstico es el clínico que, de acuerdo a las características de las lesiones, permite definir si se puede tratar de una leishmaniasis cutánea o mucocutánea. Finalmente, para confirmar si de ello se trata, se procederá al diagnóstico de laboratorio, que se agrupa en métodos directos (parasitológicos) e indirectos (inmunológicos).⁵ El diagnóstico de la leishmaniasis requiere la visualización directa del parásito (que puede ser observado en forma de amastigote) en muestras obtenidas en el sitio de la lesión que se tiñen con Giemsa.^{2,5}

Es muy importante realizar un diagnóstico diferencial cuidadoso con otras enfermedades nosológicas que pueden producir lesiones semejantes; se deben considerar el medio geográfico donde trabajan y cuáles son las enfermedades más frecuentes en esa zona que podrían confundirse con una leishmaniasis. En las lesiones cutáneas deben ser excluidas las úlceras traumáticas, las úlceras de éstasis, la úlcera tropical, las úlceras de los miembros inferiores por anemia falciforme, la piodermitis, las neoplasias cutáneas, la sífilis y la tuberculosis cutánea.⁵

La resolución de la enfermedad puede presentarse después de un tratamiento sistémico consistente en la aplicación intramuscular de fármacos basados en antimonio (antimoniato de meglumina -glucantime- y estibogluconato de sodio -pentostam-) durante un plazo de 20 a 30 días.^{5,7}

PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Paciente de 11 años, boliviano, sexo masculino, piel blanca y procedencia rural (zona selvática), con antecedentes de aparente salud, que acudió al centro de salud por presentar tres lesiones localizadas a nivel de la espalda (figura 1).



Figura 1. *Presencia de tres lesiones a nivel de la espalda*

Características de las lesiones: ulceraciones de bordes redondeados, elevados, muy bien delimitados y morados (figura 2); en el centro hay un cráter con un fondo rojizo sangrante. Según los antecedentes del paciente y su procedencia rural, y además de acuerdo a las características de las lesiones, se pensó en una leishmaniasis, por lo que se indicó un frotis de la lesión. Se tomó la muestra por raspado y el resultado fue positivo: se observaron formas amastigotes de *Leishmania*. Se planteó como diagnóstico positivo leishmaniasis cutánea y se impuso tratamiento con glucantime -660mg diarios- durante 20 días; el paciente evolucionó favorablemente con la cicatrización de sus lesiones y actualmente tiene seguimiento postratamiento por un año.



Figura 2. *Lesión ulcerada a nivel de la espalda*

COMENTARIO FINAL

En estos pacientes el diagnóstico se debe realizar rápidamente cuando existan las sospechas clínica y epidemiológica con el objetivo de imponer el tratamiento oportuno. En este caso los datos del paciente (sexo masculino, procedencia rural y selvática, así como la edad) coincidieron con lo citado por otros autores.^{1,2,5} En el cuadro clínico del paciente se observó la presencia de lesiones cutáneas que se correspondieron con los elementos fundamentales aportados por la literatura;^{1,2,5,6} el tratamiento sistémico con fármacos basados en antimonio es el de elección en estos enfermos.^{5,7}

Ningún fármaco ni ninguna vacuna se ha mostrado eficaz en la prevención de la enfermedad, por lo que es necesario utilizar otras medidas preventivas. Evitar las picaduras de los mosquitos es la forma más inmediata de protección; este hecho se puede prevenir si se usan repelentes de insectos y ropa protectora, si se ponen mallas en las ventanas y si se aísla la cama con mosquiteros tupidos impregnados de permetrina.

La leishmaniasis es frecuente en países donde las condiciones socioeconómicas en que vive una parte importante de la población aumentan el riesgo de enfermarse pues habitan en zonas de focos naturales con poco acceso a los servicios de salud.¹

Por lo planteado y las características clínicas del paciente, y con el apoyo del estudio parasitológico y la favorable respuesta al tratamiento, se concluye que el paciente padeció una leishmaniasis cutánea, afección que constituye un serio problema de salud del que su conocimiento es de gran importancia para los médicos que cumplen misiones internacionalistas en estas áreas de países endémicos; este paciente llamó la atención de un médico cubano colaborante en uno de estos países, Bolivia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Risco Oliva GE, Fuentes González O, Núñez FI. Leishmaniosis cutánea en la Región Sanitaria No.3, República de Honduras, enero 1998-septiembre 2002. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2009 Ago [citado 20 May 2013];47(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032009000200005&lng=e
2. Faxas Rodríguez D, Varela González R, Meneses E, Ortiz Lima Y, Meneses Salguero N. Incidencia de leishmaniasis pediátricas en municipio de Caranavi, Bolivia: estudio de un año. Rev Electrónica Zoilo Marinello Vidarrueta [Internet]. 2012 May [citado 20 May 2013];37(5): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revista/modules.php?name=News&file=article&sid=340>
3. Rodríguez Morales AJ. Asociación entre la incidencia de leishmaniosis cutánea y el índice de desarrollo humano y sus componentes en cuatro estados endémicos de Venezuela. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2010; 27(1):22-30.
4. Membrive N, Rodrigues G, Peres Gualda K, Vinícius M, Bernal Z, Molina Oliveira D, et al. Environmental and Animal Characteristics as Factors Associated with American Cutaneous Leishmaniasis in Rural Locations with Presence of Dogs, Brazil. PLoS One. 2012;7(11):e47050. doi: 10.1371/journal.pone.0047050 PubMed Central: PMC 0047050
5. Salamanca Capusiri E, Ruiz Pinell G, Ticona Huallpara JC, Giménez Turba A. Método colorimétrico - XTT: como evaluación de alto rendimiento de sustancias con actividad leishmanicida. BIOFARBO [Internet]. 2008 Dic [citado 15 Feb 2013];16(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1813-53632008000100005&lng=es
6. Monir D, Mahbubeh S, Manizheh N. Bacterial superinfection in Zoonotic Cutaneous Leishmaniasis. Med Sci Monit. 2012;18(9):BR356–BR361.
7. Aguado M, Espinosa P, Romero-Maté A, Tardío JC, Córdoba S, Borbujo J. Brote de leishmaniasis cutánea en el municipio de Fuenlabrada. Actas Dermo-Sifiliograficas [Internet]. 2013 Ene [citado 20 May 2013];104(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=8f84074a-8722-4029-9e24-422d13bfdd36%40sessionmgr11&vid=1&hid=18&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=23332557>

Recibido: 17- 5-13

Aprobado: 8-10-13

Natacha Sánchez Macías. Policlínico Comunitario Área Sur. Calle 2da Oeste y 4ta del Sur. Placetas, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 52700 Teléfono: (53)(42)884664
bibplasu@capiro.vcl.sld.cu