



## Leishmaniasis cutánea. Reporte de un caso

Julia Rábago A,\* Daniel Asz Sigall,\*\* Lirio López,\*\*\* Javier Baquera,\*\*\*\* María Eugenia Solloa,<sup>1</sup> Roberto Arenas,\*\* Laura Jáuregui C\*\*\*\*

### RESUMEN

La leishmaniasis es una enfermedad crónica que afecta la piel, las mucosas y los órganos internos, y es producida por protozoarios del género *Leishmania*. La forma cutánea pura es la más frecuente en nuestro país, siendo Oaxaca una de las zonas endémicas. En este artículo se comunica el caso clínico de un paciente de sexo masculino de 31 años de edad, con el antecedente de un viaje a Oaxaca y la posterior aparición en el antebrazo derecho de dos lesiones nodulares ulceradas de evolución crónica. En el estudio histopatológico se observó una reacción granulomatosa con amastigotes y se inició tratamiento con ketoconazol oral. Se curó en cuatro semanas.

**Palabras clave:** leishmaniasis cutánea, Oaxaca, ketoconazol.

### ABSTRACT

Leishmaniasis is considered a chronic disease produced by a protozoa of the gender *Leishmania* which can affect skin, mucous membranes and internal organs. The most common presentation in our country is the cutaneous form and the state of Oaxaca is considered an endemic area. We communicate the clinical case of a 31 year-old male patient with the antecedent from a trip to Oaxaca and the later appearance in the right forearm of two ulcerated nodular lesions of chronic evolution. Histopathology showed a granulomatous reaction with amastigotes. Oral ketoconazole was initiated with total resolution in four weeks.

**Key words:** cutaneous leishmaniasis, Oaxaca, ketoconazole.

La leishmaniasis es una enfermedad crónica que puede afectar la piel, las mucosas y los órganos internos<sup>1</sup> y es producida por diferentes especies de protozoarios intracelulares flagelados del género *Leishmania*, que son transmitidos al humano a través de artrópodos de los géneros *Lutzomyia* y *Phlebotominae*.<sup>1-3</sup> Existen múltiples especies de *Leishmania* que causan enfermedad, dentro de las cuales se incluyen: *L. donovani*, *L. tropica*, *L. braziliensis*, *L. mexicana*, *L. mayor* y *L. aethiopica*, entre otras. Este padecimiento tiene una distribución mundial y se comporta como una enfermedad endémica, aunque

en ocasiones puede aparecer como picos epidémicos. Se han reportado casos en toda Latinoamérica,<sup>3</sup> incluyendo México, donde se conoce su existencia desde la época prehispánica.<sup>4,5</sup>

### CASO CLÍNICO

Un hombre de 31 años de edad, originario y residente del Distrito Federal, refirió que después de realizar un viaje de placer al estado de Oaxaca, dos meses y medio atrás, notó la aparición de dos "piquetes de mosco" en su antebrazo derecho, los cuales aumentaron de tamaño. Estuvo bajo tratamiento con antibióticos —no especificados— que no produjeron ninguna mejoría.

A la exploración física se observó una dermatosis localizada en la cara externa del antebrazo derecho, con dos lesiones de aspecto nodular con ulceración central, que medían aproximadamente 1 x 2 cm de diámetro, circulares, no dolorosas, bien delimitadas y con bordes indurados de color violáceo (figuras 1 y 2), así como una adenopatía axilar derecha de casi 3 cm, indurada, móvil, bien delimitada y no dolorosa. El paciente no mostraba ninguna otra alteración. Los resultados de los exámenes de laboratorio fueron:

\* Médico cirujano, Universidad La Salle.

\*\* Departamento de Dermatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González.

\*\*\* Departamento de Medicina Interna.

\*\*\*\* Departamento de Patología.  
Hospital ABC.

<sup>1</sup> Dermatóloga, consulta privada.

Correspondencia: Dra. Laura Jáuregui Camargo. Torre de Consultorios Hospital ABC, Sur 136 número 116, Consultorios 207 y 208, colonia Las Américas, CP 01120, México, DF.

Recibido: marzo, 2006. Aceptado: mayo, 2006.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: [www.revistasmedicasmexicanas.com.mx](http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx)

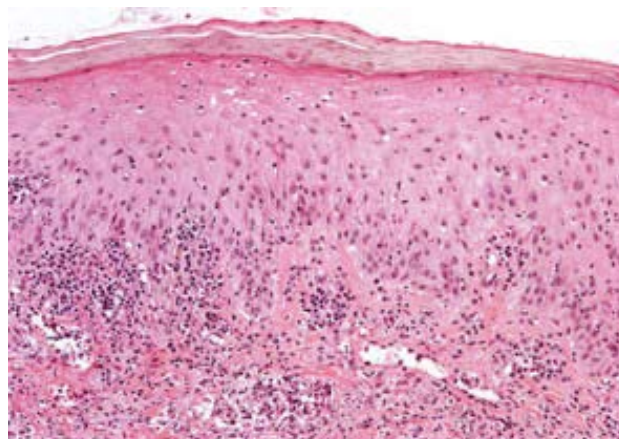


**Figuras 1 y 2.** Lesiones nodulares con ulceración central y bordes violáceos elevados, localizadas en la cara externa del antebrazo derecho.

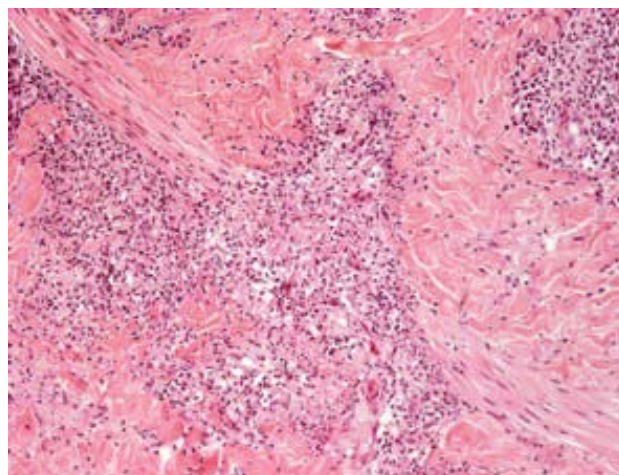
leucocitos, 6.5; hemoglobina, 15.4; hematócrito, 45.9; VCM, 92.3; plaquetas, 266; glucosa, 97; BUN, 12; creatinina, 0.8; AST, 35; ALT, 30; FA, 61; BT, 0.4; BI, 0.3; PT, 7.7; albúmina, 4.5; globulinas, 3.2; relación A/G, 1.4; reacción en cadena de la polimerasa ultrasensible, 0.09 mg/dL; velocidad de sedimentación globular media, 9 mm/h. Se realizaron anticuerpos anti-Leishmania (IgG e IgM) para *L. donovani*, *L. braziliensis*, *L. mexicana* y *L. tropica*; anticuerpos anti-*T. cruzi*, cultivos para micobacterias y gram de ambas lesiones; todos resultaron negativos.

El estudio histopatológico mostró un proceso inflamatorio crónico, con infiltrado de células

mononucleares y, en algunos sitios, formación de granulomas con células gigantes multinucleadas (figuras 3 y 4) y amastigotes (figura 5). Una vez que



**Figura 3.** Epidermis con hiperplasia pseudoepiteliomatosa e infiltrado linfoplasmocitario con granulomas superficiales (HE 40x).

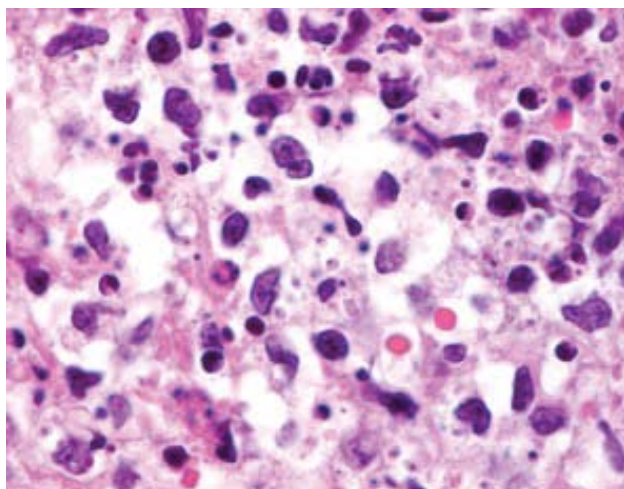


**Figura 4.** Destrucción tisular secundaria al proceso inflamatorio granulomatoso. (HE 20x).

se estableció el diagnóstico de leishmaniasis, se inició tratamiento con crioterapia local y ketoconazol oral en dosis de 600 mg/día durante cuatro semanas. El paciente mejoró por completo.

## DISCUSIÓN

La leishmaniasis es una de las siete enfermedades tropicales más importantes, según la Organización Mundial de la Salud, y representa un verdadero pro-



**Figura 5.** Histiocitos vacuolados con numerosos amastigotes (HE 100x).

blema de salud pública en todo el mundo.<sup>1,5</sup> En nuestro país, se ha registrado un aumento considerable en el número de casos de leishmaniasis cutánea localizada, que es la más frecuente.<sup>1,6</sup> Existe poca información acerca de su epidemiología en el estado de Oaxaca. En 1933, Villalobos<sup>7</sup> reportó el primer caso en esta zona y diez años después, Millán-Gutiérrez y col.<sup>8</sup> comunicaron el segundo caso. En 1957, Biagi y col.<sup>9</sup> incluyeron a este estado entre las zonas endémicas de leishmaniasis cutánea, al registrar cuatro casos más.

Es fundamental que los profesionales de la salud conozcan las enfermedades específicas de cada región para que las consideren en los diagnósticos diferenciales.

La leishmaniasis cutánea pura descrita en el continente oriental es provocada por *L. tropica*.<sup>10</sup> En México, no se sabe con certeza cuál es el agente causal, aunque en estudios recientes se ha reportado una correlación importante con *L. mexicana mexicana*.<sup>1,11,12</sup> El periodo de incubación de la enfermedad varía de una a cuatro semanas. Las lesiones aparecen típicamente en zonas expuestas, en especial en las extremidades superiores,<sup>4</sup> y comienzan como un nódulo no doloroso crónico que se ulcera, con bordes elevados e indurados que se alivian espontáneamente en meses o años, dejando cicatrices atróficas o manchas residuales. La linfadenopatía regional es rara.<sup>1,13</sup>

El paciente, cuyo caso se describe aquí, refirió lesiones localizadas en áreas expuestas, como "piquetes

de insecto", las cuales siguieron un curso crónico y persistente sin mejoría, a pesar del uso de múltiples antibióticos. La historia y evolución de este cuadro clínico y la falta de respuesta a tratamientos convencionales debe hacernos sospechar la existencia de enfermedades poco frecuentes, como la leishmaniasis.

El diagnóstico de leishmaniasis se sugiere con el antecedente de viajes recientes a zonas endémicas y el cuadro clínico característico. Se debe corroborar mediante impronta del borde de la úlcera, o con teñidos con Giemsa o Wright.<sup>1,13</sup> El estudio histopatológico en fases tempranas muestra infiltrados por neutrófilos con escasos histiocitos vacuolados que contienen al parásito (cuerpos de Leishman) y en casos más avanzados se observan granulomas tuberculoideos con pocos amastigotes.

Otro método diagnóstico es el cultivo en medio de tres N (NNN) o bifásico de Evans, aunque en nuestro país no se realizan como estudios de rutina. Se pueden utilizar otras técnicas, como la reacción en cadena de la polimerasa, ELISA, fijación de complemento e inmunofluorescencia directa, con una sensibilidad y especificidad mucho más elevada para la tipificación de los parásitos y el enfoque del tratamiento.<sup>6</sup>

En el sureste de México, una gran parte de los casos de leishmaniasis cutánea corresponden a *L. mexicana*,<sup>6</sup> dato significativo para considerar el tratamiento a seguir.<sup>14</sup>

Los resultados de las pruebas de laboratorio y serología que se le hicieron al paciente fueron negativos. Es importante mencionar que en las pruebas serológicas de muchos de estos sujetos los anticuerpos son indetectables, aunque esto no descarta la enfermedad.<sup>13-16</sup> En el caso que se describió, fue mediante el estudio histopatológico que se llegó al diagnóstico definitivo, al observar los granulomas y los amastigotes. No se realizó impronta de las lesiones ni cultivo específico para leishmaniasis.

La forma cutánea pura puede curar espontáneamente a corto o largo plazo. Los principales tratamientos son antimoniales trivalentes o pentavalentes por vía parenteral o intralesional y sus efectos adversos incluyen: reacción local, anorexia, náusea, vómito, mialgias, artralgias, aumento de enzimas hepáticas y alteraciones electrocardiográficas. Otros tratamientos que producen buenos resultados son la diaminodi-

fenilsulfona 3 mg/kg/día, la rifampicina 600 a 1200 mg/día, alopurinol 20 mg/kg/día, metronidazol 250 mg cada ocho horas y trimetoprim/sulfametoxazol 160/800 mg cada 12 horas.<sup>1</sup>

En algunos estudios se ha comprobado la eficacia de los azoles, como el ketoconazol en dosis de 600 mg diarios durante cuatro a seis semanas y el itraconazol en dosis de 200 mg al día, en el tratamiento específico para *L. mexicana*.<sup>14,17-19</sup> Pueden utilizarse antisépticos locales y crioterapia para disminuir el riesgo de aparición de cicatrices atróficas.<sup>20</sup> Debido a que en la literatura se menciona que gran parte de los casos reportados en el sureste del país son causados por *L. mexicana*, se inició tratamiento con ketoconazol por la excelente respuesta que induce en este tipo de leishmaniasis, pese a que los datos de los análisis serológicos fueron negativos.

En la actualidad, se encuentran en fase de estudio varios tipos de vacunas (péptidos recombinantes, parásitos atenuados o muertos, etc.) combinadas con citocinas u otros coadyuvantes, aunque la FDA no ha aprobado todavía ninguna.<sup>13</sup>

En conclusión, es importante considerar a la leishmaniasis entre los principales diagnósticos diferenciales ante un paciente con antecedentes de viajes a zonas endémicas y confirmar el diagnóstico mediante alguno de los métodos previamente mencionados.

## REFERENCIAS

- Arenas R. Atlas de dermatología: diagnóstico y tratamiento. México: Interamericana-McGraw Hill, 2005.
- OMS. Leishmaniasis. Serie de Informes Técnicos Núm. 701. Ginebra, 1984.
- WHO. Control of the Leishmaniasis. Technical Report Series (793) of the WHO Expert Committee 1990.
- Córdova-Uscanga C, Albertos-Alpuche NE, Andrade-Narváez FJ, Canto-Lara SB. Leishmaniasis: estudio epidemiológico preliminar en una localidad de la zona endémica del estado de Tabasco. *Salud Publica Mex* 1993;35:345-50.
- Frías-Salcedo JA. Leishmaniasis mexicana. Consideraciones epidemiológicas, clínicas y terapéuticas para el médico general. *Rev Sanid Milit Mex* 1997;51(1):46-51.
- Ortega-Parres G, López-Antuño F. Taller internacional sobre epidemiología molecular: Propuestas del grupo interdisciplinario sobre *T. americana* y leishmaniasis. *Gac Med Mex* 1997;133 (1):49-62.
- Villalobos S. Un caso de úlcera de los chicleros en la ciudad de Tehuantepec, Oax. *Pasteur* 1933;6(2):92.
- Millán-Gutiérrez J, González A. Leishmaniasis cutánea infantil. *Rev Med Hosp Gen* 1944;6(9):153-62.
- Biagi F, Marroquín F, González A. Distribución geográfica de la leishmaniasis cutánea en México: hallazgo de una nueva área endémica. *Medicina Mex* 1957;780:444-6.
- Latapí F. Botón de Oriente en México. *Dermatol Ibero Latino-Americana* 1966;8(1):45-54.
- Andrade-Narváez M, Vargas-González A, Canto-Lara SB, et al. Clinical picture of cutaneous leishmaniasis due to *Leishmania (Leishmania) mexicana* in the Yucatan peninsula, Mexico. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2001;96:163-7.
- Andrade-Narváez FJ, Simmonds-Díaz E, Rico-Aguilar S, et al. Incidence of localized cutaneous leishmaniasis (chiclero's ulcer) in Mexico. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1990;84:219-20.
- Herwaldt BL. Leishmaniasis. *Lancet* 1999;354:1191-9.
- Magill AJ. Cutaneous leishmaniasis in the returning traveler. *Infect Dis Clin North Am* 2005;19:241-66.
- Berman JD. Human leishmaniasis: clinical, diagnostic and chemotherapeutic developments in the last 10 years. *Clin Infect Dis* 1997;24:684-703.
- Bravo F, Sánchez MR. New and reemerging cutaneous infectious diseases in Latin America and other geographic areas. *Dermatol Clin* 2003;21:655-8.
- Hepburn NC. Management of cutaneous leishmaniasis. *Curr Opin Infect Dis* 2001;14:151-4.
- Markle WH, Makhoul K. Cutaneous leishmaniasis: recognition and treatment. *Am Acad Fam Physic* 2004;69(6):1-10.
- Saenz RE, Paz H, Berman JD. Efficacy of ketoconazole against *Leishmania braziliensis* panamensis cutaneous leishmaniasis. *Am J Med* 1990;89:147-55.
- Panagiotopoulos A. Treatment of cutaneous leishmaniasis with cryosurgery. *Int J Dermatol* 2005;44(9):749-52.

medigraphic.com