

Leishmaniasis cutánea: presentación inusual en placa verrucosa

Cutaneous leishmaniasis: unusual verrucous plaque presentation

Lucía Nicola¹, Fernanda Oría², Mariana Arias³, Alejandra Abeldaño⁴, Ricardo Negroni⁵

RESUMEN

La leishmaniasis es una enfermedad zoonótica de distribución mundial que puede presentar múltiples manifestaciones clínicas. Se presenta el caso de un paciente con leishmaniasis cutánea en placa verrucosa de 8 años de evolución confirmada por PCR y con buena respuesta al tratamiento con antimonio de meglumina. La leishmaniasis cutánea verrucosa es una variante clínica infrecuente, de evolución crónica y difícil diagnóstico. (*Dermatol Argent. 2014; 20 (2): 123-125*)

Palabras clave:

*leishmaniasis cutánea
primaria*

ABSTRACT

Leishmaniasis is a zoonosis with a global distribution and a wide range of clinical manifestations. We report the case of a patient with cutaneous leishmaniasis verrucosa of eight years of evolution, confirmed by PCR and with good response to meglumine antimoniate. Leishmaniasis verrucosa is an infrequent clinical variant, with chronic course and difficult diagnosis. (*Dermatol Argent. 2014; 20 (2): 123-125*)

Keywords:

*primary cutaneous
leishmaniasis*

Fecha de recepción: 7/12/2013 | **Fecha de aprobación:** 17/1/2014

¹ Médica residente

² Jefa de residentes

³ Médica de planta

⁴ Jefa del Servicio de Dermatología

⁵ Profesor honorario de Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, UBA

Unidad de Dermatología, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich", CABA, República Argentina.
Correspondencia: Lucía Nicola. E-mail: lucianicola@hotmail.com.ar

Caso clínico

Paciente de 36 años de edad, trabajador rural procedente de Bolivia, consultó por presentar una lesión en antebrazo izquierdo de 8 años de evolución. El paciente refirió que la lesión apareció luego de la picadura de un insecto y que comenzó como un “granito” con aumento de tamaño en los 6 meses previos a la consulta. Refirió además una lesión de similares características en cara posterior de pierna derecha que curó espontáneamente. Negó tratamientos previos.

Al examen físico presentaba una placa eritemato-pardusca, con límites sobreelevados, erosión central y costra serohemática en su superficie, localizada en cara posterior de tercio inferior de antebrazo izquierdo. (Foto 1)

El estudio histopatológico mostró una epidermis con áreas de ulceración, hiperqueratosis e hiperplasia epidérmica y un infiltrado inflamatorio granulomatoso en dermis subyacente. (Foto 2) Las tinciones de PAS, Ziehl-Neelsen, Giemsa y Grocott no evidenciaron microorganismos. El laboratorio se encontraba dentro de parámetros normales, la serología para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) fue no reactiva. La reacción de Montenegro fue positiva (15 mm), mientras que la esporotriquina y la PPD resultaron negativas. Se realizaron escarificación cutáneo-mucosa y múltiples estudios directos y cultivos por biopsia que fueron negativos para gérmenes comunes, BAAR, leishmania y hongos. Finalmente, ante la sospecha de leishmaniasis cutánea, se solicitó PCR para leishmania en el Instituto Nacional de Chagas Dr. M. Fatala Chaben que resultó positiva y nos permitió arribar al diagnóstico. Se solicitó ECG e inició tratamiento con antimonio de meglumina 850 mg/día durante 21 días con parcial mejoría clínica. (Foto 3) Al no existir remisión completa de la lesión, que podría deberse al escaso tiempo de tratamiento, se planteó el inicio de

anfotericina B pero el paciente regresó a su país de origen y discontinuó el seguimiento.

Comentario

La leishmaniasis es una enfermedad infectocontagiosa de distribución mundial, con alta prevalencia en zonas de clima tropical y subtropical. Un reporte de la Organización Panamericana de la Salud de 2007 consigna que el número de personas infectadas en el mundo superaría los 12 millones y que existe un subregistro porque las estadísticas oficiales se elaboran a partir de la detección pasiva, el curso suele ser asintomático, existe un subdiagnóstico de la afección y la enfermedad es de declaración obligatoria sólo en 32 países de los 88 que son endémicos. La estimación de casos nuevos/año es de 2 millones y 1,5 millones corresponden a la forma cutánea de la enfermedad.¹ Desde principios del siglo XX es endémica en las provincias del norte argentino y se considera una enfermedad de notificación obligatoria.²

Luego de un período de incubación variable, aparece en el sitio de inoculación una pequeña pápula eritematosa, pruriginosa, que evoluciona en forma gradual hasta adquirir un aspecto vegetante, nodular o ulcerado. La lesión cutánea tiende a curar de forma espontánea. Si no se realiza el tratamiento adecuado pueden aparecer posteriormente lesiones mucosas que afectan con mayor frecuencia al tabique nasal cartilaginoso. La forma visceral se acompaña de un importante compromiso sistémico.¹⁻³

La presentación clínica de nuestro paciente fue la forma clínica verrucosa, manifestación inusual de esta enfermedad. Los casos comunicados en la literatura son escasos y su incidencia y prevalencia se desconocen.⁴ En un estudio retrospectivo que incluyó 718 pacientes con diagnóstico de leishmaniasis en Pakistán entre los años 2002 y 2006, se evidenció que sólo el 5,7% de los pacientes presentaban



FOTO 1: Placa eritemato-pardusca con borde sobreelevado, erosión central y costra serohemática en su superficie, en antebrazo izquierdo

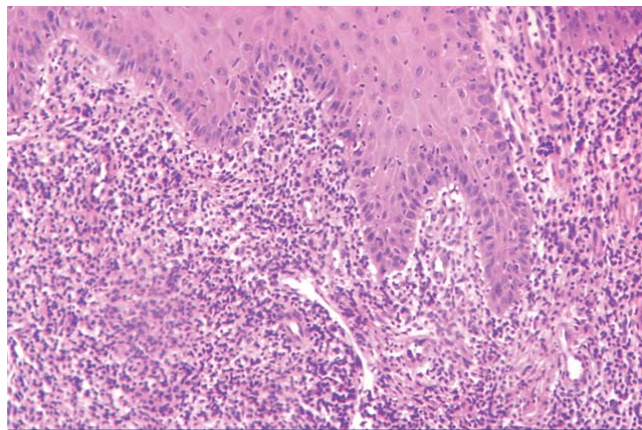


FOTO 2: Infiltrado inflamatorio granulomatoso constituido por histiocitos y linfocitos.



FOTO 3: Placa eritemato-pardusca en antebrazo izquierdo posterior al tratamiento con antimonio de meglumina, se observa mejoría parcial de la lesión.

formas atípicas de la enfermedad, y de estos sólo el 2,4% correspondieron a la forma verrucosa.⁵ Esta variante clínica se caracteriza por un curso crónico, sin tendencia a la resolución espontánea. Si bien las lesiones se localizan con mayor frecuencia en miembros inferiores, se han descrito localizaciones atípicas como la cara.⁶ La especie que se relaciona con mayor frecuencia con esta forma clínica es *Leishmania braziliensis*. Las entidades que conforman el síndrome verrucoso tropical, tales como la esporotricosis fija, paracoccidioidomycosis, lupus vulgar hipertrófico, cromoblastomycosis e infección por micobacterias no tuberculosas, son los principales diagnósticos diferenciales a tener en cuenta.⁵ En regiones endémicas de lepra también se debe considerar el leproma verrucoso.⁷

El diagnóstico de la enfermedad se establece por el antecedente epidemiológico, el cuadro clínico y los estudios de laboratorio (parasitológicos e inmunológicos).⁴ En el caso que presentamos, los estudios parasitológicos fueron negativos. Estos se basan en la visualización directa del microorganismo en el estudio histopatológico, el cultivo o el frotis que es el más utilizado y el que presenta mayor sensibilidad.⁸ La intradermoreacción de Montenegro positiva, sólo indica que el paciente ha tenido contacto previo con el parásito y no es suficiente para confirmar el diagnóstico, menos aún si el paciente proviene de un área endémica como en este caso.^{3,4} Con la alta sospecha clínica y esta prueba positiva, se solicitó PCR para leishmaniasis y se confirmó el diagnóstico. La PCR presenta alta sensibilidad y especificidad y se utiliza en los casos de larga evolución en los que la detección del microorganismo por otros métodos es difícil.⁹

El tratamiento de elección indicado por la OMS es el antimonio de meglumina a una dosis de 20 mg/kg/día

(hasta 850 mg/día) por 3 a 4 semanas.³ Si no hay respuesta completa, como en el caso que presentamos, o se produce algún tipo de toxicidad que obligue a suspender la medicación, se debe pasar al tratamiento de segunda línea con anfotericina B o pentamidina.² Todos estos fármacos producen un amplio número de efectos adversos y requieren un monitoreo estricto. En la actualidad se están estudiando nuevas alternativas terapéuticas que presenten mayor eficacia y mejor tolerancia. Miltefosina¹⁰, interferon gamma¹⁰ y anfotericina B liposomal son algunos de ellas.

En conclusión, la forma cutánea verrucosa es una variante infrecuente de curso crónico y difícil diagnóstico. Se requiere una alta sospecha clínica para arribar al diagnóstico en forma precoz e iniciar el tratamiento correspondiente.

Bibliografía

1. Leishmaniasis: *Actualización 2007, boletín OPS/OMS*, 2007.
2. Lorenz A, Molina S, Liatto de Nógalo A, Garlatti M. et ál. Consenso sobre leishmaniasis, Sociedad Argentina de Dermatología, 2008.
3. Zegarra del Carpio R, Sánchez Saldaña L. Leishmaniasis cutánea: presentación en placa verrucosa. *Dermatol. Peru*. 2005, 15: 62-65.
4. Mejía P, Restrepo R, Toro A. Leishmaniasis mucocutánea verrucosa: una manifestación inusual. *Rev. Asoc. Col. Dermatol*, 2008, 16: 97-99.
5. Bari A, Rahman SB. Many faces of cutaneous leishmaniasis. [en línea]. *Indian. J. Dermatol. Venereol. Leprol*. 2008, 74:23-27. <<http://ijdv.com/article.asp?issn=0378-6323;year=2008;volume=74;issue=1;page=23;epage=27;aulast=Bari> [consulta: 26 de octubre de 2012],
6. Costa OG. Leishmaniasis verrucosa of the face. *Arch. Derm, Syphilol*. 1947, 55:358.
7. Salluca A, Sáenz E, Alcocer G. Leishmaniasis cutánea verrucosa: expresión morfológica inusual. *Dermatol. Peru*. 2012, 22: 158-161
8. Zerpa O, Borges R, Loyo N, Galindo W. et ál. Comparación de cinco métodos para el diagnóstico de leishmaniasis cutánea. *Dermatología Venezolana*, 2002, 40: 106-110.
9. Andrade R, Barbosa de Lucena M, Thalari S, Ferreira L, et ál. The use of polymerase chain reaction to confirm diagnosis in skin biopsies consistent with American tegumentary leishmaniasis at histopathology: a study of 90 cases. [en línea]. *An. Bras. Dermatol*, octubre 2011, 86: 892-896 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000500005&lng=en&nrm=iso>. [consulta: 26 de octubre de 2012], ISSN 0365-0596.
10. Machado P, Ampuero J, Guimara L, Villasboas L, et ál. Miltefosine in the treatment of cutaneous leishmaniasis caused by leishmania braziliensis in Brazil: a randomized and controlled trial. [en línea]. *PlosNegl. Trop. Dis*, 21 de diciembre 2010, 4: 1-6. <<http://www.plosntds.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pntd.0000912>> [consulta: 26 de octubre de 2012].