

Lesión ulcerosa de labio

Ulcerous lip lesion

Claudia Martinetti¹, Liliana Olivares², Tania Zarowsky³, Gisela D'Atri⁴, Eduardo Restifo⁵, Esteban Maronna⁶

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 34 años, oriundo de Chaco, trabajador rural que consulta por presentar lesión indolora en hemilabio superior derecho, de 7 años de evolución.

Examen físico: intenso edema de consistencia cartilaginosa que compromete hemilabio superior derecho con extensión a piel circundante, evocador de "labio trombigforme" (**Foto 1**). Con la eversión del labio se observa extensa úlcera de fondo granulomatoso con sectores mamelonados (**Foto 2**). Ausencia de adenopatías. Buen estado general.

Exámenes complementarios:

- Laboratorio: s/p.
- Rx tórax: s/p.
- Intradermorreacción para *H. capsulatum* y *P. braziliensis*: negativas.
- Directo y cultivo para gérmenes comunes, micobacterias y hongos: negativos.
- Reiteradas escarificaciones: negativas.
- Cultivo para leishmania (inoculación en hámster): negativo.
- Estudio histopatológico: dermis con patrón inflamatorio granulomatoso constituido por células gigantes, células epitelioides, linfocitos y plasmocitos (**Fotos 3 y 4**).

Dermatol Argent 2009;15(1):70-72.



Foto 1. Edema de consistencia cartilaginosa en hemilabio superior derecho.

Fecha de recepción: 10/6/08 | **Fecha de aprobación:** 22/7/08

1. Concurrente de 3er año.
2. Jefa de Servicio.
3. Concurrente 1er año.
4. Jefa de Residentes.
5. Médico de planta.
6. Médico anatomopatólogo.

Servicio de Dermatología. Hospital de Infecciosas "F. J. Muñiz". Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Correspondencia

Tania Zarowsky: Av. Corrientes 5506 9º 25 - (1414) Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Rep. Argentina | Tel: 4854-2561. E-mail: taniazaro@hotmail.com



Foto 2. Úlcera de fondo granulomatoso con sectores mamelonados.

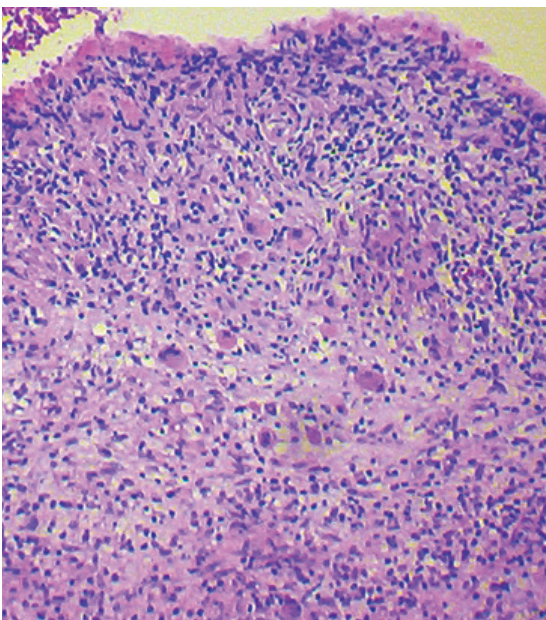


Foto 3. Vista panorámica. Dermis con patrón inflamatorio granulomatoso.

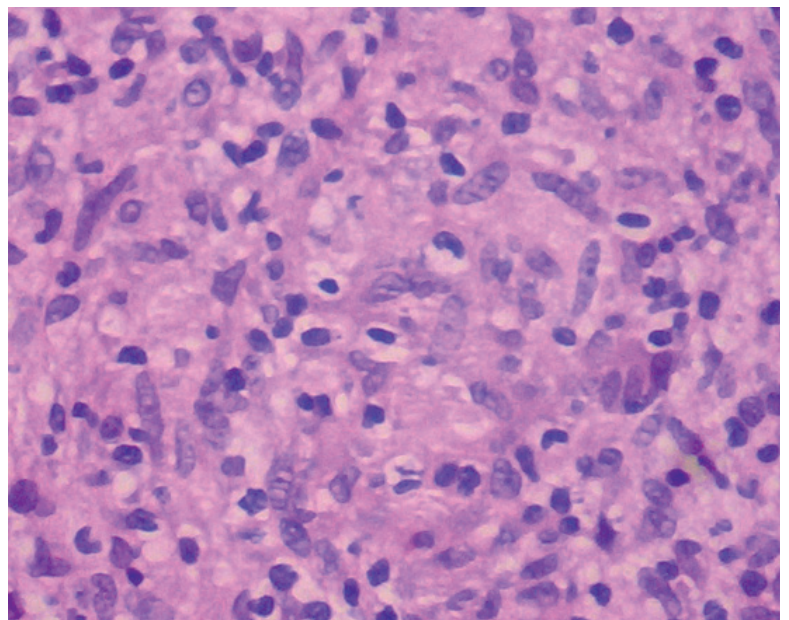


Foto 4. Granuloma constituido por células gigantes, células epiteliales, linfocitos y plasmocitos.

Diagnóstico: leishmaniasis mucocutánea**Comentario**

Se plantea la posibilidad diagnóstica de leishmaniasis mucocutánea dados los antecedentes epidemiológicos, la negatividad de todos los exámenes complementarios y la histopatología de un proceso infeccioso crónico, iniciándose tratamiento empírico con antimonio de meglumina 3 g/día IM por 28 días. Evolución favorable, con resolución progresiva de las lesiones.

En Argentina, la leishmaniasis tegumentaria es endémica, con manifestación cutánea en la primoinfección y lesión mucosa en aproximadamente el 20% de los casos cutáneos no tratados. La especie habitualmente encontrada en nuestro medio es *L. braziliensis*, perteneciente al subgénero *Viannia*, y el flebótomo implicado como vector es *Lutzomyia neivai* (Nuevo Mundo).¹

El compromiso mucoso habitualmente se produce por diseminación linfohemática, aunque en un porcentaje reducido es por contigüidad. El riesgo de desarrollar lesiones mucosas durante toda la vida es variable, oscila entre 3 a 13% y depende tanto de las características biológicas del parásito como de la respuesta inmune del huésped. Otros factores implicados serían la localización, el número de lesiones cutáneas, el tamaño de éstas (mayor a 4 cm de diámetro) y el tratamiento inadecuado. Las lesiones mucosas aparecen generalmente cuando las cutáneas han cicatrizado, pero en algunas ocasiones pueden ser concomitantes. El período que media entre el chancro de inoculación y el desarrollo de lesiones mucosas varía entre algunos meses a años (puede ser mayor de 30 años). En el 50% de los casos esto ocurre en los 5 primeros años posteriores a la aparición de la lesión cutánea primaria. Las mucosas implicadas con mayor frecuencia son las que tapizan al tabique nasal (tercio inferior o medio), orofaringe, paladar (incluida úvula), laringe, y en casos severos puede comprometer las cuerdas vocales y la tráquea.² La localización en la cavidad oral como única manifestación de enfermedad es infrecuente.³

El diagnóstico diferencial se plantea fundamentalmente en el caso de nuestro paciente, por las características clínicas evocadoras de un labio trombiforme, con la paracoccidiodomicosis. Otros diagnósticos diferenciales son epiteloma espinocelular, tuberculosis y sífilis.

Como aproximación diagnóstica se consideran los siguientes criterios: 1) antecedentes epidemiológicos; 2) cuadro clínico sugestivo de leishmaniasis y 3) estudios complementarios: métodos directos (parasitológicos) e indirectos (inmunológicos). El diagnóstico definitivo requiere la demostración del parásito. En general, las lesiones mucosas contienen pocos parásitos y el rescate es bajo. En el diagnóstico parasitológico hay dos alter-

nativas: la visualización de amastigotes en el frotis o en la histopatología del tejido infectado, o bien intentar el aislamiento directo de los promastigotes en cultivos *in vitro* o *in vivo* (inoculación en hámsters) de las muestras de lesiones sospechosas. El éxito en el aislamiento del parásito es inversamente proporcional al tiempo de duración de la enfermedad. Las pruebas inmunológicas comprenden la serología y la intradermorreacción de Montenegro la que tendría un valor relativo en sujetos provenientes de área endémica. Las pruebas serológicas tienden a ser cada vez menos utilizadas dado que presentan reacciones cruzadas principalmente con la enfermedad de Chagas. La histopatología es imprescindible en la forma mucosa, a diferencia de la cutánea. El patrón histológico es el de una reacción inflamatoria granulomatosa crónica, representada por granuloma de células epiteloides e histiocitos con células gigantes ocasionales y excepcionalmente reducido número de macrófagos parasitados.⁴

El tratamiento de la leishmaniasis en Argentina está normatizado con el esquema terapéutico sugerido por la OMS. Las drogas de primera línea son los antimoniales pentavalentes, de los que existen dos presentaciones: el antimonio de N-metilglucamina (Glucantime®) y el estibogluconato sódico (Pentostam®). Para todas las formas de leishmaniasis tegumentarias se recomienda la misma dosis estándar de Glucantime® o Pentostam®: 20 mg de Sb⁵⁺/kg de peso/día. En el caso de compromiso mucoso, durante 28 días consecutivos. La administración es intramuscular profunda y no se deben superar las 2 ampollas diarias. Como drogas alternativas pueden utilizarse la anfotericina B y la pentamidina.¹

El interés del caso es mostrar una forma inusual de presentación clínica evocadora de paracoccidiodomicosis; la dificultad para arribar al diagnóstico, destacando la prueba terapéutica como una alternativa de recurso diagnóstico en formas tardías de infección.

Referencias

1. Programa Nacional de Leishmaniasis. Manual de Procedimientos para el Control de Leishmaniasis. Nivel Gerencial y Profesional. Buenos Aires, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Año 2004.
2. Van den Eenden E, Gotuzzo E, Torrico F. Leishmaniasis. Medicina Tropical - CD Rom Versión 2002 Inst. Med. Trop. de Amberes (Bélgica), Inst. Med. Trop. A. Von Humboldt de Lima (Perú) y Univ. Mayor San Simón de Bolivia. Capítulo 5. Año 2002.
3. García de Marcos J, Dean Ferrer A, Alamillos Granados F, Ruiz Masera J et al. Localized leishmaniasis of the oral mucosa. A report of three cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007;12:281-286.
4. SánchezSaldana L, Sáenz Anduaga E, Pancorbo Mendoza Jycols. Leishmaniasis. [Online]. Dermatol. Peru. 2004; 14:82-98. <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-71752004000200002&lng=es&nrm=iso>, [citado 05 Diciembre 2007], ISSN 1028-7175.