

CASOS CLÍNICOS

Leishmaniasis cutánea

Chronic cutaneous leishmaniasis

Sofía Castillo¹, Romina D'Antonio², Pamela Gassmann², Karina Cejas³ y Diego Silva⁴

RESUMEN

La leishmaniasis es una zoonosis endémica en más de 90 países, con incidencia en aumento. Sus manifestaciones clínicas son variables; puede comprometer la piel, las mucosas y los órganos internos. El diagnóstico suele ser tardío, con evolución hacia la cronicidad. Describimos el caso de un paciente de 58 años que presentaba una lesión ulcerosa en el dorso de la mano derecha y en el tercio distal del dorso del antebrazo ipsila-

teral de 20 años de evolución, con grave compromiso de la movilidad, múltiples interurrencias infecciosas y *toilettes* quirúrgicas. Fue derivado a nuestro Servicio, donde se realizó cultivo y reacción en cadena de la polimerasa (PCR), positivo para *Leishmania sp.*

Palabras clave: leishmaniasis cutánea crónica, zoonosis.

Dermatol. Argent. 2023; 29(3): 129-131

ABSTRACT

Leishmaniasis is an endemic zoonosis in more than 90 countries, with incidence increasing. Its clinical manifestations are variable, it can involve the skin, mucous membranes and internal organs. The diagnosis is usually late, with progression towards chronicity. We present the case of a 58-year-old patient who presented an ulcerative lesion on the dorsum of the right hand and the distal third of the dorsum of the

ipsilateral forearm of 20 years of evolution, with severe compromise of mobility, multiple infectious events and surgical toilettes. He was referred to our service, where culture and polymerase chain reaction (PCR) were performed, positive for Leishmania sp.

Key words: chronic cutaneous leishmaniasis, zoonosis.

Dermatol. Argent. 2023; 29(3): 129-131

¹ Médica Concurrente

² Médicas Dermatólogas

³ Médica de Planta

⁴ Jefe del Servicio

Servicio de Dermatología, Hospital Dr. Abel Zubizarreta, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Sofía Castillo

E-mail: sofia.castillo0808@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 15/5/2023

Fecha de trabajo aceptado: 21/11/2023

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLÍNICO

Varón de 58 años, oriundo de Santiago del Estero, extrabajador rural, con antecedente personal de hipertensión arterial sin tratamiento. Fue derivado por el Servicio de Cirugía Plástica por presentar una úlcera extendida en el dorso de la mano derecha y en el tercio distal del dorso del antebrazo ipsilateral, de aproximadamente 25 cm de diámetro, de bordes irregulares y fondo cubierto por fibrina de 20 años de evolución (Foto 1). La misma era indolora, pero le dificultaba la movilidad del miembro por compromiso de la piel sobre las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales.

Refirió que la lesión había comenzado como una pápula con ulceración central, cubierta por una escama costra, que adquirió luego aspecto forunculoide, sin aporte de imágenes previas por parte del paciente.

Presentó múltiples interurrencias con episodios de sobreinfección bacteriana (Foto 2), algunos de los cuales requirieron internación por compromiso del estado general, con necesidad de tratamiento antibiótico endovenoso (ciprofloxacina, clindamicina) y reiteradas *toilettes* quirúrgicas.

Planteamos como posibles diagnósticos presun-

tivos: leishmaniasis cutánea crónica, cromomycosis, tuberculosis cutánea, paracoccidioidomicosis, sífilis, carcinoma basocelular y carcinoma espinocelular.

Se solicitaron exámenes complementarios. El laboratorio mostró: hematocrito 41%, hemoglobina 13,6g/dl, leucocitos 8000/mm³, VSG 21 mm/h, glucemia 89 mg/dl, urea 26 mg/dl, colesterol 243 mg/dl, GOT 18 U/l, GPT 22 U/l, FAL 228 U/l, albumina 4 g/dl. Las serologías (VIH, VDRL, FTA Abs, VHB, VHC) fueron no reactivas. La intradermorreacción de Montenegro resultó reactiva y la PCR positiva para *Leishmaniasis sp.* (nota: el informe no aclaraba especie).

Se realizó biopsia de piel por *punch* de dorso de la mano derecha que informó (protocolo n° 74945): ul-

ceración con intenso proceso inflamatorio subyacente, con discreto aspecto granulomatoso, constituido por linfocitos, histiocitos y algunas células gigantes aisladas. No se observaron gérmenes, ni lesiones neoplásicas malignas. Se sugirió cultivar (Foto 3). Los cultivos resultaron negativos para tuberculosis y micosis profundas, y positivos para leishmaniasis.

A partir de la clínica, el tiempo de evolución, la epidemiología y la PCR se arribó al diagnóstico de leishmaniasis cutánea crónica.

Se realizó tratamiento específico con antimoniato de meglumina, una dosis de 20 mg/kg/día, administrada por vía intramuscular durante 28 días, con excelentes resultados (Foto 4).



FOTO 1: Ulcera crónica, extendida en el dorso de la mano y la porción distal del antebrazo derecho.

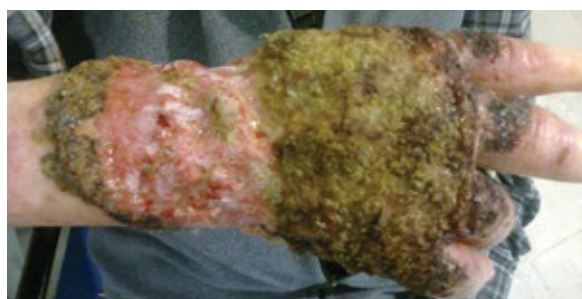


FOTO 2: Lesión complicada por sobreinfección bacteriana.

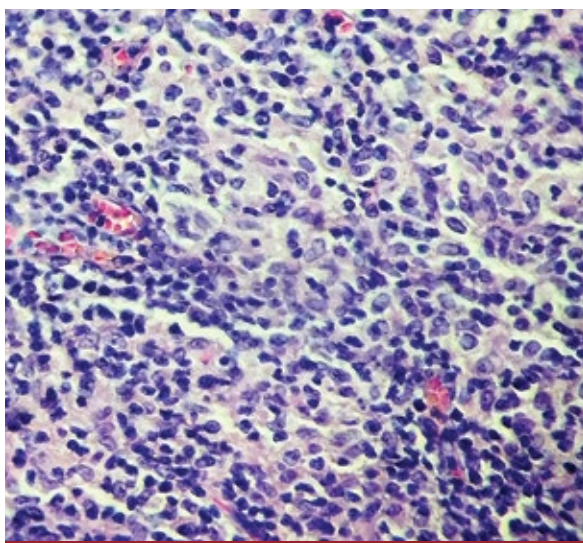


FOTO 3: Ulceración con intenso proceso inflamatorio subyacente, con discreto aspecto granulomatoso, constituido por linfocitos e histiocitos. No se observan gérmenes, ni lesiones neoplásicas malignas (HyE, 400 X).



FOTO 4: Lesión en proceso de cicatrización. Se evidencia retracción del quinto dedo como secuela discapacitante.

COMENTARIOS

La leishmaniasis se define como una enfermedad zoonótica producida por parásitos protozoos intracelulares obligados, pertenecientes a la familia *Trypanosomatidae*, del género *Leishmania*¹⁻³. Se transmite mediante la picadura de dípteros del género flebó-

tomo, subgéneros *Lutzomia* en el nuevo mundo y *Phlebotomus* en el viejo mundo; el auténtico vector es la hembra hematófaga¹⁻³. Se reconocen dos subgéneros: *Leishmania* (L) y *Viannia* (V), la especie más frecuente en nuestro medio es la *L. (V) Braziliensis*.

El reservorio está constituido por mamíferos peridomiciliarios¹⁻³. El ciclo vital del parásito se completa una semana después de la infección, y consta de una etapa en el humano y otra en el mosquito. Durante el mismo, el protozoario presenta dos formas diferentes: una aflagelada o amastigote, dentro de los macrófagos y/o tejidos del hospedero vertebrado, y otra flagelada o promastigote, en el tubo digestivo del insecto vector; esta última es la forma infectiva². De distribución mundial, la leishmaniasis es endémica en más de 90 países⁴. En Argentina, el área endémica se distribuye por las provincias del norte¹. Es considerada una enfermedad reemergente y genera un problema de salud pública⁵. Su desarrollo depende de la interacción entre el huésped, el parásito, el vector y el medio ambiente¹.

La leishmaniasis puede concebirse como un espectro de alteraciones inmunológicas. En un extremo, se encuentran las infecciones subclínicas y la leishmaniasis cutánea, donde el huésped desarrolla protección, lo cual produce formas localizadas de la enfermedad con tendencia a la resolución espontánea y una respuesta celular mediada por linfocitos Th1, con bajos títulos de anticuerpos. En el extremo opuesto, está la leishmaniasis visceral, con escasa resistencia del huésped y predominio de respuesta humoral mediada por linfocitos Th2, con altos títulos de anticuerpos. En la mitad del

espectro, se ubican la leishmaniasis mucocutánea y la leishmaniasis cutánea diseminada^{1,2}.

En la forma cutánea primaria, las lesiones se desarrollan en el sitio de la picadura, inician como una pequeña pápula eritematosa que evoluciona a una úlcera indolora con borde rojizo elevado y una depresión central de fondo granulomatoso². Si las lesiones no se curan en un período de 24 meses o más, se produce la llamada leishmaniasis cutánea crónica, donde la úlcera alcanza gran tamaño^{1,2}.

El diagnóstico de leishmaniasis cutánea se basa en la sospecha clínica asociado a datos epidemiológicos sustentables, y se confirma con estudios parasitológicos, histológicos, inmunológicos y, en ocasiones, moleculares como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR)³.

Las drogas de primera línea en el tratamiento de la leishmaniasis son los antimoniales pentavalentes^{6,7}. El antimonio de meglumina es el más utilizado^{1-3,7}.

La gran variabilidad clínica que muestra la leishmaniasis cutánea dificulta su presunción diagnóstica, observándose en la actualidad situaciones de tal cronicidad, como la del caso clínico presentado, que derivan en una sobrevida con secuelas discapacitantes, que deterioran notablemente la calidad de vida del paciente. Cabe destacar la importancia de pensar en leishmaniasis para arribar a un diagnóstico certero y temprano a fin de instaurar el tratamiento en forma precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lorenz AM, Molina S, Liatto de Nogaló A, Garlatti MI, et al. Consenso sobre leishmaniasis. Sociedad Argentina de Dermatología. 2008. Disponible en: <https://sad.org.ar/wp-content/uploads/2019/10/Consenso-sobre-Leishmaniasis---2008.pdf>.
2. Abadías-Granado I, Diago A, Cerro PA, Palma-Ruiz AM, et al. Leishmaniasis cutánea y mucocutánea. *Actas Dermosifiliogr.* 2021;112:601-618.
3. De Vries H, Schallig H. Cutaneous leishmaniasis. A 2022 updated narrative review into diagnosis and management developments. *Am J Clin Dermatol.* 2022;23:823-840.
4. Burza S, Croft SL, Boelaert M. Leishmaniasis. *Lancet.* 2018; 392:951-970.
5. OPS/OMS. Leishmaniasis. Actualización 2016. Boletín OPS/OMS.
6. WHO. Control of neglected tropical diseases. World Health Organization. Geneva: WHO; 2020.
7. Elkhoury AN, Nicholls RS, Yadón Z. Leishmaniasis en las Américas: recomendaciones para el tratamiento. OPS/OMS. Washington, DC. 2013;7-42.