

Leishmaniasis cutánea Cutaneous Leishmaniasis

Oscar Armando Ponce Barahona*

Héctor Rubén Caballero Castro**

RESUMEN

La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria causada por protozoarios intracelulares del género *Leishmania*. Es transmitida al humano mediante la picadura de flebotomos. Las leishmaniasis está clasificada en diferentes variantes clínicas: cutánea localizada o difusa, mucocutánea y visceral. Es una parasitosis común en Latinoamérica y sobre todo en los países en vías de desarrollo, donde el estilo de vida de la población aumenta el riesgo de enfermarse, al vivir en zonas de concentración parasitaria natural, con poco acceso a los servicios de salud. Por esa razón, esta afección constituye un serio problema de salud, cuyo conocimiento es de gran importancia para los médicos que se desempeñan en estas áreas dentro de países endémicos.

Se presenta caso clínico de niño de siete meses de edad con úlcera no pruriginosa de forma circular de 5mm de diámetro en pómulo derecho, de cinco meses de evolución. El paciente es residente permanente de La Puerta, Merendón, San Pedro Sula, un área montañosa con abundante vegetación. Detectado en el Instituto Hondureño de Seguridad Social Regional del Norte en el cual el estudio histopatológico evidenció macrófagos con amastigotes de leishmania. Se administró tratamiento con glucantime por veinte días, citándole a la mitad del tratamiento y al concluirlo obteniendo resultados cicatriciales favorables, sin recidivas.

Este es uno de muchos casos de leishmaniasis cutánea localizada en San Pedro Sula, con lo que se confirma el incremento en la propagación de este parásito protozoario en este municipio.

PALABRAS CLAVE

Leishmaniasis cutánea, parasitosis, úlcera cutánea.

* Residente de primer año del Postgrado de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula UNAH-VS

** Dermatólogo Pediatra, HRN-IHSS

Dirigir correspondencia a: oponce_1987@hotmail.com

Recibido: 11/Jun/2015 Aprobado: 22/Jun/2015

SUMMARY

Leishmaniasis is a parasitic disease caused by an intracellular protozoan of *Leishmania* genus. These parasites are transmitted to humans by the bite of phlebotomine flies. *Leishmania* disease is classified in different clinical variants: cutaneous localized or diffuse, mucocutaneous and visceral.

It is a common parasitic disease in Latin America and especially in developing countries where the lifestyle of the population increases the risk of getting sick, because they live in areas of natural parasitic concentrations, with little access to health services. For these reasons, Leishmaniasis constitutes a serious health problem, whose knowledge is of great importance for physicians who work in these areas within endemic countries.

A seven month old male patient is presented with an ulcerated non pruriginous node of circular shape, 5mm in diameter, localized on the right cheek with a 5 months evolution. The patient was a permanent resident of La Puerta, Merendón, San Pedro Sula, a mountainous area with abundant vegetation. Detected at the Regional Social Security Hospital where the histopathological study showed macrophages with amastigotes of leishmania sp. Intramuscular treatment was administered for twenty days, obtaining favorable results, without recurrence.

This is one of many cases of pediatric cutaneous leishmaniasis in San Pedro Sula, which confirms the increasing of the protozoan parasite's spread.

KEYWORD

Cutaneous leishmaniasis, cutaneous ulcer, parasitosis.

INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis es una enfermedad causada por varias especies del género *Leishmania*. Un

parásito protozoario que se transmite a humanos y animales por la picadura de un insecto hembra perteneciente a los géneros *Phlebotomus* del Viejo Mundo (Europa, África y Asia) y *Lutzomyia* en América, de la familia *Psychodidae*.⁽¹⁾ Cuando el insecto pica a sus huéspedes, adquiere los amastigotes que luego en el intestino se convierten en promastigotes, que serán inoculados a un nuevo huésped durante una picadura.

En el huésped son fagocitados por los macrófagos donde se transforman de nuevo en amastigotes. Tiene como reservorio a animales domésticos, silvestres y en algunas ocasiones a los humanos.⁽²⁾ Se han reportado casos de leishmaniasis congénita y transmisiones debido a trasplante de órganos. Es caracterizada por comprometer piel, mucosas y vísceras.⁽³⁻⁴⁾

En 1900 y 1903, Leishman y Donovan, descubrieron un parásito ovalado en una coloración con Giemsa en macrófagos de pacientes con leishmaniasis visceral. En México, en 1906, se reporta el primer caso de leishmaniasis difusa en la península de Yucatán.⁽⁵⁾

Existen dos tipos de síndromes clínicos: el cutáneo y el visceral. El primero es el que compete a nuestro caso y está presente tanto en el Nuevo Mundo como en el Viejo Mundo. En este último, lo ocasiona *Leishmania trópica*, en áreas urbanas; y *Leishmania major*, en áreas desérticas. En América Latina existen dos géneros de interés: *Leishmania* y *Viannia*.⁽⁶⁾

La leishmaniasis como enfermedad parasitaria, constituye un problema social en los países de América Central, donde las condiciones socioeconómicas en que vive una parte importante de la población aumentan el riesgo de enfermarse, al vivir en zonas de focos naturales, con poco acceso a los servicios de salud. Por esa razón, esta afección constituye un serio problema de salud, cuyo conocimiento es de gran importancia para los médicos que cumplen misiones internacionales en estas áreas de los países endémicos.^(6,7)

Más del 90% de los casos de leishmaniasis visceral se presenta en cinco países: Bangladés, India, Nepal, Sudán y Brasil; cerca del 90% de los casos de leishmaniasis mucocutánea se produce en tres países: Bolivia, Brasil y Perú; y el 90% de los casos de leishmaniasis cutánea se presentan en siete países: Afganistán, Arabia Saudí, Brasil, Argelia, Irán, Perú, Paraguay y Siria (Figura No. 1). Su incidencia anual es de 2 millones de casos y, de éstos, 1.5 millones corresponden a leishmaniasis cutánea, 15% corresponden a edad pediátrica, menores de 14 años de edad. Actualmente, hay cerca de 88 países afectados, de los cuales solo diez son desarrollados.^(2-4, 6)

En Honduras, el vector de dicha enfermedad es conocido como "plumilla o jején"; los pobladores de zonas endémicas conocen la enfermedad como "grano malo", "lepra de montaña" ó "mala llaga".⁽⁸⁾ Las áreas más afectadas con leishmaniasis cutánea en el país son los departamentos de Francisco Morazán, Choluteca y Valle. (Figura 2).

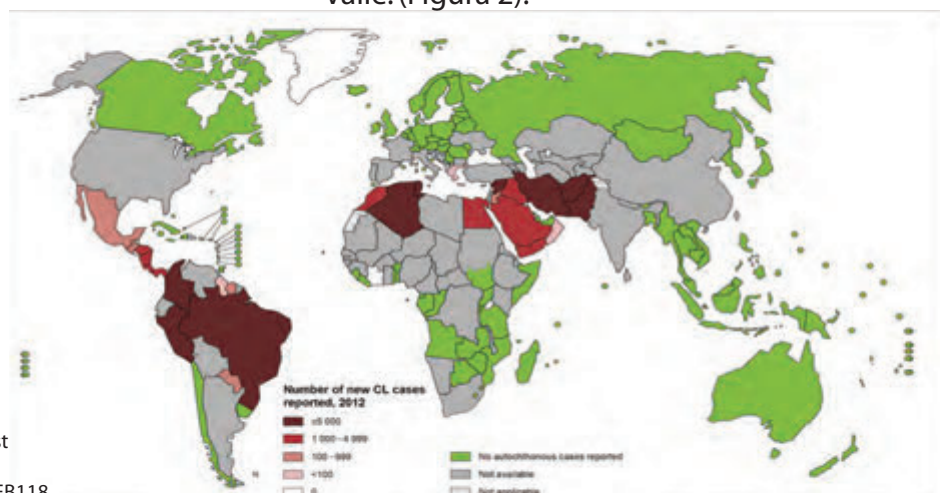


Figura No. 1: Mapa de distribución mundial de Leishmaniasis cutánea
Fuente: The WHO Report "The Fight against Leishmaniasis".
EBI 18/4 4 May (2006) <http://www.who.int/EB118>.

En el 2003 sólo en el CESAMO Miguel Paz Barahona se atendieron a más de 200 personas con esta afección. La mayoría utilizaba remedios caseros para controlar las úlceras.⁽⁹⁾

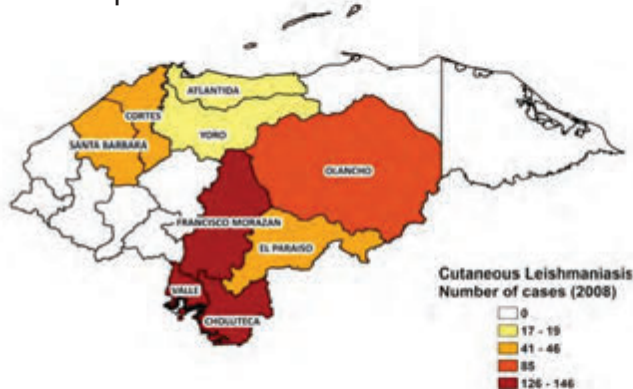


Figura No. 2: Distribución de Leishmaniasis cutánea en Honduras
Fuente: Ponce C, Ponce E, Morrison A, Cruz A, Kreutzer et al. *Leishmania donovani chagasi*: new clinical variant of cutaneous leishmaniasis in Honduras. *Lancet* 337(8733):67-70.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de siete meses de edad, nacido, residente y procedente de La Puerta #2, El Merendón, San Pedro Sula. No tiene antecedentes neonatales de importancia. Vive en casa de paredes de madera, piso de baldosa, techo de zinc, todos los servicios públicos, sin aguas estancadas en casa pero presentes en la vecindad, afluencia de mosquitos en moderada cantidad.

El cuadro clínico inició el mes de enero de 2015 consistente en la aparición de una "picada de zancudo" en región de pómulo derecho notado por su madre, la cual fue aumentando su tamaño, refiere que se formó una pápula eritematosa. Fue llevado por su madre a consulta médica en centro de salud regional en el mes de febrero. En ese momento fue manejado con amoxicilina por siete días y la citaron en una semana. Cumplió el tratamiento a cabalidad y se presentó a su cita en la fecha estipulada, fue evaluada y al notar que no presentaba mejoría se le indicó dicloxacilina por 14 días y una crema antimicótica. Nuevamente cumple el tratamiento por el tiempo indicado y al no presentar resolución de la lesión dérmica decide en acudir a consulta nuevamente continuando con sus actividades cotidianas por dos meses más. En abril fue evaluado al llegar al Hospital Region al del Norte del Instituto Hondureño de Seguridad Social y de inmediato se interconsulta con

dermatólogo pediatra, encontrándole lesión de aspecto nodular con ulceración central, forma ovalada, tamaño de 5 x 5 mm, bien delimitada, bordes indurados e hiperémico. (Figura No. 3)



Figura No. 3: Úlcera en mejilla derecha

Al interrogatorio refiere haber iniciado como pápula eritematosa, relacionada con picadura de insecto. Se notó persistencia de la misma, crecimiento lento y posterior ulceración, a pesar de recibir múltiples tratamientos antimicrobianos y antimicóticos tópicos indicados en centro de salud de su localidad.

Dado su lugar de origen, actividades realizadas y el antecedente de picadura de insecto se sospechó leishmaniasis cutánea por lo que se realizó biopsia de piel con diagnóstico de leishmaniasis cutánea localizada. Además se realizó frotis de la lesión, evidenciándose formas parasitarias intracelulares. Se inició tratamiento con antimoniales (antimoniato de meglumina) a 20mg/kg IM, misma que se administró por 20 días, con una respuesta cicatricial favorable, no se reportaron recidivas. (Figura No. 4)



Figura No. 4: Úlcera al concluir el tratamiento.

DISCUSIÓN

La leishmaniasis cutánea y mucocutánea es una enfermedad de alta prevalencia en muchas áreas tropicales y subtropicales del mundo. Se la describe en 24 países de América, extendiéndose desde el sur de los Estados Unidos hasta el norte de Argentina.⁽⁶⁾ Esta enfermedad constituye un grave problema de salud pública debido a los altos costos que representa en el nivel psicológico, sociocultural y económico.⁽¹⁰⁾ Presentamos este reporte de caso clínico debido a que la paciente es residente de una comunidad endémica para *Leishmania*.⁽⁹⁾

La forma localizada de la leishmaniasis cutánea es la más común tanto en niños como en adultos. Se presenta especialmente en áreas expuestas, cara y extremidades, generalmente. En 60% de los casos se presentan como lesiones solitarias, con una pápula eritematosa, de crecimiento lento, crónico y asintomático, que posteriormente se ulcera y permanece de manera crónica, para después resolver dejando una cicatriz residual.⁽¹¹⁾ En otras ocasiones puede desarrollarse una placa de crecimiento verrugoso.⁽¹²⁾ En el caso del paciente que aquí se discute, el padecimiento se presentó de manera localizada, ulcerosa, asintomática y sin adenomegalias, pudiendo así descartar la posibilidad de leishmaniasis sistémica. Esto último tomando en cuenta que se ha documentado que, de 5 a 10% de los pacientes con leishmaniasis cutánea localizada, pueden presentar adenomegalias, y que ante este hallazgo se debe descartar la posibilidad de que se padezca una afección sistémica.⁽¹³⁾

La leishmaniasis cutánea suele diagnosticarse en áreas endémicas por el cuadro clínico y la intradermorreacción de Montenegro. Sin embargo, esta suele ser negativa en casos de leishmaniasis cutánea difusa, debido a que afecta a individuos inmunocomprometidos. La observación directa de los parásitos en los frotis de la lesión o por biopsia ya sea con tinciones de Giemsa, Leishman o Wright es útil, ya que es fácil encontrar amastigotes en lesiones activas o recientes.⁽¹²⁾ La *Leishmania* spp.

también puede ser cultivada, pero algunas especies son difíciles de aislar. Igualmente, la inoculación animal puede tener valor, pero requiere semanas o meses para aislar el parásito. La especie y subespecie se puede identificar por alguno de los siguientes procesos: PCR, hibridación del DNA, análisis de endonucleasa del DNA del cinetoplasto, análisis de isoenzima o técnicas inmunológicas con anticuerpos monoclonales. Asimismo, se pueden realizar biopsias de la lesión con identificación de parásitos.^(1,3,12) En este paciente el diagnóstico se realizó por biopsia de piel.

El tratamiento de la leishmaniasis cutánea localizada permite disminuir cicatrices y previene tanto la diseminación como la recaída. Está indicado en lesiones persistentes, de seis meses de evolución o más, en lesiones múltiples, de gran tamaño, localizadas en cara, manos, o sobre articulaciones, o bien si hay riesgo de afección a mucosas.⁽¹³⁾

Los antimoniales, estibogluconato sódico y antimonio de meglumina, tanto por vía parenteral como intralesionales, son el tratamiento de elección. Los intralesionales producen menos efectos adversos y son menos costosos. Están indicados en lesiones únicas, de pequeño tamaño, producidas por especies del Viejo Mundo o por *Leishmania mexicana*.⁽¹³⁾ Es de notar la evolución favorable que tuvo el paciente al recibir el tratamiento con el antimonio. Dado la evidencia de la literatura médica de las indicaciones terapéuticas para dicha patología se puede concluir que dicho tratamiento es efectivo. Otros fármacos que se han descrito para el tratamiento de leishmaniasis son: interferón gamma, pentamidina, paromomicina, miltefosina, azoles y anfotericina B.⁽³⁾ No obstante, algunos únicamente están indicados en formas sistémicas, además de sus efectos adversos y costos mayores.^(14,15) Se concluye que la historia y evolución de éste cuadro clínico, lugar de procedencia y la falta de respuesta a tratamientos convencionales debe hacernos sospechar la existencia de enfermedades poco frecuentes como la leishmaniasis.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Souza R, Ferreira A, Andreoli RV, Kayano MT, and Carvalho AL. American cutaneous leishmaniasis cases in the metropolitan region of Manaus, Brazil: association with climate variables over time. *Geospat Health* 2015; 1(35): 32-36.
2. Robati RM, Abdollahimajd F. Cutaneous leishmaniasis: Report of two atypical cases. *J Clin Med Res*. [internet] 2015 [citado 20 Jun 2015]; 2(8):1-4. Disponible en: <file:///C:/Users/Sony/Downloads/313-730-1-SM.pdf>
3. Mayrink, W., P. A. Magalhaes, and M. S. M. Michalick. Immunotherapy as a treatment of american cutaneous leishmaniasis: preliminary studies in Brazil. *Pediatrics* 2012; 6: 891-892.
4. Nelson SA, Warschaw KE. Protozoo and worms. *Dermatol* 2012; 3: 1391-1397.
5. Nógalo A, Molina SG, Norry GA, Romano & Lorenz AM. Leishmaniasis cutánea primaria. *Arch Argent Dermatol* [internet]. 2012 [citado 20 Jun 2015]; 18(3): 228-231. Disponible en: <http://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/viewfile/853/506>.
6. The WHO Report. The Fight against Leishmaniasis. WHO 2006; 18(4): 132-145.
7. Noyes H, Chance M, Ponce C, Ponce E, Maingon R. *Leishmania chagasi*: genotypically similar parasites from Honduras cause both visceral and cutaneous leishmaniasis in humans. *Exp Parasitol* 1997; 85(3): 264-273. DOI: 10.1006/expr.1996.4133.
8. Ponce C, Ponce E, Morrison A, Cruz A, Kreutzer R, McMahon-Pratt D, et al. *Leishmania donovani chagasi*: new clinical variant of cutaneous leishmaniasis in Honduras. *The Lancet* 1991; 337(8733): 67-70.
9. Risco G, Fuentes Omar, Núñez F. Leishmaniasis cutánea en la Región Sanitaria No. 3, República de Honduras, enero 1998-septiembre 2002. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [serial en Internet]. 2009 Aug [citado 2015 Aug 02]; 47(2):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032009000200005&lng=en.
10. Matute N, Espinoza C, Alger J, Padgett D, Lopez E, Zuniga C. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con leishmaniasis atendidos en el Hospital Escuela. *Rev Med Hondur* 2009; 77(6): 7-15.
11. Nasiri S, Robati RM, Marefat A, Saeedi M, Sarrafirad N. Bilateral cutaneous leishmaniasis presenting as eczema-like eruptions on the hands. *Dermatol Venereol Leprol* 2010; 76(307): 23-28.
12. Acosta AC, Restifo EJ. Apuntes sobre leishmaniasis, actualización 2008. *Arch Argent Dermatol* [internet] 2008 [citado 2015 Jun 22]; 58(3): 47-54. Disponible en: [http://www.archivosdermato.org.ar/Uploads/58\(2\)%2047-54,%202008.pdf](http://www.archivosdermato.org.ar/Uploads/58(2)%2047-54,%202008.pdf)
13. Markle WH, Makhoul K. Cutaneous leishmaniasis: recognition and treatment. *Am Fam Physician* 2004; 69(7): 1455-1960.
14. Faris, R.M., and J.S. Khoja. Intralesional treatment of cutaneous leishmaniasis with sodium stibogluconate antimony. *Pediatrics* 2010; 32(9): 882-886.
15. P. Bau. Heated amphotericin to treat leishmaniasis. *The Lancet* 2003; 3(6): 188-191.