

Leishmaniasis cutánea en placa, una forma inusual de presentación clínica

Cutaneous leishmaniasis, an unusual clinical presentation

Zonia María Quijada Ucelo¹ y Engracia Estefanía Quijada Ucelo²

¹ Dermatooncóloga y cirujana dermatóloga, Dermaq, Centro de Dermatología Especializada, Guatemala

² Médica y cirujana, Universidad Francisco Marroquín, Guatemala

RESUMEN

La leishmaniasis cutánea es una condición crónica de la piel causada por un parásito protozoo del género *Leishmania*. La enfermedad se transmite a los humanos por la picadura de flebotomos hembras. La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la leishmaniasis cutánea como una enfermedad tropical desatendida, emergente y no controlada.

Se trata de un paciente de 28 años de edad, quien presentó una dermatosis localizada en el antebrazo izquierdo, caracterizada por una placa de 14 × 8 cm eritematoescamosa, con costras amarillas y sanguíneas, con bordes definidos. El paciente recibió tratamiento con antimonio de meglumina, y al finalizar la terapia se observó mejoría clínica de las lesiones.

Es relevante considerar que la presencia de una placa grande de leishmaniasis cutánea podría simular otras patologías, que dirigen la sospecha diagnóstica hacia otro tipo de dermatosis.

PALABRAS CLAVE: cutaneous leishmaniasis, *Leishmania*, antimonio de meglumina.

Antecedentes

La leishmaniasis cutánea (LC) es una condición crónica de la piel causada por un parásito protozoo del género *Leishmania*. La enfermedad se transmite a los humanos por la picadura de flebotomos hembras.¹ En 2020, 89 países reportaron leishmaniasis cutánea endémica. Globalmente, se estima que la incidencia es de 0.7 a un millón de casos nuevos al año.³ En 2019 Guatemala reportó 6.24 casos por 100 mil habitantes. Las regiones endémicas se encuentran en el oriente y occidente del país, y principalmente en el norte en regiones como Petén y Alta Verapaz, donde se registró el 58% de los casos.⁴ En México, las áreas

ABSTRACT

Cutaneous leishmaniasis is a chronic condition caused by a protozoan parasite of the genus *Leishmania*. The disease is transmitted to humans through the bite of female sandflies. The World Health Organization (WHO) classifies cutaneous leishmaniasis as an emerging, uncontrolled and a neglected tropical disease.

We report a 28-year-old man, with a localized dermatosis on the left forearm with an erythematous scaly plaque measuring 14 × 8 cm, with defined borders. The patient received treatment with meglumine antimoniate, with clinical improvement.

It's relevant to consider that the presence of a large cutaneous leishmaniasis plaque could mimic other cutaneous disorders.

KEYWORDS: cutaneous leishmaniasis, *Leishmania*, meglumine antimoniate.

endémicas están en el sureste, sobre todo en Tabasco. La forma cutánea representa el 99% de los casos, sin embargo, la forma visceral tiene una letalidad de 100%.⁵

La presentación clínica de la leishmaniasis cutánea se caracteriza por lesiones que aparecen en la piel en áreas expuestas del cuerpo que evolucionan desde pápulas no pruriginosas después de la picadura del insecto, luego en nódulos hasta lesiones ulcerativas asintomáticas y placas que podrían acompañarse de linfadenopatías.⁶

Las lesiones simples se caracterizan por lesión única o pocas lesiones en la piel (menor de 1 cm) sin invasión de las mucosas, piel no expuesta o cosméticamente no

CORRESPONDENCIA

Dra. Zonia María Quijada Ucelo ■ zquijada@ufm.edu ■ Teléfono: 502 5019 1451
Avenida 7 núm. 10-13, Zona 1, Barrio San Sebastián, C.P. 20007, Esquipulas, Guatemala

importante, inmunocompetentes, lesiones que resuelven clínicamente sin tratamiento o que presentan curación espontánea. Las lesiones complejas se caracterizan por una especie de *Leishmania* asociada a alto riesgo de leishmaniasis mucocutánea (LM), nodulos subcutáneos locales, adenopatías regionales, más de cuatro lesiones (mayores de 1 cm), lesión individual (de más de 5 cm de diámetro), lesiones en la cara, las extremidades, las articulaciones o los genitales, inmunocomprometidos, terapia local fallida, y síndromes inusuales como leishmaniasis recidivans y leishmaniasis cutánea difusa.^{6,9}

Caso clínico

Se expone el caso de un paciente de 28 años, sin antecedentes médicos, agricultor, con una lesión en el antebrazo izquierdo de tres meses de evolución. Comenzó como una “roncha” cuyo tamaño fue aumentando progresivamente. Mencionó que un mes antes de la consulta, acudió con un médico particular quien le recetó hidróxido de potasio por vía oral durante tres semanas, sin resultado. Durante el examen físico dermatológico se evidenció una dermatosis localizada en el tercio proximal de la cara posterior del antebrazo izquierdo, caracterizada por una placa definida de 14 × 8 cm eritematoescamosa, escama gruesa con costras sanguíneas y amarillas de aspecto “melicérico” (figura 1). En la palpación no se evidenció la presencia de

adenopatías regionales. Se realizó biopsia por sospecha de eccema impetiginizado *versus* esporotricosis fija. El resultado histológico reveló estrato córneo laminar, epidermis con acantosis irregular y cierta cantidad de queratinocitos necróticos individuales. En su interior se reportó la presencia de infiltrado inflamatorio intersticial y perianexial mixto e histiocitos con amastigotes de *Leishmania* (figura 2). Se inició tratamiento con glucantime (antimoniato de meglumina 1.5 g/5 ml) una dosis inyectable intramuscular cada 24 horas por tres semanas, esteroide tópico y fomentos secantes. El paciente presentó mejoría clínica durante su seguimiento, con reepitelización completa al mes de finalizar el tratamiento (figura 1).

Discusión

La OMS clasifica la leishmaniasis cutánea como una enfermedad tropical desatendida, emergente y no controlada.² En 2020, 89 países reportaron leishmaniasis cutánea endémica. Globalmente, se estima que la incidencia es de 0.7 a un millón de casos nuevos al año.⁶

La fisiopatología de la leishmaniasis cutánea reside en la transmisión del parásito *Leishmania* spp. por la picadura de flebotomos hembras infectados, los géneros *Phlebotomus* y *Lutzomyia* son los vectores más comunes. Cuando un flebótomo que no ha padecido ninguna enfermedad ataca a un huésped infectado, mediante piezas



Figura 1. **A)** Día uno de evolución: placa eritematoescamosa con escama gruesa y costras amarillas de aspecto “melicérico” y algunas sanguíneas. **B)** Día 10 de evolución con tratamiento de antimoniato de meglumina: se muestra una placa constituida por cicatriz atrófica y múltiples eutróficas sobre una base eritematosa. **C)** Día 30 de evolución al finalizar el tratamiento: se observa una placa constituida por máculas hipercrómicas y algunas escamas sobre piel sana.

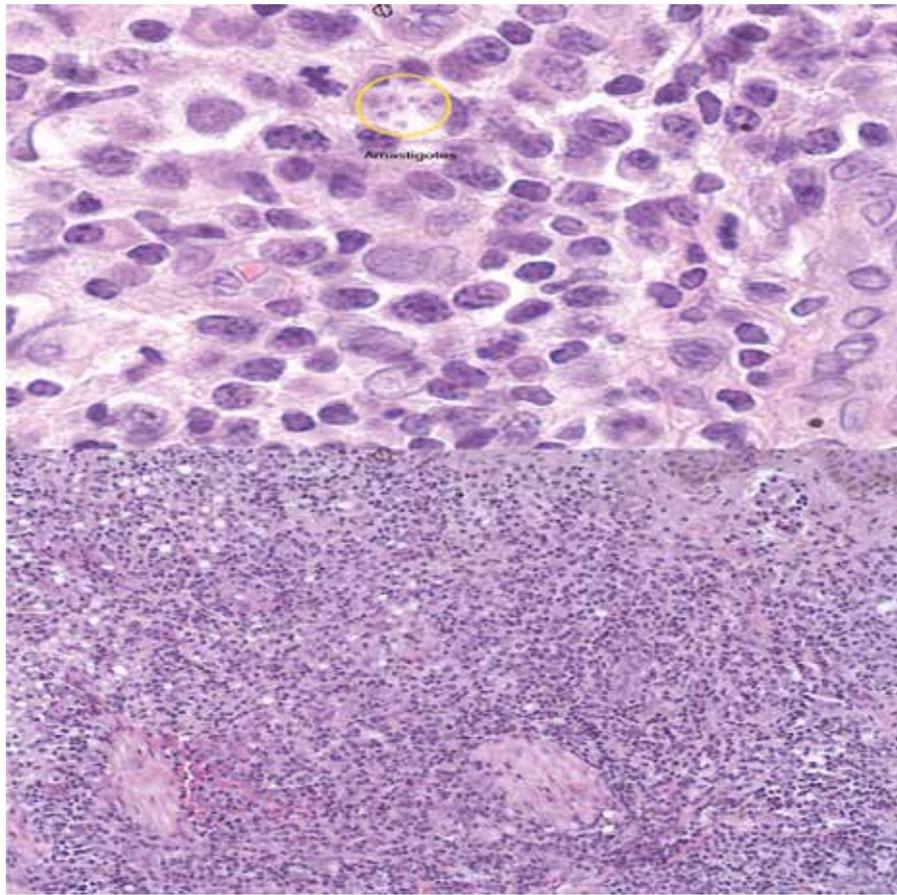


Figura 2. Estudio histopatológico (H-E). En la dermis reticular superficial hasta la dermis profunda se observa infiltrado inflamatorio intersticial y perianexial mixto constituido por neutrófilos, eosinófilos, linfocitos, células plasmáticas e histiocitos con amastigotes en su interior.

bucales en forma de sierra (probóscide) que se insertan en la piel, crea una pequeña lesión donde se acumula sangre por los capilares lesionados. Éste ingiere sangre con macrófagos infectados con amastigotes, los cuales se transforman en promastigotes (infeccioso) en el intestino del flebótomo que migran nuevamente al probóscide. Al alimentarse de humanos, transmite la enfermedad al nuevo huésped. Posteriormente, los protozoos son fagocitados por macrófagos residentes de la piel o por otro tipo de células mononucleares fagocíticas, donde se transforman en amastigotes y, una vez que cada célula afectada está llena de amastigotes, estalla para dar lugar a una liberación e infección rápida de macrófagos vecinos.^{7,8}

El periodo de incubación en humanos es de dos a tres meses en promedio, inicialmente se observa una pápula eritematosa en el sitio de la picadura del insecto, y en un lapso de cuatro a doce semanas la lesión se torna en una placa nodular con descarga seropurulenta, la cual evoluciona a una úlcera de apariencia “volcánica”, clásica de leishmaniasis cutánea. Estas lesiones son asintomáticas, a

menos que sufran sobreinfección. Algunas lesiones desarrollan una morfología eczematoide, verrucosa, zosteriforme, hiperqueratósica o erisipeloide.⁶

El diagnóstico se basa en la presentación clínica y en la sospecha de exposición al agente causal, aunque se debe confirmar principalmente por histopatología que evidencie macrófagos que contienen amastigotes en su interior, y otros como cultivos y prueba de amplificación molecular, si se dispone de éstos.^{6,9}

Existen factores importantes que se deben considerar en el tratamiento médico, de acuerdo con la presentación clínica de las lesiones: simples o complejas. Se recomienda observar a los pacientes con lesiones simples. Se prefiere el tratamiento local cuando hay de una a tres lesiones de hasta 900 mm², localizadas en cualquier zona excepto en la cabeza y en áreas periarticulares, en pacientes sin inmunodepresión y con posibilidad de darles seguimiento. La terapia más efectiva y la más recomendada por el Comité Experto en Leishmaniasis de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), son las inyecciones intralesionales

de antimonio pentavalente. Otras terapias sugeridas son: crioterapia, paramomicina tópica, terapia fotodinámica o láser. Se aconseja tratamiento sistémico en lesiones complejas, lesión única o lesiones múltiples de más de 900 mm² localizadas en cualquier zona; o lesiones de cualquier tamaño en la cabeza o regiones periarticulares; o lesiones tratadas con terapia local fallida o que recidivaron. La terapia más efectiva es la miltefosina oral y los antimoniales pentavalentes (estibogluconato de sodio, antimonio de meglumina y pentamidina) por vía intravenosa o intramuscular. Otros tratamientos recomendados son: anfotericina B como alternativa parenteral y azoles (fluconazol y ketoconazol) como opción oral.⁹⁻¹²

A pesar de la morfología típica de la leishmaniasis cutánea, el caso que informamos se presentó como una placa eritematoescamosa de 14 × 8 cm, de bordes definidos y escama gruesa, por definición una lesión compleja. Este caso podría simular otras patologías dermatológicas que se deben considerar, entre ellas, diagnósticos diferenciales como infecciones bacterianas, cromoblastomicosis, pioderma gangrenoso, micobacterias no tuberculosas, psoriasis cuando se presentan como placa única, neoplasias malignas y úlceras traumáticas.⁶ Los antimoniales pentavalentes son efectivos como tratamiento para leishmaniasis cutánea, especialmente en países en desarrollo.¹¹ En Guatemala, la leishmaniasis es de notificación obligatoria debido a las altas tasas de incidencia reportadas en el país.

Conclusión

La leishmaniasis cutánea es una enfermedad endémica en muchos países, con altas tasas de incidencia y una amplia distribución geográfica en Latinoamérica. El diagnóstico de esta patología se basa en la historia de exposición y en la presentación clínica característica de las lesiones, sin embargo, debido a la amplia morfología y similitud con otras dermatosis, se recomienda confirmarlo por histopatología. El tratamiento correcto se selecciona según la morfología de la lesión. Los casos de leishmaniasis cutánea enfatizan que se considere esta patología como un diagnóstico diferencial de úlceras que no cicatrizan, principalmente en áreas donde ésta es endémica o en quienes viven en regiones prevalentes. Además, la presencia de una placa grande de leishmaniasis cutánea podría simular otras patologías, que dirigen la sospecha diagnóstica hacia otro tipo de dermatosis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bailey F, Mondragón-Shem K, Hotez P, Ruiz-Postigo JA *et al.*, A new perspective on cutaneous leishmaniasis: implications for global prevalence and burden of disease estimates, *PLoS Neglected Tropical Diseases* 2017; 11(8):e0005739. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005739>.
2. De Vries HJC y Schallig HD, Cutaneous leishmaniasis: a 2022 updated narrative review into diagnosis and management developments, *American Journal of Clinical Dermatology* 2022; 23(6):823-40. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40257-022-00726-8>.
3. Ruiz-Postigo JA, Jain S, Mikhailov A y Nilce A, *Global leishmaniasis surveillance: 2019-2020, a baseline for the 2030 roadmap*, Ginebra, World Health Organization, 2020. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344795/WER9635-401-419-eng-fre.pdf?sequence=1>.
4. Pérez I, Durán E, Pérez F, Trueba M y Mendizábal-Cabrera R, Documento de política: recomendaciones para el fortalecimiento del control de la leishmaniasis cutánea en Guatemala (versión 1), Universidad de Sussex, 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10779/uos.23308145.v1>.
5. Leishmaniasis. Informe Epidemiológico de las Américas, diciembre de 2019, Informe de leishmaniasis, 8. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51739>.
6. Iddawela D, Vithana SMP, Atapattu D y Wijekoon L, Clinical and epidemiological characteristics of cutaneous leishmaniasis in Sri Lanka, *BMC Infectious Diseases* 2018; 18(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12879-018-2999-7>.
7. Maxfield L y Crane JS, *Leishmaniasis*, StatPearls Publishing, 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK531456/>.
8. Leishmaniasis, 2019, Cdc.gov. Disponible en: <https://www.cdc.gov/dpdx/leishmaniasis/index.html>.
9. Aronson N, Herwaldt BL, Libman M, Pearson R, *et al.*, Diagnosis and treatment of leishmaniasis: clinical practice guidelines by the infectious diseases society of America (IDSA) and the American Society of Tropical Medicine and Hygiene (ASTMH), *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 2017; 96(1), 24-45. Disponible en: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.16-84256>.
10. Pan American Health Organization, *Guideline for the treatment of leishmaniasis in the Americas*, Pan American Health Organization, 2ª ed., 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275125038>.
11. Garza-Tovar TF, Sacriste-Hernández MI, Juárez-Durán ER y Arenas R, An overview of the treatment of cutaneous leishmaniasis, *Faculty Reviews* 2020; 9. Disponible en: <https://doi.org/10.12703/r/9-28>.
12. Organización Panamericana de la Salud, Síntesis de evidencia y recomendaciones: directrices para el tratamiento de las leishmaniasis en la Región de las Américas, *Revista Panamericana de Salud Pública* 2023; 47, 1. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/rpsp.2023.43>.