



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/181 - PACIENTE CON OTORREA, ¿LA NACIONALIDAD DE ORIGEN ES IMPORTANTE?

J.E. Rodríguez Sánchez^a, S. Alexandre Carmona^b, W. Elgeadi Saleh^c, M.V. Castell Alcalá^d, R. Julián Viñals^d, C.E. Rodríguez Valderrama^a, M.P. Pérez Unanua^d, G. Constanza^c, G. Antón Martín^d y J. Alexandre Carmona^e

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Castroviejo. Madrid.

^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Castroviejo. UDM Norte.

Madrid. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Castroviejo. Área

Norte. Madrid. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Dr. Castroviejo. Madrid. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Talarrubias. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Se presenta el caso de un varón de 48 años, de origen senegalés, residente desde hace un año en Madrid. Acude por presentar desde hace dos semanas otalgia y otorrea izquierda, afebril y sin otra complicación. Ha presentado dos episodios de malaria por Plasmodium falciparum, tratado correctamente en Madrid. Sin otra comorbilidad.

Exploración y pruebas complementarias: Se objetiva lesión que compromete el meato auditivo externo izquierdo, impresiona de pérdida de la epidermis con tejido de granulación periférica cubierta de lesión amarillenta central y secreción amarillenta. No compromete cartílago. Además. Presenta una adenopatía retroauricular de 3 cm de diámetro blanda y dolorosa. Analítica completa: hemograma: leucocitos $20.000 \times 10^9/L$ (neutrófilos 85%). Bioquímica: PCR 35 mg/L, perfil hepático sin alteración. Serología de VIH, sífilis, VHC y VHB negativo.

Juicio clínico: Otitis externa izquierda.

Diagnóstico diferencial: Otitis externa (OE) localizada (forúnculo). OE eccematosa. Herpes zoster ótico. Otomicosis. Otitis media aguda con reacción inflamatoria del conducto. OE maligna.

Comentario final: Ante la sospecha de una otitis externa (OE), se inició tratamiento con ciproxina gotas óticas, con escasa respuesta terapéutica, por ello se decide derivación a ORL, para instauración de tratamiento antibiótico intravenoso. Tras la mala evolución clínica del paciente a pesar del tratamiento con antibiótico intravenoso y tópico; se decide estudio serológico y biopsia (alta sensibilidad) de la lesión para Leishmania cutánea dada la procedencia del paciente y las características de la lesión, confirmándose el diagnóstico de Leishmania cutánea. En nuestro medio, la leishmaniasis cutánea es una enfermedad infrecuente, pero como todas las enfermedades infecciosas, hay que tenerla presente para poder llegar a diagnosticarla, sobre todo en pacientes procedentes de zonas endémicas ya que presenta una clínica inespecífica en muchas ocasiones. Las manifestaciones clínicas dependen de la virulencia de las distintas variantes, provocando una reacción inflamatoria aguda y crónica con tendencia a cicatrizar, que en raras ocasiones evoluciona

a leishmaniasis cutánea y/o visceral.

BIBLIOGRAFÍA

1. González Llavon B, et al. Leishmaniasis cutánea en paciente senegalés. Actas Dermo-sifiliográficas. 2007;98:54-8.
2. Dos Santos da Silva M, et al. Primary lesion of Mucocutaneous Leishmaniasis simulating external otitis. Braz J Otorhinolaryngol. 2012;78:137.