



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/1559 - LEISHMANIASIS CUTÁNEA

Á. Baldonado Suárez<sup>a</sup>, R. Serrano Miralles<sup>b</sup>, E. Grimaldi Miranda<sup>c</sup> y R. de Iracheta Chicchiarini<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Orden. Huelva. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Rosales. Huelva. <sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Rosales. Huelva.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 43 años sin AP de interés, acude a consulta de Atención Primaria por aparición de una mácula eritematosa de 0,5 × 0,5 cm de diámetro en mejilla izquierda de 10 días de evolución, para lo cual su MAP pauta ácido fusídico/betametasona tópica. Consulta de nuevo por mala evolución, siendo tratada en este momento con cloxacilina oral. Tras dos meses de evolución, es reevaluada por su MAP, presentando una pápula de 1 × 0,8 cm con queratosis central, sin ulceración, por lo que es derivada a Dermatología. En consultas de Dermatología se objetiva aumento de la lesión, de 1,2 × 1,2 cm, tras 3 meses de evolución, con impresión diagnóstica de botón de oriente, indicándose biopsia, que confirma el diagnóstico, y pautándose antimonioato de meglumina (Glucantime<sup>®</sup>) intralesional quincenal (2 sesiones) y posteriormente dada la ausencia de mejoría, imiquimod durante 6 semanas, con reacción local inflamatoria posterior. La paciente continúa en seguimiento por Dermatología 8 meses después de la aparición de la lesión, sin mejoría clínica. Se ha realizado de nuevo biopsia para estudio histológico y microbiológico. Está pendiente de valorar, en función de la evolución, tratamiento con anfotericina B liposomal tópica o nanogel micelar de paromomicina al 5%. La paciente niega picadura de insecto o viajes recientes.

**Exploración y pruebas complementarias:** Biopsia cutánea: hallazgos histológicos compatibles con Leishmania cutánea. Tinción de auramina: no se observan BAAR. Cultivo de micobacterias: negativo después de 40 días de incubación. Ecografía abdominal anodina. Hemograma y bioquímica normales. Serologías hepática y VIH negativas.

**Orientación diagnóstica:** Botón de Oriente.

**Diagnóstico diferencial:** Queratoacantoma. Pseudolifoma. Linfoma cutáneo.

**Comentario final:** Es interesante realizar una revisión del tema, dada la poca experiencia clínica del MAP en el diagnóstico de leishmaniasis cutánea, a pesar de ser una enfermedad parasitaria endémica en el sur de España y la cuenca mediterránea. Las formas clínicas de presentación son extraordinariamente variadas, lo que dificulta el diagnóstico. Por ello es importante realizar una adecuada anamnesis, considerando los antecedentes epidemiológicos del paciente y la cronicidad de la enfermedad, para poder realizar un diagnóstico correcto.

## **Bibliografía**

1. García-Almagro D. Leishmaniasis cutánea. Actas Dermosifiliogr 2005;96:1-24.

**Palabras clave:** Botón de Oriente. Leishmania.