



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/3399 - LA PICADURA DE INSECTO NO SIEMPRE CONLLEVA PATOLOGÍA BANAL

R. López Sánchez^a, A. Azagra Calero^b, A. Aldama Martín^c y D. Martínez Revuelta^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Morante. Santander.

^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. ^cMédico

Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. ^dMédico

Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 25 años, sin antecedentes de interés, en tratamiento actualmente con anticonceptivos orales. Acude refiriendo lesión ulcerada en pantorrilla derecha desde hace 3 meses, que apareció tras la picadura de un mosquito y ha ido creciendo progresivamente. Inicialmente indicamos curas diarias y aplicación de mupirocina tópica tres veces al día durante 10 días. A pesar de ello la úlcera progresa. Reinterrogando a la paciente, refiere que realizó un viaje hace 3 meses a la región de Tingo María (Amazonía Peruana) donde le picaron varios mosquitos, desapareciendo todas las lesiones y persistiendo una de ellas en la pierna derecha. Niega fiebre u otra clínica asociada.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril. Normohidratada, coloreada y perfundida. ACP: normal. Abdomen: normal. Extremidades superiores y tronco sin lesiones. Extremidades inferiores (foto): lesión con costra negra dura 2 cm diámetro, bordes eritematosos e indurados, al desprender costra se expone lesión ulcerosa de fondo eritematoso. No adenopatías a ningún nivel. Pulsos pedios positivos. Tras fracaso del tratamiento tópico iniciamos tratamiento con doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 10 días, solicitamos analítica completa con función hepática, PCR, serologías VHA, VHB, VHC, VIH, sífilis, enfermedad lyme y rickettsiosis. Cultivo y KOH de la úlcera. Prueba de la tuberculina. Las pruebas fueron negativas y úlcera no presenta mejoría por lo que realizamos interconsulta al S. Infecciosas que completa estudio con examen directo por frotis tras tinción Giemsa, PCR, biopsia, cultivos en medio NNN.

Orientación diagnóstica: Leishmaniasis cutánea.

Diagnóstico diferencial: 1. Necrosis/Reacción local de picadura de artrópodos. 2. Miasis. 3. Tuberculosis cutánea. 4. Rickettsiosis (mancha negra). 5. Mucormicosis. 6. Goma sifilítica.

Comentario final: Es muy importante incorporar de forma sistemática en nuestra anamnesis la realización de viajes y el contacto con animales, ya que cambia nuestra actitud terapéutica, evitando retrasos en el diagnóstico correcto y tratamiento adecuado. La leishmaniasis cutánea está causada por un protozoo transmitida por un mosquito flebotomo, existiendo formas cutáneas, mucocutáneas y viscerales. La forma exclusivamente cutánea, tiende a resolverse sola en 6-9 meses dejando

cicatrices. El diagnóstico explicado arriba. El tratamiento varía (esquema) según el número de lesiones, extensión visceral, localización cutánea o mucosa, resistencias, en nuestro caso siendo de elección las sales antimoniales intralesionales, con buena evolución y resolución del cuadro

Bibliografía

1. Mokni M. Leishmaniosis cutáneas. EMC. 2016;50:1-12.

Palabras clave: Picadura. Úlcera. Leishmania.