



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Paciente viajera con múltiples lesiones cutáneas de 6 meses de evolución

Traveler with multiple skin lesions of six months' evolution

Paloma Merino^{a,*}, Fernando González^a, Benjamín Herreros^b y Juan Picazo^a

^a Unidad de Medicina Tropical y del viajero, Servicio de Microbiología Clínica, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^b Servicio de Medicina Interna, Fundación Hospital de Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

On-line el 20 de septiembre de 2009

Caso clínico

Paciente mujer de 63 años, sin antecedentes médicos de interés, que acudió a consulta por presentar 12 lesiones cutáneas de diferente tamaño y evolución, localizadas en parte posterior del tórax, el antebrazo, el glúteo y la pierna (en el hemicuerpo derecho) de 6 meses de evolución. La lesión de mayor tamaño (situada en el antebrazo) medía 5 cm y la más pequeña (situada en la espalda) medía 0,5 cm. Las lesiones mayores presentaban una zona central granulosa, exudativa, con un borde exterior enrojecido y elevado. La paciente refería que las lesiones habían comenzado unos 6 meses antes, tras un viaje a Marruecos, y las relacionaba con múltiples picaduras de insectos no identificados sufridas durante su visita a la ciudad de Merzouga, situada en el área presahariana del sureste del país, próxima a la frontera con Argelia. Las lesiones habonosas de las picaduras evolucionaron de manera tórpida, aumentando su tamaño de manera progresiva. Algunas de ellas presentaron una ulceración central supurativa con eritema en el borde, y las de mayor tamaño, sobreinfección bacteriana con dolor intenso (figs. 1 y 2). No había presentado fiebre ni malestar general. La paciente consultó a diferentes médicos, y recibió diversos tratamientos antibióticos tópicos y orales sin mejoría de las lesiones.

En la exploración física no se observaron otras lesiones ni adenopatías. La auscultación cardíaca y pulmonar fue normal. El abdomen era blando y depresible, sin organomegalias. Se realizó un hemograma y una bioquímica general, que no mostraron alteraciones significativas. Se solicitó serología. Se procedió a realizar una toma de muestra bacteriológica de las lesiones supurativas y una biopsia de la lesión de mayor tamaño.

Evolución

El aspecto macroscópico de las lesiones indicaba varias posibilidades diagnósticas, entre las que destacaban leishmaniasis

cutánea, piodermatitis de curso crónico, turalemia, ántrax, tuberculosis, difteria de localización cutánea o una infección por *Mycobacterium marinum*.

No todas las lesiones se encontraban en áreas de piel descubierta (tronco, glúteo y cara posterior del miembro inferior), lo que inducía a pensar que no eran debidas a la picadura de un vector volador. No obstante, la sospecha diagnóstica de leishmaniasis cutánea se confirmó por el estudio histopatológico de la biopsia (en el que se observaron estructuras compatibles con amastigotes) y por la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de esta muestra (que fue positiva para *Leishmania* spp., aunque no se pudo llegar al diagnóstico de especie). Adicionalmente, aunque la serología tiene una utilidad limitada en el diagnóstico de la leishmaniasis cutánea, fue positiva en esta paciente (anticuerpos tipo IgG e IgM). La serología de VIH fue negativa. La paciente se trató con inyecciones intralesionales de meglumina antimonioato (Glucantime[®], ampollas de 1,5 g/5 ml) una vez por semana durante 6 semanas¹, con mejoría progresiva de todas las lesiones hasta su cicatrización (fig. 3), por lo que se consideró la curación¹.

Comentarios

La leishmaniasis cutánea afecta a más de 1,5 millones de personas en el mundo², y es una de las enfermedades que deben tenerse en cuenta en pacientes que han realizado un viaje a zonas endémicas. El 90% de los casos de leishmaniasis cutánea se dan en Afganistán, Argelia, Brasil, Irán, Perú, Arabia Saudita y Sudán.

Las lesiones pueden presentar diferentes morfologías, como nódulos, placas psoriasiformes, lesiones verrucosas o formas esporotricoides con afectación del ganglio linfático. Sin embargo, no es habitual que existan tantas lesiones en paciente no inmunodeprimido como en el caso expuesto. Por el área geográfica donde se produjeron las picaduras de nuestra paciente es posible que se trate de *Leishmania major*. En la actualidad se sabe que la evolución de la enfermedad no sólo depende del parásito (especie y patogenicidad), sino que existen factores

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: merinopaloma@yahoo.com (P. Merino).



Figura 1. Lesión en antebrazo derecho el primer día de consulta.



Figura 3. Lesión en antebrazo derecho tras tratamiento.



Figura 2. Lesiones en pierna derecha el primer día de consulta.

inmunológicos predisponentes del hospedador que determinan la gravedad y la evolución de la enfermedad⁶.

El tratamiento de la leishmaniasis cutánea se puede realizar de manera tópica con fármacos intralesionales como los antimoniales pentavalentes o incluso con crioterapia^{3,4}. En ocasiones, es necesario realizar tratamiento sistémico con antimoniales pentavalentes por vía intramuscular o incluso anfotericina B liposomal por vía intravenosa⁷.

Nuestra paciente hubiese sido candidata de una de estas 2 opciones por el número y la extensión de sus lesiones; sin embargo, optamos por el tratamiento intralesional para disminuir el riesgo de toxicidad, y continuamos con esta pauta al comprobar la mejoría evolutiva de las lesiones.

La posología de los antimoniales pentavalentes tampoco está bien definida; probablemente sean igual de eficaces (tasa de curación igual o superior al 90%) cuando se administran cada 2–3 semanas.

La leishmaniasis cutánea es un diagnóstico que debe considerarse en viajeros e inmigrantes procedentes de áreas endémicas de esta enfermedad con lesiones ulceradas cutáneas de curso crónico, aunque también puede presentar otras morfologías (nódulos, placas psoriasisiformes, lesiones verrucosas o formas esporotricoides con afectación ganglionar). La única medida de precaución es evitar la picadura de la mosca, ya que no existen vacunas disponibles⁵.

Bibliografía

1. Nilforoushadeh MA, Jaffary F, Moradi S, Derakhshan R, Haftbaradaran E. Effect of topical honey application along with intralesional injection of glucantime in the treatment of cutaneous leishmaniasis. *BMC Complement Altern Med.* 2007;7:13.
2. Report of the consultative meeting on cutaneous leishmaniasis. Geneva, WHO Headquarters, 30 April to 2 May 2007. *Neglected Tropical Diseases. Innovative and Intensified Disease Management. Leishmaniasis Control Programme* [citado 1 Jun 2009]. Disponible en: URL: http://www.who.int/leishmaniasis/resources/Cutaneous_leish_cm_2008.pdf (visitada 1 junio 2009).
3. Schriefer A, Wilson ME, Carvalho EM. Recent developments leading toward a paradigm switch in the diagnostic and therapeutic approach to human leishmaniasis. *Curr Opin Infect Dis.* 2008;21:483–8.
4. González U, Pinart M, Reveiz L, Alvar J. Interventions for Old World cutaneous leishmaniasis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008.
5. Layegh P, Pezeshkpoor F, Soruri AH, Naviafar P, Moghiman T. Efficacy of cryotherapy versus intralesional meglumine antimoniate (glucantime) for treatment of cutaneous leishmaniasis in children. *Am J Trop Med Hyg.* 2009;80:172–5.
6. Blum JA, Hatz CF. Treatment of cutaneous leishmaniasis in travelers 2009. *J Travel Med.* 2009;16:123–31.
7. International travel and health. Infectious diseases of potential risk for travellers. WHO, 2009 [citado 1 Jun 2009]. Disponible en: URL: <http://www.who.int/ith/ITH2009Chapter5.pdf> (visitada 1 junio de 2009).