

Leishmaniasis cutánea con facies leonina

RESUMEN

La leishmaniasis es una enfermedad crónica que se clasifica, según el área que afecte, en cutánea, visceral y mucosa. Es producida por diferentes especies de protozoarios intracelulares. Se comunica un caso de leishmaniasis cutánea granulomatosa con facies leonina en un paciente masculino de 59 años de edad del área del Petén, Guatemala, con buena respuesta a glucantime.

Palabras clave: leishmaniasis cutánea granulomatosa, *Leishmania* sp, facies leonina, glucantime.

Patricia Chang¹
Mónica Vanesa Vásquez Acajábón²
Gylari Calderón³
Lorena Bay⁴

¹ Dermatóloga.

² Estudiante electiva del Servicio de Dermatología.

³ Dermatopatóloga.

Hospital General de Enfermedades, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

⁴ Jefe de la Consulta Externa, Dermatología Policlínica, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Cutaneous Leishmaniasis with Leonine Facies

ABSTRACT

Leishmaniasis is a chronic diseases classified, according the area affected, in cutaneous, visceral and mucous. It is produced by different species of intracell protozoans. This paper reports the case of a 59-year-old man with granulomatose skin leishmaniasis with leonine facies, patient was from the area of Peten, Guatemala, and had good response to glucantime.

Key words: granulomatous cutaneous leishmaniasis, *Leishmania* sp, leonine facies, glucantime.

Recibido: diciembre 2013

Aceptado: marzo 2014

Correspondencia

Dra. Patricia Chang
Paseo Plaza Clinic Center Of 404
3ª av. 12-38 zona 10 Guatemala
pchang2622@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Chang P, Vásquez-Acajábón MV, Calderón G, Bay L. Leishmaniasis cutánea con facies leonina. Dermatología Rev Mex 2014;58:278-284.

La leishmaniasis es una enfermedad crónica que se clasifica, según el área que afecte, en cutánea, visceral y mucosa. Es producida por diferentes especies de protozoarios intracelulares, que pertenecen a la familia *Trypanosomatidae* y género *Leishmania*.¹⁻⁴ Las características morfológicas de los protozoos del género *Leishmania* corresponden a dos formas parasitarias que adopta según su ciclo de vida: amastigotes y promastigotes.^{1,5} Los vectores principales pertenecen a los géneros *Phlebotomus* y *Lutzomyia*.^{1,2,4,5}

La Organización Mundial de la Salud incluye a la leishmaniasis entre las siete enfermedades prioritarias de su programa especial para la investigación de las enfermedades tropicales y es la segunda parasitosis de mayor importancia en Latinoamérica.⁶

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 59 años edad que fue enviado al servicio de Dermatología para recibir una segunda opinión por padecer una dermatosis localizada en el tercio superior de la cara, constituida por infiltración cutánea eritematosa, con fisuras, sangraba fácilmente, dura, con edema y surcos que le daban aspecto de facies leonina (Figuras 1 y 2). El resto de la piel y los anexos, así como el examen físico no mostraron alteraciones.

Esta dermatosis se diagnosticó como micosis cutánea, por lo que recibió tratamiento con itraconazol durante varios meses sin obtener alivio, por lo que el paciente fue enviado al servicio de Dermatología para recibir una segunda opinión diagnóstica. Al paciente se le realizaron dos biopsias que mostraron infiltrado inflamatorio granulomatoso crónico.

El paciente refirió que un año antes de su enfermedad estuvo manejando ramas de un palo llamado “chechen”, posterior a ello se lavó las



Figura 1. Aspecto panorámico de la lesión.



Figura 2. Acercamiento de la lesión con infiltración cutánea eritematosa dura, fisuras y surcos que dan la facies leonina.

manos con su pañuelo, se las secó y al estar sudando de la frente se limpió con éste y de ahí le surgió un “puntito” en la frente que a los dos días empezó a crecer hasta su estado actual. El paciente era diabético desde hacía cinco años, controlado con metformina a dosis de 850 mg diarios.

Con los datos clínicos anteriores se diagnosticó linfoma cutáneo vs linfocitoma cutis, por lo que se le realizó una nueva biopsia de la lesión. La histología mostró un aumento de 4x, epidermis atrófica y un infiltrado inflamatorio nodular que afectaba de la dermis reticular superficial al tejido celular subcutáneo (Figura 3). El infiltrado inflamatorio estaba constituido por histiocitos, linfocitos, células plasmáticas y abundantes células gigantes tipo Langhans que formaban granulomas nodulares (Figura 4), en algunas áreas el infiltrado granulomatoso mostraba un collarite de linfocitos y células plasmáticas que demarcaba los granulomas (Figura 5). En un acercamiento se observaron abundantes histiocitos espumosos con algunos eosinófilos, entremezclados con células gigantes tipo

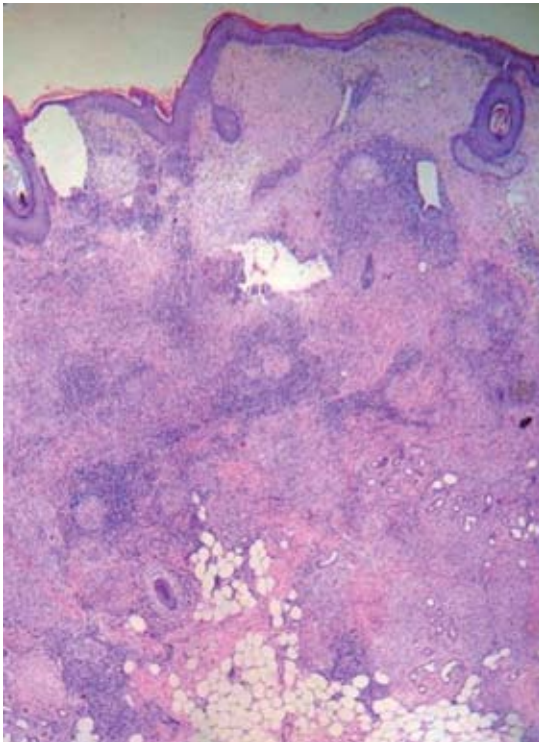


Figura 3. La histología muestra epidermis atrófica y un infiltrado inflamatorio nodular que afecta de la dermis reticular superficial al tejido celular subcutáneo.

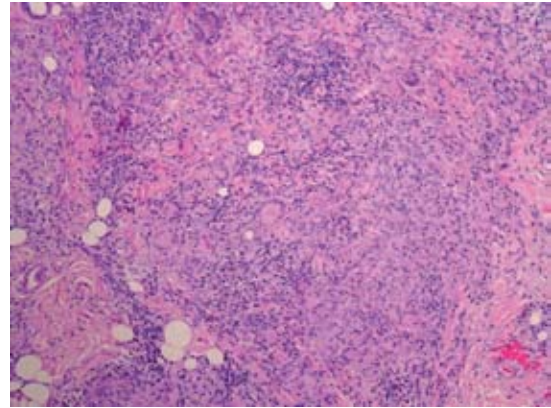


Figura 4. El infiltrado inflamatorio está constituido por histiocitos, linfocitos, células plasmáticas y abundantes células gigantes tipo Langhans que forman granulomas nodulares.

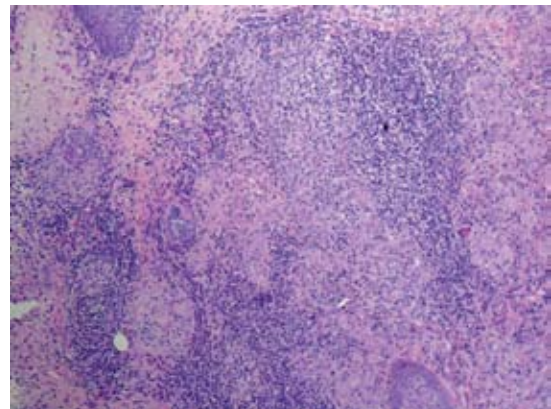


Figura 5. Infiltrado granulomatoso que muestra un collarite de linfocitos y células plasmáticas que demarca los granulomas.

Langhans (Figura 6) y a mayor aumento se observaron los granulomas formados por histiocitos, células epitelioides y células plasmáticas (Figura 7). Las coloraciones de Giemsa, PAS, Grocott y Fite-Faraco fueron negativas.

Se pensó que se trataba de rosácea granulomatosa, por lo que se inició tratamiento con

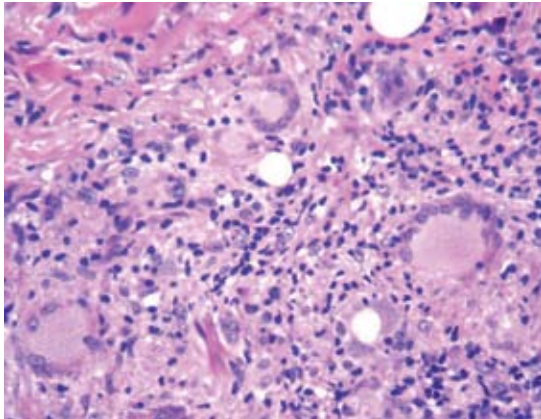


Figura 6. En un acercamiento a 40x se observan abundantes histiocitos espumosos con algunos eosinófilos entremezclados con células gigantes tipo Langhans.

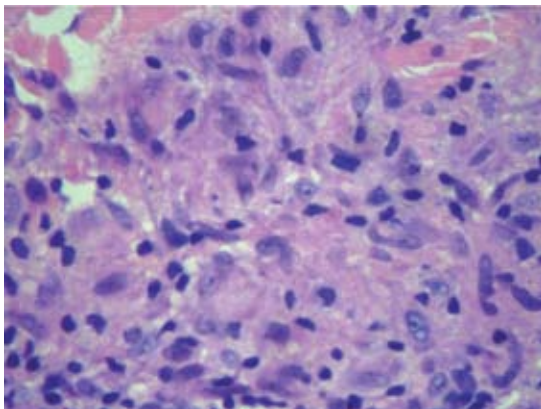


Figura 7. A mayor aumento (40x) se observan los granulomas formados por histiocitos, células epitelioides y células plasmáticas.

isotretinoína oral durante ocho semanas sin obtener respuesta.

El paciente dejó de asistir a su consulta y en su lugar de origen fue al centro de salud en donde le practicaron una impronta y encontraron *Leishmania* sp, por lo que se le prescribió 2 ampollas de glucantime (1.5 mg por unidad) diarias

durante 20 días con lo que obtuvo la curación clínica de su padecimiento (Figura 8).

DISCUSIÓN

La leishmaniasis, también llamada leishmaniosis, es una enfermedad endémica en varias partes de la India, la ex Unión Soviética, Asia, África y la región del Mediterráneo y se ha descrito en 24

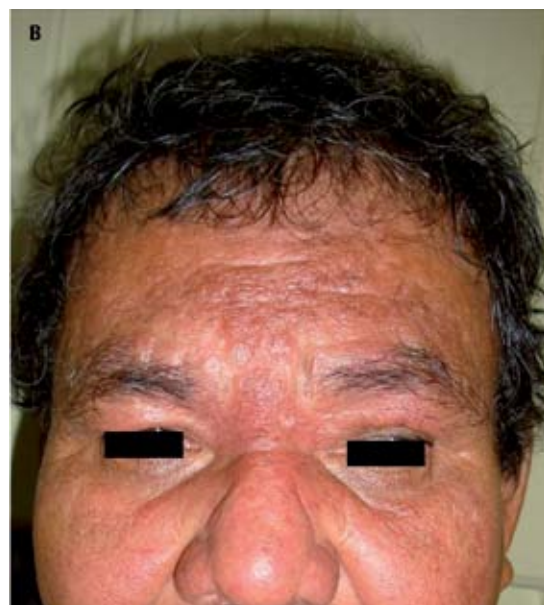


Figura 8. Control postratamiento con glucantime.

países de América. Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, se reportan 500,000 casos nuevos por año, de los que mueren 200,000. En Latinoamérica anualmente se estiman 59,300 casos.⁶⁻⁸

Las tres formas clínicas de leishmaniasis se han diagnosticado en Guatemala. La mayor cantidad de casos corresponde a la forma cutánea (2,500 casos anuales), especialmente en los departamentos del área norte como Petén, Alta y Baja Verapaz e Izabal. La leishmaniasis visceral se ha reportado en el departamento de El Progreso, Zacapa y Huehuetenango. Estos lugares son tropicales, cálidos y tienen abundante vegetación, en época de lluvia prolongada constituyen un ecosistema adecuado para la propagación del vector *Lutzomyia* (mosca chiclera).^{9,10}

La leishmaniasis cutánea se ha clasificado tradicionalmente en leishmaniasis del viejo mundo y del nuevo mundo. También se ha clasificado con base en criterios clínicos en: uno húmedo que predomina en la cabeza y las extremidades, con muchos nódulos forunculoides, lesiones satélite y linfadenitis con pocos parásitos en la biopsia, y un tipo seco, localizado en la cara, con pocos nódulos que se ulceran y con abundantes parásitos en la biopsia.²

La picadura del vector es muy dolorosa, después de un periodo de incubación entre dos semanas y dos meses o más aparece la lesión inicial que puede ser única o conformar una placa.^{1,3} Su localización más frecuente es en las extremidades y la cara.^{1,2} La lesión inicial consiste en una mácula eritematosa que luego evoluciona a pápula o pústula, cuya base es firme, indurada e hiperémica, algunas veces es pruriginosa y crece lentamente.¹

Posteriormente, al desarrollarse la inmunidad específica, se produce necrosis de la dermis y ulceración. Las células histiocitarias invadidas

pueden contener varios amastigotes; éstos rompen las células y quedan extracelulares antes de invadir nuevos histiocitos. Estos parásitos se diferencian de otros microorganismos intracelulares por el núcleo y cinetoplasto.^{1,5}

La úlcera generalmente es redondeada, indolora, con borde bien definido, hiperémico, levantado e indurado y se recubre de un líquido amarillento y adherente que posteriormente da lugar a la costra. Cuando se desprende la costra se observa un fondo granuloso, limpio, que exuda líquido no purulento.¹

El infiltrado existente está compuesto por plasmocitos, linfocitos y células gigantes.^{1,2} En las lesiones antiguas, ciertos pacientes forman un granuloma con infiltrado tuberculoide: hay fibrosis y existen pocos parásitos o no se encuentran, por lo que sólo se informa como granuloma inespecífico. La mayor parte de las lesiones se encuentran en la piel y ocupan el corion, incluidas las papilas. Existe atrofia cutánea y desaparición de la epidermis. También se observa acantosis y algunas veces aparecen vegetaciones.^{1,5}

Algunas úlceras curan espontáneamente en varios meses dejando cicatrices visibles, pero la mayoría evoluciona a un curso crónico de meses o años. Estas lesiones pueden infectarse con bacterias, lo que hace la lesión purulenta y algunas veces dolorosa.^{1,2}

Se han descrito lesiones vegetantes o verrugosas,^{1,3} especialmente en individuos de raza negra.¹ En formas crónicas de varios años de evolución existe una reacción fibrosa y algunas veces ocurren deformaciones y mutilaciones. Tal es el caso de la "úlcera del chiclero", que afecta el pabellón auricular.^{1,2}

Los parásitos invaden fácilmente los conductos linfáticos donde producen linfangitis y linfadeni-

tis, que se palpan como un rosario o cadenas de ganglios. En la invasión mucocutánea, además de las lesiones ulcerativas, surgen cordones epiteliales que entran profundamente en la dermis. La mucosa muestra reacción infiltrativa y ulcerativa similar a la descrita. En las formas anérgicas o difusas no hay necrosis ni granulomas y los parásitos se multiplican en gran cantidad dentro de los histiocitos o macrófagos.^{1,3}

La complicación de mayor consideración es el daño mucocutáneo,^{1,3} que puede quedar latente incluso 30 años antes de manifestarse clínicamente. Inicia con edema y eritema de la mucosa nasal que continúa con destrucción ulcerosa progresiva de la mucosa naso-orofaríngea. Cuando existe un daño grande en el tabique y estructuras vecinas hay deformación externa de la nariz, produciendo el aspecto descrito como "nariz de tapir". La infiltración en el velo del paladar produce surcos en forma de cruz, denominados signos de la cruz de Escomel y debe diferenciarse de la paracoccidiodomicosis.¹

Por lo general, el diagnóstico se establece con base en criterios clínicos y epidemiológicos.³ Para confirmar leishmaniasis es indispensable identificar el parásito^{1,3} con examen directo por medio de una incisión en el reborde la lesión, para luego raspar el tejido aséptico. La toma de biopsia está indicada en caso de que no se observen amastigotes al examen directo. Otros métodos diagnósticos descritos son: cultivos, prueba de PCR, intradermorreacción de Montenegro (prueba de hipersensibilidad tardía) y métodos serológicos, aunque la utilidad de estas pruebas consiste en complementar el diagnóstico.^{1,4}

No existe un tratamiento completamente efectivo para todos los casos de leishmaniasis.⁴ El patrón de referencia es el tratamiento con antimonio pentavalente^{1,3,5} aplicado por vía parenteral. Las preparaciones más conocidas

son el antimoniato de nemetil glucamina o meglumina (ampolla de 5 mL) y el estibogluconato de sodio (ampolla de 100 mL). Cuando se trata de lesiones cutáneas la dosis de estibogluconato se calcula según 20 mg/kg diariamente por vía intramuscular durante 20 días y hasta 28 días si hay daño de las mucosas. En pacientes que no responden al tratamiento o con recidivas la alternativa es el isetonato de pentamidina. En pacientes con lesiones mucocutáneas severas se recomienda anfotericina B.^{1,5} En casos con grandes deformaciones o lesiones extensas debe recurrirse a la cirugía plástica con injertos, aunque es posible que existan recidivas en los sitios del injerto o en los muñones.¹

Lo interesante del caso es que a pesar de haberle realizado varias biopsias con las tinciones especiales, en ninguna de ellas se logró ver *Leishmania*; con el diagnóstico hecho en su lugar de origen se revisaron nuevamente las biopsias y se obtuvieron los mismos resultados.

Este caso clínico es importante debido a la forma de manifestación de la leishmaniasis cutánea de manera granulomatosa con facies leonina y a que pertenece a un área endémica de la enfermedad, como Petén, Guatemala. Esto nos enseña que debemos tomar muy en cuenta el lugar de origen de los pacientes, así como realizar un examen sencillo, como la impronta en este caso.

REFERENCIAS

1. Botero D, Restrepo M. Parasitosis humanas. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas, 2003;238-254.
2. Arenas R. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. México: McGraw-Hill Interamericana, 1996;385-388.
3. Herwaldt BL. Leishmaniosis. En: Harrison, Principios de Medicina Interna. McGraw-Hill Interamericana, 2009;1296-1300.
4. Fernández R, Gatti C, Porta C. Fundamentos en Dermatología Clínica. Buenos Aires: Ediciones Journal, 2011;201-204.
5. McAdam AJ, Sharpe AH. Enfermedades infecciosas. En Robbins y Cotran, editores. Patología estructural y funcional. España: Elsevier Saunders, 2010;388-390.

6. Arenas R. Atlas de Dermatología diagnóstico y tratamiento. México: McGraw-Hill 2004;385-388.
7. Nicholls RS. Leishmaniasis: Un reto para la salud pública que exige concertación de voluntades y esfuerzos. Biomédica 2006;26:1-4.
8. Ocampo F, Ollague J. Leishmaniasis cutánea en los municipios del departamento de Alta Verapaz, Guatemala: 1998. Disponible en: www.mspas.gob.gt/DGRVCS/lab-nacional.htm
9. Páez O. Incidencia de leishmaniasis cutánea en los municipios del departamento de Alta Verapaz, Guatemala. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEFyulppVlocOLwwHJ.php>
10. Mendoza C, Arana B, Arana F, Navin T, et al. Glucantime intralesional en pequeñas lesiones de leishmaniasis cutánea en Guatemala. Rev Col Médicos Cir Guatem 2004;XIV:13-14.

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOPATOLOGÍA

SERVICIO DE DERMATOPATOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.

Requisitos para presentar la solicitud como candidato al curso de especialización y residencia en **Dermatopatología**:

1. Ser dermatólogo con reconocimiento universitario o estar cursando el último año de la especialidad de Dermatología.
2. Presentar solicitud por escrito dirigida a la **Dra. Patricia Mercadillo Pérez**, profesora titular del Curso Universitario de la Especialidad en Dermatopatología, Jefa del Servicio de Dermatopatología, Hospital General de México O.D. Tel./fax: 50043845 y 55433794.
3. Anexar a la solicitud Curriculum Vitae.
4. Entrevista con el Profesor Titular del curso. La documentación debe entregarse en el periodo del 01 de agosto al 30 de septiembre del 2014.
5. Se seleccionan dos candidatos.
6. El curso tendrá una duración de dos años, iniciando el primero de marzo y concluyendo el último día de febrero. El curso es de tiempo completo con una duración diaria de ocho horas.

Se extenderá diploma Universitario de la Especialización en Dermatopatología por la Universidad Nacional Autónoma de México