

Leishmaniasis cutánea verrugosa: expresión morfológica inusual

Verrucous cutaneous leishmaniasis: unusual morphological expression

Artemio Salluca,¹ Eliana Sáenz,² Gabriel Alcocer³

RESUMEN

La leishmaniasis es una zoonosis reemergente, que en su forma cutánea, presenta una gran diversidad clínica, por lo que se le llegó a denominar enfermedad de múltiples caras, y este polimorfismo clínico obliga a plantear múltiples diagnósticos diferenciales. Presentamos el caso de un paciente varón de 18 años de edad con un tiempo de enfermedad de seis meses, que presentaba múltiples placas de aspecto verrugoso en la cara interna de la rodilla derecha.

PALABRAS CLAVE. Leishmaniasis cutánea, leishmaniasis verrugosa, leishmaniasis inusual, leishmania, zoonosis re-emergente.

ABSTRACT

Leishmaniasis is a re-emerging zoonosis, that, in its cutaneous form, presents a wide range of clinical, so it came to be known as disease of many faces, and this clinical polymorphism forces to raise multiple differential diagnosis. We present the case of a male patient 18 years of age with a time of six months disease, which featured multiple plates of warty appearance on inner side of right knee region.

KEY WORDS. Cutaneous leishmaniasis, verrucous leishmaniasis, unusual leishmaniasis, leishmania, re-emerging zoonosis.

INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis es una infección causada por diversas especies de protozoarios del género *Leishmania*, que se transmite por la picadura de lutzomyias y flebótomos. Como zoonosis reemergente constituye un problema de salud

pública debido al aumento de su incidencia en los últimos años, por desplazamiento de las poblaciones en regiones en donde se mantiene como enzootia silvestre. Se presenta como un espectro de síndromes clínicos, que generalmente se divide en: leishmaniasis cutánea (LC), leishmaniasis mucocutánea (LMC) y leishmaniasis visceral (LV). La epidemiología y características clínicas de la enfermedad son muy variables debido a la interacción de numerosos factores en los parásitos, vectores, hospederos y los ambientes involucrados. La identificación de la especie puede ser difícil especialmente cuando los recursos son limitados. La leishmaniasis es endémica en 88 países, pertenecientes a América Latina, África, Asia y sur de Europa.^{1,2}

La localización de la lesión cutánea es más frecuente en las áreas expuestas del cuerpo, especialmente en las extremidades y cara, lugares en donde se produce las picaduras de las lutzomyias. Pero también se pueden afectar otras áreas del cuerpo como el tórax, pelvis y genitales.³

En Perú, se conoce esta enfermedad desde épocas precolombinas, y las primeras descripciones clínicas de pacientes afectados por esta patología se realizaron en el tiempo de la colonia. Los pobladores naturales de las zonas endémicas utilizan términos distintos para referirse a ella,

1. Médico residente del Servicio de Dermatología, Hospital Militar Central. Lima, Perú.
2. Médico asistente del Servicio de Dermatología, Hospital Militar Central. Lima, Perú.
3. Médico asistente del Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Militar Central. Lima, Perú.

como 'uta' y 'espundia'. En el caso de la 'uta', a la forma ulcerada se le denominaba 'uta húmeda', 'uta acuosa' o 'uta hembra', y a la forma clínica no ulcerada, 'uta seca', 'kcepos' o 'uta macho'. Estas fueron descritas por Pedro Weiss, en su publicación de 1943 sobre leishmaniasis tegumentaria.⁴

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 18 años de edad, natural de Puerto Maldonado, procedente de Lima, donde reside desde hace cuatro meses. Actualmente en servicio militar. Antecedentes familiares no contributorios. Acude al Servicio de Dermatología con tiempo de enfermedad de aproximadamente seis meses, de inicio insidioso y curso progresivo. Refiere un cuadro caracterizado inicialmente por pápula localizada en cara interna de rodilla derecha, pruriginosa, por lo que fue atendido en un establecimiento de salud de su ciudad natal, donde le prescribieron tratamiento antibiótico oral y tópico. Se observa la aparición de nuevas lesiones cutáneas de similares características, las cuales progresan en tamaño y presentan costras en su superficie, algunas de las lesiones tienden a cicatrizar en forma espontánea.

Examen físico

No se evidencia alteración en su estado general; funciones vitales estables. Presenta múltiples placas eritemato-crostosas de aspecto verrugoso, algunas confluentes, de consistencia firme, infiltradas no dolorosas a palpación, sin secreciones, sin signo de flogosis, la placa más grande mide 2 cm de diámetro, localizadas en cara interna de región rodilla derecha. No se evidencia compromiso articular (Figura 1).

Exámenes auxiliares

Hemograma y perfil bioquímico dentro de valores normales. Examen directo, cultivo para hongos y micobacterias: negativo. Se le realizó frotis con coloración de Giemsa el cual da resultado negativo, por lo que se realiza biopsia de piel para estudio histopatológico, el cual concluye: hiperplasia epidérmica, infiltrado difuso linfocitario, granulomatoso, que compromete dermis superficial y profunda, no se evidencia necrosis caseosa, presencia de escasos amastigotes en citoplasma de macrófagos (Figuras 2 y 3).

Tratamiento

Se le da tratamiento con estibogluconato de sodio, con una respuesta terapéutica adecuada.

DISCUSIÓN

La leishmaniasis es una zoonosis que afecta piel, mucosas y vísceras, resulta del parasitismo a los macrófagos por un protozooario hemoflagelado del género *Leishmania*. Se producen diversas formas clínicas las cuales dependerán de la especie infectante y la inmunidad del huésped.⁵

En todo el mundo, hay entre 12 y 15 millones de personas con leishmaniasis, con un estimado de 1,5 a 2 millones de casos nuevos cada año. Las epidemias ocurren periódicamente en focos tropicales de las Américas, incluidos Yucatán, México, Centro y América del Sur, los Andes del Perú, y República Dominicana. Las incidencias de la forma cutánea y forma visceral se han incrementado en los últimos años en las zonas rurales, deforestadas, y sorprendentemente, en las zonas urbanas.^{6,7} La leishmaniasis ha surgido en zonas endémicas como un oportunista asociado a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), a veces se comporta como único y primer indicador de esta enfermedad.^{8,9}

El género *Leishmania* comprende un número creciente de especies, en la actualidad se conoce unos 30, de los cuales alrededor de 20 causan enfermedades en los seres humanos. Su distribución está determinada por su vector, su huésped reservorio, o ambos, por lo que es dependiente de determinadas características ambientales.¹⁰

La LC es conocida por su diversidad clínica; un número creciente de nuevas y raras variantes de la enfermedad han sido reportadas, por lo que se le llegó a denominar como una enfermedad de múltiples caras, que puede aparecer en sitios inusuales.¹¹ Esta diversidad clínica se rige básicamente por el parásito, los factores del huésped y la respuesta inmunológica. Estas variedades atípicas e inusuales se observan en 2% a 5% del total de pacientes afectados de LC.^{12,13} Las variantes clínicas inusuales descritas en la literatura médica son: esporotricóide, psoriasiforme, verrugosa, lupóide, erisipeloide, micetomatosa, panadizo *like*, periungueal, eccematoide, chancriforme, zosteriforme, anular, palmo-plantar, cicatricial, vegetante, impetiginóide, carcinoma espinocelular *like*.¹⁴⁻¹⁶

En el caso de nuestro paciente, presentó la variedad verrugosa, la cual se ha descrito que puede afectar con mayor frecuencia las extremidades inferiores, pero también otras regiones del cuerpo, como la cara, como describió en su oportunidad, Costa¹⁷ en 1947, en un paciente de raza negra, el cual presentó una gran placa verrugosa, de difícil diagnóstico clínico, que tiene que apoyarse en el estudio microbiológico y histopatológico.



Figura 1. A) Múltiples placas, eritematocostrosas, de aspecto verrugoso en región de rodilla derecha. B) A mayor aumento.

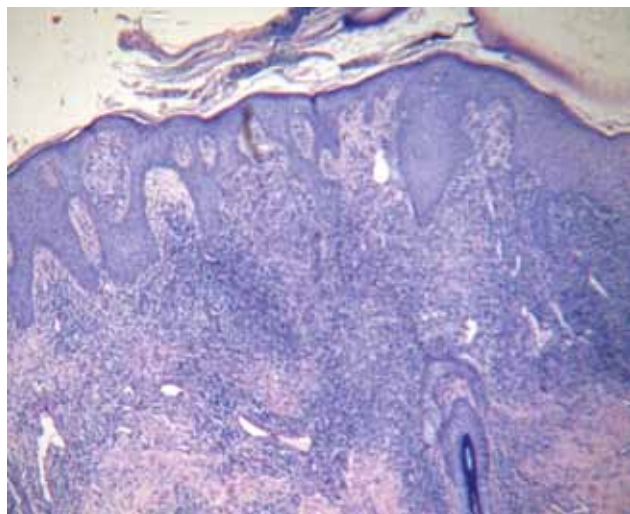


Figura 2. Hiperplasia epidérmica, infiltrado difuso linfohistiocitario, granulomatoso, que compromete las dermis superficial y profunda.

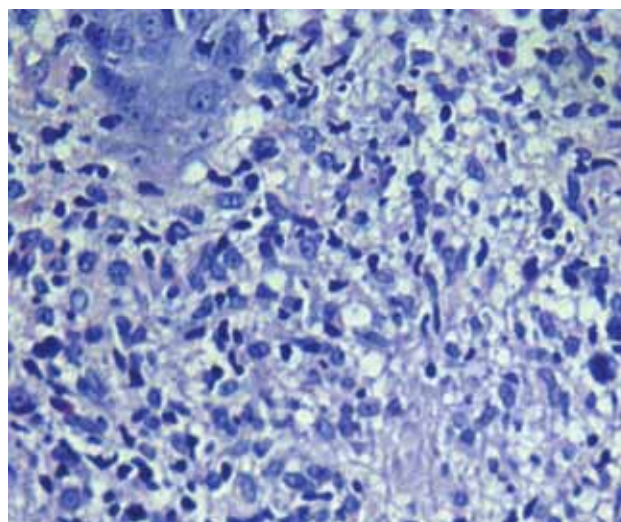


Figura 3. Presencia de escasos amastigotes en citoplasma de macrófagos.

En la variedad clínica verrugosa debe considerarse el diagnóstico clínico diferencial con: tuberculosis verrugosa, cromomicosis, histoplasmosis, lobomicosis, carcinoma verrugoso, y en regiones endémicas de lepra, con el leproma verrugoso.^{18,19}

El diagnóstico parasitológico consiste en demostrar la presencia de amastigotes en el frotis del material obtenido de la lesión o del tejido biopsiado, y de promastigotes en el cultivo.²⁰ La histopatología de las variedades atípicas es similar a las observadas en la variedad clásica.²¹ La presentación histopatológica muestra algunos paralelismos con otros granulomas infecciosos de la piel, se observa un infiltrado inflamatorio difuso en la dermis, compuesto predominantemente por histiocitos, linfocitos y células gigantes multinucleadas tipo Langhans; las células plasmáticas se pueden encontrar en cantidades variables al igual que neutrófilos y eosinófilos aunque estos últimos están presentes en menor número; los amastigotes se encuentran principalmente dentro de los macrófagos, pero cuando son numerosos, también pueden verse extracelularmente, la formación de granulomas es poco frecuente a principios del curso de una lesión, pero a medida que esta progresa se forman granulomas epitelioides en la dermis superior que pueden comprometer toda la dermis, los cambios epidérmicos son variables, puede haber hiperqueratosis con o sin paraqueratosis, incluso una hiperplasia epidérmica pseudoepiteliomatosa.^{22,23}

Otro método diagnóstico utilizado es la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) el cual es altamente sensible y específico, lo que permite identificar directamente la especie del parásito.²⁴

Tratamiento

Recibió tratamiento con estibogluconato de sodio, por ser los antimoniales pentavalentes el tratamiento sistémico de primera línea, dentro de los de segunda línea están el anfotericina B y la pentamidina; otros medicamentos que se han utilizado son los azoles, alopurinol, dapsona, rifampicina, pentoxifilina, que no han mostrado eficacia relevante.^{25,26} También está descrito el tratamiento intralesional con estibogluconato de sodio y antimonio de meglumina.^{27,28} En tratamiento tópico tenemos el uso de imiquimod y paramomicina. Otras alternativas terapéuticas son la criocirugía,²⁹ curetaje y escisión quirúrgica de lesiones pequeñas.³⁰ La miltefosina es el último fármaco que se ha añadido al arsenal terapéutico de la leishmaniasis.^{31,32}

Presentamos este caso, por estar dentro de las variedades clínicas inusuales de la LC, lo que obliga a plantear múltiples diagnósticos diferenciales, los cuales deben plantearse en forma individual de acuerdo con la localización y aspecto de la lesión cutánea.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bailey MS, Lockwood DN. Cutaneous leishmaniasis. *Clin Dermatol.* 2007;25(2):203-11.
- Reithinger R, Dujardin JC, Louzir H, Pirmez C, Alexander B, Brooker S. Cutaneous leishmaniasis. *Lancet Infect Dis.* 2007;7(9):581-96.
- Moore EM, Lockwood DN. Leishmaniasis. *Clin Med.* 2011;11(5):492-7.
- Weiss P. Epidemiología y clínica de las leishmaniasis tegumentarias en el Perú. *Rev. med. Exp.* 1943;2(3):209-48.
- Sánchez-Saldaña L, Sáenz-Anduaga E, Pancorbo J, Zegarra R, Garcés N, Regis A. Leishmaniasis. *Dermatol Perú.* 2004;14(2):82-98.
- Bravo F, Sanchez MR. New and re-emerging cutaneous infectious diseases in Latin America and other geographic areas. *Dermatol Clin.* 2003;21(4):655-68.
- Desjeux P. The increase in risk factors for leishmaniasis worldwide. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2001;95(3):239-43.
- Khandelwal K, Bumb RA, Mehta RD, Kaushal H, Lezama-Davila C, Salotra P, et al. A patient presenting with diffuse cutaneous leishmaniasis (DCL) as a first indicator of HIV infection in India. *Am J Trop Med Hyg.* 2011;85(1):64-5.
- Torrice F, Parrado R, Castro R, Marquez CJ, Torrico MC, Solano M, et al. Co-Infection of Leishmania (Viannia) braziliensis and HIV: report of a case of mucosal leishmaniasis in Cochabamba, Bolivia. *Am J Trop Med Hyg.* 2009;81(4):555-8.
- Ashford RW. The leishmaniasis as emerging and reemerging zoonoses. *Int J Parasitol.* 2000;30(12-13):1269-81.
- Bari AU, Rahman SB. Many faces of cutaneous leishmaniasis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2008;74(1):23-7.
- Raja KM, Khan AA, Hameed A, Rahman SB. Unusual clinical variants of cutaneous leishmaniasis in Pakistan. *Br J Dermatol.* 1998;139(1):111-3.
- Calvopina M, Gomez EA, Uezato H, Kato H, Nonaka S, Hashiguchi Y. Atypical clinical variants in New World cutaneous leishmaniasis: disseminated, erysipeloid, and recidiva cutis due to Leishmania (V.) panamensis. *Am J Trop Med Hyg.* 2005;73(2):281-4.
- Sindhu PS, Ramesh V. Unusual presentation of cutaneous leishmaniasis. *Indian J Dermatol.* 2012;57(1):55-7.
- Omidian M, Mapar MA. Chronic zosteriform cutaneous leishmaniasis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2006;72(1):41-2.
- Urrutia S. Leishmaniasis cutánea. *Piel.* 2001;16(5):253-57.
- Costa OG. Leishmaniasis verrucosa of the face. *Arch Derm Syphilol.* 1947;55(3):358.
- Zegarra R, Sánchez L. Leishmaniasis cutánea: presentación en placa verrucosa. *Dermatol Perú* 2005;15(1):62-5.
- Salman SM, Rubeiz NG, Kibbi AG. Cutaneous leishmaniasis: clinical features and diagnosis. *Clin Dermatol.* 1999;17(3):291-6.
- Guimarães LH, Machado PR, Lago EL, Morgan DJ, Schrieffer A, Bacellar O, et al. Atypical manifestations of tegumentary leishmaniasis in a transmission area of Leishmania braziliensis in the state of Bahia, Brazil. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2009;103(7):712-5.
- Goto H, Lindoso JA. Current diagnosis and treatment of cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2010;8(4):419-33.
- Kurban AK, Malak JA, Farah FS, Chaglassian HT. Histopathology of cutaneous leishmaniasis. *Arch Dermatol.* 1966;93(4):396-401.
- Mehregan DR, Mehregan AH, Mehregan DA. Histologic diagnosis of cutaneous leishmaniasis. *Clin Dermatol.* 1999;17(3):297-304.
- Faber WR, Oskam L, van Gool T, Kroon NC, Kneeght-Junk KJ, Hofwegen H, et al. Value of diagnostic techniques for cutaneous leishmaniasis. *J Am Acad Dermatol.* 2003;49(1):70-4.
- Tuon FF, Amato VS, Graf ME, Siqueira AM, Nicodemo AC, Amato Neto V. Treatment of New World cutaneous leishmaniasis--a systematic review with a meta-analysis. *Int J Dermatol.* 2008;47(2):109-24.
- Lee SA, Hasbun R. Therapy of cutaneous leishmaniasis. *Int J Infect Dis.* 2003;7(2):86-93.
- Koff AB, Rosen T. Treatment of cutaneous leishmaniasis. *J Am Acad Dermatol.* 1994;31(5 Pt 1):693-708.
- Solomon M, Baum S, Barzilai A, Pavlotsky F, Trau H, Schwartz E. Treatment of cutaneous leishmaniasis with intralesional sodium stibogluconate. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009;23(10):1189-92.
- Panagiotopoulos A, Stavropoulos PG, Hasapi V, Papakonstantinou AM, Petridis A, Katsambas A. Treatment of cutaneous leishmaniasis with cryosurgery. *Int J Dermatol.* 2005;44(9):749-52.
- Mahajan VK, Sharma NL. Therapeutic options for cutaneous leishmaniasis. *J Dermatolog Treat.* 2007;18(2):97-104.
- Soto J, Arana BA, Toledo J, Rizzo N, Vega JC, Diaz A, et al. Miltefosine for new world cutaneous leishmaniasis. *Clin Infect Dis.* 2004;38(9):1266-72.
- Machado PR, Penna G. Miltefosine and cutaneous leishmaniasis. *Curr Opin Infect.* 2012;25(2):141-4.

Correspondencia: Dr. Artemio Salluca.
artemiosp@yahoo.com

Fecha de recepción: 6 de junio de 2012

Fecha de aceptación: 16 de junio de 2012