

Leishmaniasis mucocutánea. Segundo caso importado a la República Dominicana por la globalización

DANIELA TORRES PINZÓN

Médico residente de tercer año de dermatología, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

LOURDES REINOSO CASTELLANOS

Médico dermatóloga, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

ELFIDA SÁNCHEZ

Médico dermatóloga, Directora adjunta, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

FERNANDA NANITA DE ESTEVEZ

Médico dermatóloga, dermatopatóloga, Encargada del departamento de histopatología, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

MARGARITA ROSADO DE QUIÑONES

Encargada del laboratorio clínico, IDDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

Correspondencia: dtorrespinzon@gmail.com

Resumen: La leishmaniasis es causada por diferentes especies de protozoarios del género *Leishmania* que se transmiten a los humanos por la picadura de moscas de arena infectadas. Es más común en África, Oriente Medio, Asia, Sur América y América Central. Las dos variantes más comunes son la leishmaniasis cutánea y la leishmaniasis visceral. De manera poco frecuente los pacientes con leishmaniasis cutánea pueden desarrollar lesiones en mucosas, de boca, nariz y laringe incluso años después de la remisión de las lesiones cutáneas; es lo que llamamos leishmaniasis mucocutánea y sólo ocurre en áreas limitadas del Nuevo Mundo. En la República Dominicana hay 45 casos de leishmaniasis cutánea diagnosticados entre Julio de 1974 y Julio 2014, dos de los cuales 2 provienen de Costa Rica. El siguiente caso es un masculino de 32 años de edad, con dermatosis que afecta cara tronco y extremidades, de 5 meses de evolución. Al momento de la evaluación el paciente refiere haber vivido los últimos dos años en Costa Rica. Palabras clave leishmaniasis mucocutánea, parasitosis, protozoarios

Mucocutaneous Leishmaniasis. Second case brought by globalization to Dominican Republic.

Abstract: Leishmaniasis is caused by *Leishmania* parasites, which are spread to humans through the bite of infected sand flies. Is most common in Africa, Middle East, some parts of Asia, South America and Central America. The most common types of leishmaniasis are cutaneous leishmaniasis and visceral leishmaniasis. Uncommonly, people who have had cutaneous leishmaniasis may get new sores in the mucous membranes of the mouth, nose, and larynx even years after the cutaneous leishmaniasis has resolved; this is called mucocutaneous leishmaniasis and only occurs in limited areas of the New World. In the Dominican Republic, there are 43 cases of autochthonous cutaneous leishmaniasis, diagnosed between July 1974 to July 2014; and 2 cases originally from Costa Rica. The present case is a 32 year old male, with dermatoses that has been affecting face, trunk and extremities for five months. The patient revealed that he was living in Costa Rica for the past two years. **Keywords:** *mucocutaneous leishmaniasis, parasitosis, protozoars.*

INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis es una enfermedad crónica que puede afectar, piel mucosas y vísceras, producida por diferentes protozoarios del género *Leishmania*, transmitida al hombre por la picadura del mosquito de los géneros *Lutzomyia* y *phlebotomus*. Existen múltiples especies de *Leishmania* que causan enfermedad, dentro de las cuales se incluyen: *L. donovani*, *L. tropica*, *L. braziliensis*, *L. mexicana*, *L. mayor* y *L. aethiops*, entre otras. Las manifestaciones clínicas van a depender de la especie del parásito infectante y del estado inmunológico del huésped.¹⁻⁴

En América es una zoonosis selvática transmitida por moscas zoófilas. Predomina en el sexo masculino, lo que se asocia a razones ocupacionales (agricultores, cazadores, militares). En los últimos años se ha detectado un aumento de la leishmaniasis importada en países no endémicos, eso se debe en gran medida al aumento de la globalización, en general las formas cutáneas provienen de Latinoamérica, y las formas viscerales del mediterráneo.⁴⁻⁶ La conjunción de los antecedentes epidemiológicos (procedencia, residencia, viajes y/o el trabajo rural dentro de las áreas endémicas) y los hallazgos clínicos son de gran importancia en la presunción diagnóstica.⁶

Las lesiones cutáneas de la leishmaniasis pueden ser únicas o múltiples y se presentan, en general, como úlceras de bordes elevados, indoloras, de fondo granuloso que pueden o no estar cubiertas por un exudado.⁷ Pueden cicatrizar espontáneamente en el término de semanas o meses, o persistir durante un año o más. Clínicamente, puede confundirse con histoplasmosis, paracoccidiodomicosis, sífilis terciaria,

frambesia, carcinoma basocelular, tuberculosis cutánea. Es importante tener en cuenta que las lesiones presentes en las mucosas nasal, bucal, faríngea o laríngea, pueden aparecer meses o años después que las lesiones cutáneas de primoinfección.^{8,9} El diagnóstico de certeza de la leishmaniasis cutánea se confirma cuando los amastigotes de *Leishmania* sp. se reconocen microscópicamente en las preparaciones convenientemente teñidas (de preferencia con la coloración de Giemsa o similares), realizadas con material clínico obtenido de las lesiones por raspado, aspirado o biopsia. En laboratorios de mayor complejidad puede lograrse el desarrollo de las formas promastigotes en medios de cultivo especializados, siendo sin embargo éste un procedimiento poco rentable por la eventual contaminación, y con una sensibilidad que oscila entre 50-70%. Existen métodos de diagnóstico indirecto (inmunológicos) que se basan en la detección de la respuesta inmune celular, o humoral por anticuerpos específicos, desarrollados como consecuencia de la infección. Estas técnicas son: intradermorreacción de Montenegro y la serología por ELISA/ DOT-ELISA e inmunofluorescencia indirecta.^{7,8,9,10}

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 31 años de edad, soltero, fototipo IV de Fitzpatrick, procedente y residente de San Cristóbal, quien acude a consulta por dermatosis que afecta cara, tronco y extremidades de 5 meses de evolución, dolorosa; refiere que cuadro se acompaña de sangrado nasal, dificultad respiratoria y disfonía ocasional. Paciente refiere que las lesiones aparecieron mientras vivió en Costa Rica,

estuvo bajo tratamiento con antibióticos —no especificados— que no produjeron ninguna mejoría.

Al exámen físico se observa dermatosis constituida por: nódulos eritematosos de superficie ulcerada y placas eritematosas, infiltradas de bordes irregulares, con superficie ulcerada y costras serohemáticas y mielicéricas en su superficie, de formas y tamaños variables. *Figura 1-3*. Con antecedentes personales patológicos de hipertensión arterial actualmente tratada con Verapamil 80mg, y bursitis en



Fuente: Archivo clínico IDCP- DHBD



Fuente: Archivo clínico IDCP- DHBD



Fuente: Archivo clínico IDCP- DHBD

articulación de codo derecho, en donde apareció la primera lesión. Antecedentes heredofamiliares y alérgicos negados.

Se realizan estudios paraclínicos que reportan Hemograma, examen de orina, urea, creatinina, ALT, AST, amilasa, lipasa, bilirrubinas, triglicéridos, ácido úrico, IgE, HBSAG, HVC, HIV y VDRL dentro de límites de referencia, negativo y no reactivo respectivamente.

Glicemia: 115.mg/dl. (Post-prandial)

Colesterol: 229 mg/dl.

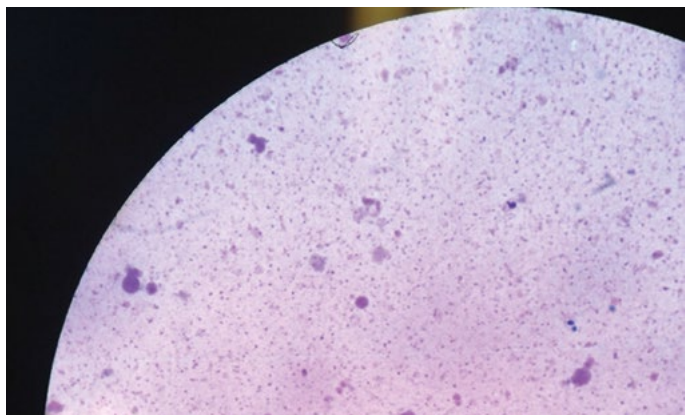
Cultivo de secreción nasal: staphylococcus aureus

Investigación de leishmania en linfa cutánea: mucosa nasal, brazo derecho y pierna izquierda, resultado positivo. *Tabla 1. Figura 4.*

Tabla 1. INVESTIGACIÓN DE LEISHMANIA EN LINFA CUTÁNEA

Localización	Amastigotes visualizados
Brazo derecho	6
Pierna izquierda	6
Mucosa nasal	2

Fuente: Laboratorio Clínico IDDCP-DHBD

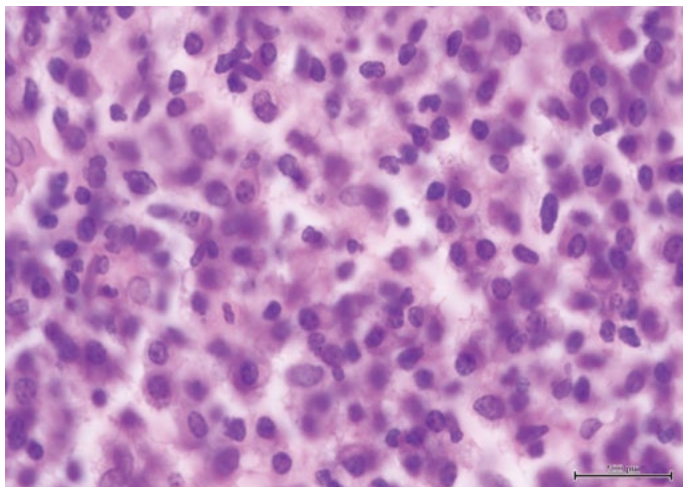


Fuente: Archivo clínico IDCP- DHBD

TAC cráneo: Sin alteraciones.

Evaluación por otorrinolaringología: Se evidencia lesión en cartilago lateral nasal, sin compromiso endonasal ni en tabique nasal al momento de la evaluación; característico de leishmania muco-cutánea.

Se solicita biopsia bajo el diagnóstico clínico de leishmaniasis vs tuberculosis cutánea infectada, la misma reporta infiltrado difuso de células plasmáticas con escasos cuerpos de leishmania a considerar leishmaniasis. (Figura 5)



Fuente: Archivo clínico IDCP- DHBD

Luego de confirmado el diagnóstico se inicia tratamiento con antimonio de meglumina (Glucantime®) a razón de 1.5 gr diarios IM, por 40 días. Con respuesta satisfactoria de las lesiones clínicas del paciente.

DISCUSIÓN

La leishmaniasis tiene las siguientes formas clínicas: cutánea localizada (la más frecuente en niños) cutánea difusa y mucocutánea, siendo esta última la más destructiva, crónica y mutilante por el compromiso mucoso.^{3,7,8}

La leishmaniasis mucocutánea puede complicar hasta el 10% de las leishmaniasis cutáneas y se caracteriza por la diseminación progresiva crónica de las lesiones a las mucosas nasal, faríngea, y bucal entre 1 y 5 años después de la resolución de la lesión primaria o, con menor frecuencia, mientras aún está presente.^{4,5} A menudo es una complicación de la leishmaniasis cutánea del Nuevo Mundo causada por *L. braziliensis*, *L. panamensis*, *L. amazonensis*, *L. guyanensis*.^{2,9,10} El 90% de los casos se producen en Bolivia, Brasil y Perú. En el Viejo Mundo pueden observarse lesiones mucosas similares causadas por *L. aethiops*, que tienen mejor pronóstico.^{3,5}

Se produce por extensión directa o por diseminación hematogena y linfática a las vías respiratorias superiores y, raras veces a la mucosa ocular, genital y al hígado.^{3,4} Las estructuras óseas no están afectadas.³ Los signos y los síntomas de presentación más frecuentes son congestión nasal, epistaxis, coriza, hiperemia, costras y úlceras en el tabique nasal con colapso del puente nasal y nariz colgante o úlcera naso-orofaríngea parcial o total mutilante.^{7,10}

CONCLUSIÓN

La Leishmaniasis es una enfermedad emergente y no controlada, endémica en 88 países, 72 de los cuales se clasifican como naciones en vías de desarrollo. La incidencia reportada por la Organización Panamericana de la Salud es de 0.9 a 1.6 millones de casos por año y se reporta un aumento de la misma, debido principalmente a la coinfección con el virus de la inmunodeficiencia humana (reportada en 34 países) y al turismo.

República Dominicana no escapa a esta realidad, desde 1974 al 2014 se han reportado en el instituto Dermatológico y Cirugía de Piel "Dr. Huberto Bogaert Díaz" 45 casos, de estos 2 casos son importados. Lo que siempre nos debe motivar a tener presente dicho diagnóstico ante pacientes con lesiones similares y con historia de viajes a zonas endémicas. Las manifestaciones clínicas de los pacientes dominicanos son diferentes a las observadas en otras regiones. En nuestros casos las lesiones tienden a diseminarse con ausencia de afectación de mucosa nasal y visceral, prueba de Leishmanina negativa, abundancia de parásitos en las lesiones y resistencia al tratamiento, características todas de la forma anérgica de la Leishmaniasis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barrio A, García Bustos MF, Mora MC, Parodi CM, Ramos F, Moreno S, Basombrio MA. Identificación por PS-PCR de especies de Leishmania y su correlación con características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas en Salta, Argentina). Rev Argent Salud Pública 2009; 1: 30-3.
- Lainson R, Shaw JJ. Evolution, classification and geographical distribution. In: Peters W, Killick - Kendrick R, editors. The leishmaniases in biology and medicine. London: Academic Press; 1987 pp. 1-120.
- Zeegelaar JE, Faber WR. Imported tropical infectious ulcers in travelers. J Clinical Dermatology . 2008; (9): 219-32
- Arenas R. Atlas de dermatología: diagnóstico y tratamiento. México: Interamericana-McGraw Hill, 2005.
- Wolff K, Johnson R. Fitzpatrick color atlas and synopsis of clinical dermatology. 6 ed. New York: McGraw Hill : 2009.
- Magill AJ. Cutaneous leishmaniasis in the returning traveler. Infect Dis Clin North Am 2005;19:241-66.
- Rodríguez Toro, G.: Leishmaniasis Difusa. Rev. Sociedad Colombiana Dermatología. 2000; 8: 33-40.
- Consenso sobre leishmaniasis. Sociedad Argentina Dermatología Año 2008
- Acosta, A.C.; Restifo, E.J.: Apuntes sobre leishmaniasis. Actualización 2008. Arch Argent Dermatol 2008; 48: 47-54.
- Samson de Querio, R.; Vasvari, J.L.; Marco, D.: Leishmaniasis mucocutánea diseminada. Dermatología Argentina 2004; 10: 149-150.