

DOI: <https://doi.org/10.52428/20756208.v19i46.241>

Leishmaniasis cutánea de un año de evolución con tratamiento.

Cutaneous leishmaniasis one year of evolution with treatment.

 Laura Angelica Aguirre Fuentes¹  Gigliola Nahir Guevara Lazcano²

Filiación y grado académico

¹Interna de medicina. Hospital Univalle. Cochabamba, Bolivia. aguirref.lau@gmail.com.

²Medico General del Centro de Salud San Juan de Dios. Cochabamba, Bolivia. gigliolaguevara3@gmail.com

Fuentes de financiamiento

La investigación fue realizada con recursos propios.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Recibido:05/05/2022

Revisado:09/05/2022

Aceptado:03/04/2024

Citar como

Aguirre Fuentes, L. A. Leishmaniasis cutanea. *Revista De Investigación E Información En Salud*, 19(46). <https://doi.org/10.52428/20756208.v19i46.241>

Correspondencia

Laura Angelica Aguirre Fuentes
aguirref.lau@gmail.com
Telf. y celular: +591 72775529

RESUMEN

La leishmaniasis tiene una distribución mundial en 102 países, con una incidencia de 0,7 a 1 millón de casos de la leishmaniasis tegumentaria, y de 200 000 a 400 000 casos de la visceral; las lesiones cutáneas aparecen en áreas expuestas, las mismas que tienden a la remisión espontánea dejando una cicatriz; el diagnóstico puede ser difícil por la inespecificidad clínica y del lento crecimiento del parásito en un cultivo; el tratamiento toma en cuenta el antimonio de meglumina, ungüento de paromomicina, crioterapia, termoterapia, terapia fotodinámica y otros como azoles, anfotericina, etc. El caso clínico se trata de un paciente masculino de 38 años; habita en la zona los yungas, acude a consulta externa del Centro de Salud San Juan de Dios, refiriendo un cuadro clínico de aproximadamente un año, caracterizado por la presencia de lesiones ulcerativas, posterior a la picadura de mosquito en ambas extremidades inferiores, las mismas se encontraban con signos de infección; se le solicita un frotis cutáneo de la lesión para leishmaniasis (+), además de iniciar curaciones para disminuir la infección; se inicia tratamiento sobre la base de antimonio de meglumina, con evidente mejoría de las lesiones, sin signos de infección, siendo posible concretar su alta médica.

Palabras clave: Antimonio de meglumina, frotis cutáneo, leishmaniasis cutánea, lesiones ulcerativas.

ABSTRACT

Leishmaniasis has a worldwide distribution in 102 countries, with an incidence of 0,7 to 1 million cases of tegumentary leishmaniasis, and 200 000 to 400 000 cases of visceral leishmaniasis; skin lesions appear in exposed areas, which tend to spontaneously regress, leaving a scar; the diagnosis can be difficult due to the clinical non specificity and the slow growth of the parasite in a culture; the treatment takes into account meglumine antimoniate, paromomycin ointment, cryotherapy, thermotherapy, photodynamic therapy and others such as azoles, amphotericin, etc. The clinical case is about a 38-year-old male patient; lives in the Yungas area, he went to the outpatient clinic of the San Juan de Dios Health Center, referring to a clinical condition of approximately one year, characterized by the presence of ulcerative lesions, after the mosquito bite on both lower extremities, with signs of infection; a skin smear of the lesion for leishmaniasis (+) is requested, in addition to starting cures to reduce the infection; treatment was started based on meglumine antimoniate, with evident improvement in the lesions, without signs of infection, making it possible to discharge him from the hospital.

Keywords: Cutaneous leishmaniasis, meglumine antimoniate, skin smear, ulcerative lesions.

INTRODUCCION

La leishmaniasis tiene una distribución mundial en 102 países, con una incidencia anual estimada de 0,7 a 1 millón de casos de la leishmaniasis tegumentaria, y de 200 000 a 400 000 casos de la visceral; en un estudio epidemiológico en Bolivia (2020), se evidencio que el 68 % de los enfermos eran ciudadanos migrantes del altiplano, asentados en viviendas provisorias, cercanas al bosque; el grupo etario más afectado va desde los 15 a los 49 años, de los cuales el 8,7 % presentaron lesiones mucosas (1-5) (13). El mosquito de la leishmaniasis se caracteriza por existir en dos formas: amastigote en las células de su huésped vertebrado y promastigote en el intestino de su insecto vector y se transmiten por los insectos hematófagos denominados jejenes, mosca negra, Petro y otros (*Phlebotomus* y *de Lutzomyia*) a sus huéspedes vertebrados; estos vectores se infectan al picar a seres vivos infectados (humanos o animales); los reservorios animales varían de acuerdo con la especie de leishmaniasis, estos pueden ser perros, roedores u otros animales; los seres humanos son el reservorio de la *L. donovani*; debido a la identidad morfológica virtual de los organismos a lo largo del género se clasifican principalmente de acuerdo a la clínica que producen en el hombre (6, 7).

El establecimiento de la infección primaria por leishmaniasis y el desarrollo de la enfermedad dependen del parásito, el huésped, dosis o vía de inoculación, además del mantenimiento de macrófagos en un inerte estado desactivado; la patogénesis sigue un complejo conjunto de interacciones entre muchos factores desencadenados por la respuesta innata del huésped y respuestas inmunitarias adquiridas; desde otro punto de vista, la infección se disemina a través de las transfusiones sanguíneas, uso de agujas compartidas, de madre a hijo o por la vía sexual (8). Las manifestaciones clínicas pueden ser síndromes cutáneos, mucosos y viscerales; la leishmaniasis visceral provoca fiebre intermitente, astenia, pérdida de peso, hepato-esplenomegalia, pancitopenia e incluso hipergammaglobulinemia, además de asociarse a una tasa de mortalidad elevada; la leishmaniasis cutánea genera lesiones en la piel de manera crónica e indoloras, que van desde nódulos hasta grandes úlceras capaces de persistir durante meses o incluso años (1-4) (9); estas lesiones cutáneas nodulares son parecidas a las de la lepra lepromatosa

como resultado de la anergia de la inmunidad celular contra el microorganismo (5); aparecen fundamentalmente en áreas expuestas, como ser cara, brazos, piernas, las mismas que tienden a la remisión espontánea dejando una cicatriz (4, 5). Por otro lado, se ha asociado con algunos factores de riesgo como ser inmunológicos con la expresión del alelo C común CXCR1 rs2854386 y habitan en regiones tropicales ubicadas en áreas rurales (6). No se ha demostrado que alguna forma de presentación clínica sea exclusivamente a una cepa específica (*L. tropica*, *L. donovani*, *L. mexicana* y *L. braziliensis*) (2), parece claro que algunas no producen formas de leishmaniasis cutánea y que existe una respuesta asociada al huésped y del organismo, con su virulencia, inmunogenicidad y citotoxicidad (3-6).

El diagnóstico puede ser difícil por la inespecificidad clínica y del lento crecimiento del parásito en cultivo, por lo que el aislamiento primario constituye el paso más importante; la sensibilidad del método está directamente relacionada con la correcta selección del medio más apropiado; la habilidad del investigador para escoger la lesión que contenga la mayor actividad parasitaria (7-9). Se usa la técnica de aspiración de las lesiones, por el procedimiento descrito por *Hendricks*, se prefiere utilizar una jeringa de 5 ml, y una aguja de mayor calibre, 22 G; el vehículo será 0,2- 0,3 ml de suero fisiológico estéril (8, 9); el frotis, tiene una sensibilidad de 70 al 90 %, la toma de muestra se obtiene del borde activo de la lesión o del centro de la úlcera, se realiza el raspado, posteriormente se procede a extender el raspado sobre una lámina portaobjetos y se deja secar a temperatura ambiente (10). Los métodos directos permiten la visualización del parásito en la muestra obtenida, donde se evidencian amastigote en frotis o en biopsias de material obtenido a partir de la piel o de mucosas de la región orono-faríngea; la visualización de promastigotes se obtiene mediante cultivos del material obtenido en aspirados de lesiones en piel o mucosas y por la detección del material genético (ADN o ARN) del parásito por medio de técnicas como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) (12).

En cuanto al tratamiento, para lesiones locales se usa el antimonio de meglumina, el ungüento de paromomicina usada para úlceras que tiene mayor efectividad por agente causal *L. panamensis*; la crioterapia con eficacia del 75 % usada para casos

de lesiones recientes por un periodo de 3 ciclos con duración de 15-20 min dependiendo de la tolerancia del paciente, la termoterapia usada en caso de leishmaniasis mucocutánea para pacientes gestantes, lactantes o en caso de contraindicación al tratamiento sistémico al igual que la crioterapia; la terapia fotodinámica actúa mediante la respuesta del sistema inmune, dado que no elimina al parásito de manera directa, no es recomendada en caso de infección por *L. braziliensis* o por complejo *L. donovani*; para la leishmaniasis visceral el tratamiento puede llevarse a cabo con Azoles (Fluconazol o Itraconazol), itefosina, anfotericina, pentamidina (12-14); tomando en cuenta la importancia del tema, presentamos el siguiente caso clínico.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente masculino de 38 años de edad, con ocupación de albañil, procedente de la ciudad de Potosí-Bolivia, con residencia actual en los Yungas, presentó un cuadro clínico de más o menos un año de evolución, caracterizado por presentar heridas superficiales a nivel de ambas extremidades inferiores, asociado a dolor a la digito presión, por lo que inicia la automedicación sobre la base de analgésicos, presentando leve mejoría, sin embargo, la misma evoluciona a lesiones ulcerativas con presencia de bordes irregulares, además de presentar rubor al tacto y mucho dolor a la palpación, que ya no cedía con analgésicos; por otro lado refiere una región eritematosa y secreción amarillenta en moderada cantidad en la mayoría de las lesiones.

Acude al Centro de Salud San Juan de Dios (07/06/2021), presentando lesiones ulcerativas localizadas en plano dorsal a nivel del tercio inferior de ambas extremidades inferiores, además de evidenciar secreción amarillenta en moderada cantidad. Durante la primera consulta médica el paciente se encuentra en regular estado general, consiente, orientado en espacio, persona y desorientado en tiempo, afebril, hemodinámicamente

estable, con signos vitales:

PA: 110/80 mmHg; FC: 70 lpm; FR: 20 rpm; SatO₂: 96 %; mucosas húmedas y rosadas; la piel y faneras con disminución de las capas superficiales de la piel en extremidades inferiores de +/- 18 cm x 7 cm de diámetro en pierna derecha y de +/- 10 cm x 5 cm de diámetro en pierna izquierda de las cuales proviene secreción amarillenta en moderada cantidad, además presencia de calor, rubor en ambas piernas; resto del examen físico sin particular.

Al evidenciar las lesiones, se solicitó una prueba de frotis para leishmaniasis, además de iniciar curaciones de forma precoz; en fecha 15/07/2021 se obtiene resultado del frotis directo, observando escasa cantidad de amastigotes de Leishmaniasis sp; intradérmico reacción de Montenegro (IDRM) con resultado positivo.

En fecha 19/07/2021 inicia tratamiento con Glucantime (antimoniato de meglumina) (1.5 gr/5 ml) 15 ml diarios vía intramuscular por un periodo de 20 días, además de curaciones programadas cada 2 días, durante 2 semanas, luego se fue prolongando el tiempo al evidenciar mejoría con el fin de evitar sobre infección cutánea; durante sus controles y curaciones periódicas, se constata disminución del diámetro de las lesiones cutáneas, reflejando mejoría clínica con buena tolerancia al tratamiento; por otro lado, para asegurar el éxito de la evolución, se firmó un compromiso por parte del paciente en fecha 13/08/2021 para no descuidar el tratamiento, además de implementar hábitos de higiene personal y así evitar posibles sobre infecciones.

En fecha 03/09/2021, el paciente fue dado de alta, presentando una evolución favorable, concluyendo las curaciones tras la evidencia de un proceso de cicatrización después de un periodo de más o menos 2 meses, reflejando una herida superficial de +/- 2 cm de diámetro en pierna derecha, en proceso de cicatrización y la lesión de la pierna izquierda también en remisión (Figura 1).



Figura 1. Proceso de curación en lesiones ulcerativas de extremidad inferior.

DISCUSION

La Leishmaniasis cutánea está asociada a baja morbi-mortalidad; sin embargo, llega a producir cicatrices desfigurantes en los individuos afectados, que en la mayoría de casos conlleva algunas formas discriminación, tanto en hombres como en mujeres; por otro lado, siempre existe el riesgo de infección; desde otra óptica, los casos más severos de la enfermedad pueden llegar a requerir elevados costos en la curación, tratamiento y seguimiento; por lo que la pobreza es un factor de riesgo importante, asociado a la mayor posibilidad de supervivencia del vector, por el tipo de vivienda, con paredes rústicas, de adobe, pisos de tierra y dificultad para el uso de medidas preventivas como redes en forma de carpa alrededor de la cama (11). En el caso de nuestro paciente a pesar de la presencia de infección se logró la remisión sin afectar su estado en general, ni económico y en un periodo aproximado de 2 meses. La presencia de vectores, es un importante factor de riesgo dentro las estrategias de prevención y de variables culturales que definen la probabilidad

de contacto efectivo en un espacio y tiempo entre el vector y el ser humano; otro factor de riesgo es la permanencia en espacios abiertos dentro y fuera del domicilio, sobre todo luego del atardecer durante los días de calor; como en nuestro paciente proveniente de los Yungas; por otro lado en Brasil los resultados de los casos positivos son correspondientes a las viviendas con mayor hacinamiento y menor ventilación y comodidad, además del uso infrecuente de repelente (12); en el caso del paciente se constató la estructura de su domicilio, con una construcción sencilla sobre la base de ladrillos.

La leishmaniasis cutánea, es una enfermedad limitada que tiene varios métodos diagnósticos, que tiende a la remisión espontánea bajo tratamiento dirigido, dependiendo del estado, localización de las lesiones, además de los cuidados subyacentes para evitar complicaciones en caso de ser necesario; referente a nuestro paciente, es evidente que empieza posterior a la picadura de un mosquito, mientras se encontraba en su domicilio, niega hábitos de higiene adecuados, incluso después de

tener lesiones ulcerativas, con rasgos de infección, lo que conlleva que el paciente reciba tratamiento específico con antimonio de meglumina, además de curaciones consecutivas, donde se observa una respuesta adecuada al tratamiento. Las lesiones aparecen principalmente en áreas expuestas, presente en regiones tropicales y rurales; en el caso del paciente el tratamiento se inició con resultado positivo, siguiendo el esquema con Glucantime[®], además de recibir curaciones frecuentes. Para evitar procesos infecciosos se debe implementar hábitos de higiene personal, además de medidas de autocuidado, asociado a mejorar las características de las viviendas y uso de repelente durante el día en especial zonas endémicas; en caso de ser necesario se debe acudir a consulta médica y así evitar la

automedicación para un tratamiento oportuno y eficaz. Recomendamos futuros estudios para analizar el beneficio, eficacia y posibles complicaciones de un tratamiento simultáneo para disminuir el tiempo de tratamiento sin implicar riesgo con la vida del paciente.

AGRADECIMIENTO:

Deseamos brindar un agradecimiento especial al Dr. M.Sc. Rommer Alex Ortega Martinez, coordinador de investigación clínica de la Universidad Privada del Valle, por su importante colaboración en la gestión de este caso clínico

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pearson R. Leishmaniasis. [Internet]. MSD Manual Professional Edition. [citado el 24 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/professional/infectious-diseases/extraintestinal-protozoa/leishmaniasis>
2. Lainson R, Shaw J. las leishmanias y la leishmaniasis del nuevo mundo, con particular referencia al brasil” [Internet]. [citado el 10 de abril]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/10793/v76n2p93.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Wright J. Pathogenesis of leprosy and related diseases [Internet]. Butterworth & Co.; 1988 [citado el 10 de marzo de 2022]. Disponible en: [D. S. Ridley \(Auth.\) - Pathogenesis of Leprosy and Related Diseases-John Wright \(1988\).pdf](#)
4. Rabes R, Garcia M, Artigao B. Leishmaniasis cutánea [Internet]. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria; 2010 [citado el 10 de marzo del 2022]. Disponible en: [Leishmaniasis cutánea.pdf](#)
5. Pearson R. Leishmaniasis - Enfermedades infecciosas [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 26 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/protozoos-extraintestinales/leishmaniasis>
6. López-Carvajal L, Román-Barrientos J, Cardona-Arias JA. Factores de Riesgo para Leishmaniasis Cutánea: Revisión Sistemática de Estudios de Casos y Controles. Archivos de Medicina [Internet]. 2017 Nov 21 [citado el 23 de marzo del 2022];13(4). Disponible en: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/factores-de-riesgo-para-leishmaniasis-cutaacutenea-revisioacuten-sistemaacutetica-de-estudios-de-casos-y-controles.php?aid=21537>.
7. Elliott K, O’connor M, Wolstenholme GEW. Trypanosomiasis and Leishmaniasis with special reference to Chagas’ disease [Internet]. Amsterdam, American Elsevier, 52 Vanderbilt Avenue, New York, N.Y. 10017: Associated Scientific Publishers, P.O. Box 211; 1974 [citado el 08 de abril del 2022]. Disponible en: [\(Novartis Foundation Symposia\) - Ciba Foundation Symposium 20 - Trypanosomiasis and Leishmaniasis \(with Special Reference to Chagas’ Disease\)-Ciba Foundation \(1974\).pdf](#)
8. Reithinger R., Dujardin J., Louzir H. y Brooker S. Cutaneous leishmaniasis. [Internet]. The Lancet Infectious Diseases 2007. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(07\)70209-8/references](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(07)70209-8/references).
9. Cuba Cuba C. Diagnostico Parasitológico de la Leishmaniasis Tegumentaria Americana [Internet]. Brasil: Departamento de Patología de la Universidad de Brasilia, Rev Med Exp; 2000 [citado el 08 de abril]. Disponible en: [DIAGNOSTICO PARASITOLOGICO DE LA LEISHMANIASIS.pdf](#)
10. OMS, OPS, editores. Leishmaniasis cutánea y mucosa diagnóstico de laboratorio [Internet]. 2018. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/oer/2018/10/3812/u4-leish02.pdf>.
11. Jacobs T. y Dra. Goyenaga I. Leishmaniasis [Internet]. Revista científica del Hospital Clínica Bíblica. Disponible en: <https://www.cronicascientificas.com/index.php/ediciones/edicion-ix-mayo-agosto-2018/221-leishmaniasis>.
12. López K, Tartaglino LC, Steinhorst II, Santini MS, Salomon OD. Risk factors, representations and practices associated with emerging urban human visceral leishmaniasis in Posadas, Argentina. Biomédica [Internet]. 2016 Apr 1 [citada el 12 de octubre del 2021]; 36:51–63. Disponible en: <https://>

revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/3122#:~:text=humanos%20y%20caninos.-,El%20factor%20de%20riesgo%20m%C3%A1s%20importante%20para%20la%20leishmaniasis%20visceral,de%20las%20autoridades%20de%20salud.

13. Mollinedo JS, Mollinedo Z, Magne M, Gironde WJ, Salomón ÓD. Leishmaniasis en Bolivia, revisión y estado actual en Tarija, frontera con Argentina. *Biomédica*. [Internet]. 2020 Aug 20 [citado el 08 de abril del 2022];40 (Supl 1):45–61. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7449108/>
14. Granado A., Diago A., Cerro P., Palma-Ruiz A. y Gilaberte Y. Leishmaniasis cutánea y mucocutánea. Elsevier España. [Internet]. 2021 [citada el 22 de abril del 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731021001083#tbl0020>