

¿Nos da tiempo a pensar en la consulta? Porque no todas las úlceras son iguales

Martínez García M¹, Gómez Morales FM¹, Martínez Frutos MI², Linares Pardo A², Pérez Galindo MM¹

¹Centro de Salud de La Unión

²Servicio de Urgencias. Hospital Santa María del Rosell. Cartagena Murcia

Paciente de 31 años de edad con una úlcera recidivante en el muslo. Presentaba como antecedente un viaje de vacaciones en la región de Aragón y una picadura por un insecto coincidente con el viaje. Tras atenderla una primera vez, acude a la consulta de nuevo con una lesión ulcerosa no resuelta de más de 1 mes de evolución y con un tratamiento inicial no efectivo. Anteriormente había acudido al servicio de urgencias hospitalario por supuración y dolor de la úlcera. Procedemos a un diagnóstico diferencial de una lesión ulcerosa, con los datos epidemiológicos del antecedente del viaje, la picadura por un insecto y la recidiva del proceso. Derivamos a Dermatología para confirmar el diagnóstico de *Leishmania* cutánea.

COMENTARIO

La leishmania es un parásito intracelular obligado del sistema retículo-endotelial, sobre todo de los

macrófagos, cuyo vector es la hembra del mosquito *Phlebotomus* o mosca arenera y el reservorio son los vertebrados. La leishmaniasis es una enfermedad que afecta a la piel y las vísceras. Se cura con un tratamiento adecuado, pero el arma fundamental es la prevención mediante la eliminación del vector.

Tras un periodo de incubación variable (de 15 días a dos meses) aparece habitualmente en el lugar de la picadura una lesión ulcerada única de bordes eritematovioláceos, elevados, irregulares, duros, con fondo plano granulomatoso que predomina en áreas expuestas.

Se caracteriza por una falta de respuesta mediada por células y una producción de anticuerpos no protectores. Es una infección zoonótica existente en muchos países, entre ellos España, endémica en toda la cuenca del Mediterráneo.

El *Phlebotomus* lleva las leishmanias en su aparato digestivo, donde llegan tras picar a mamíferos infectados.

Figura 1. DISTRIBUCIÓN MUNDIAL DE LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA



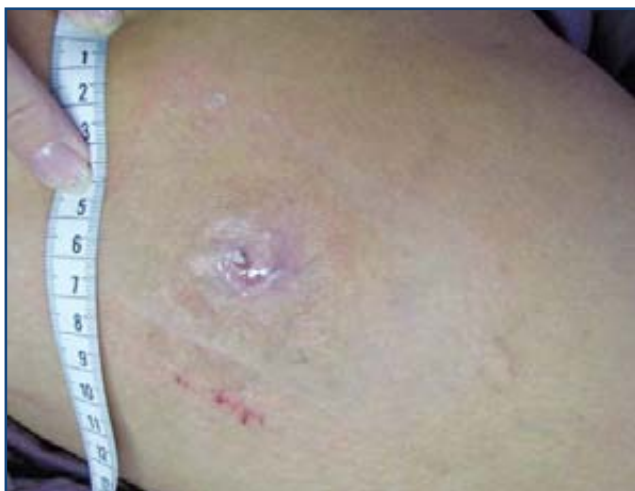


Figura 2. Úlcera cutánea por Leishmania.

Los más frecuentes son vacas, carneros, perros y el hombre, interconectados por los roedores; entre sí constituyen una cadena.

En las leishmaniasis cutáneas las lesiones pueden ser muy variadas. La forma más benigna es el llamado Botón de Oriente, úlcera única que tiende a curar en varios meses y deja una cicatriz pigmentada.

La leishmaniasis cutánea y mucocutánea¹ es una enfermedad polimorfa de la piel y de las mucosas. Comienza con la aparición de una pápula que se agranda y típicamente se transforma en una úlcera indolora. Puede cicatrizar espontáneamente en el término de semanas o meses, o persistir durante un año o más.

La OMS² considera que la leishmaniasis se localiza en zonas de Norte y Sudamérica, Europa, África y Asia y que es endémica en las regiones tropicales y subtropicales de 88 países. Se calcula una prevalencia mundial de 12 millones de casos y se cree que la incidencia anual es de 1,5-2 millones de nuevos casos para las formas cutáneas.

No es una enfermedad frecuente pero, como todas las enfermedades infecciosas, hay que tenerla presente para poder llegar a diagnosticarla. Las úlceras recidivantes pueden ponernos en la pista de posibles enfermedades diferentes a las que habitualmente vemos a diario en la consulta de atención primaria. Las úlceras cutáneas se localizan generalmente en áreas expuestas de extremidades y cara, que reflejan la puerta de entrada del parásito.

El diagnóstico definitivo requiere aislar el microorganismo, y puede realizarse mediante raspado de la lesión, frotis y tinción de Giemsa. Si no es posible mediante este método sencillo, se debe biopsiar la lesión. En el estudio anatomopatológico puede observarse hiperqueratosis, paraqueratosis y tapones foliculares con atrofia o acantosis, y ocasionalmente abscesos intraepidérmicos. En dermis se observa infiltrado de linfocitos, células plasmáticas y macrófagos, que en ocasiones se pueden asociar a granulomas epitelioides. Deben buscarse amastigotes, conocidos como cuerpos de Leishman-Donovan, que se encuentran en el citoplasma de los macrófagos dérmicos. Puede realizarse cultivo en medios especiales bifásicos NNN (Nicolle-Novy-McNeal) o en el medio de Evans y Schneider, lo que permitirá identificar la especie de leishmania, aunque la tipificación de especie requiere estudio electroforético de isoenzimas. La determinación de anticuerpos antileishmania es poco útil en el caso de leishmaniasis cutánea.

Los derivados antimoniales pentavalentes³ constituyen el tratamiento de primera línea a la misma pauta de la empleada en la leishmaniasis visceral (15 mg/Kg/día), con control electrocardiográfico periódico y de las enzimas pancreáticas durante el tratamiento por la posibilidad de aparición de efectos secundarios (cardiotoxicidad y pancreatitis aguda). Si es resistente se utiliza anfotericina B. El fluconazol ha demostrado ser también eficaz en ciertas leishmaniasis cutáneas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Martínez M, Domínguez Palomo S, Mesa Rodríguez J, Díaz Torres MA. Leishmaniasis cutánea con afección visceral. A propósito de un caso. *Aten Primaria* 2003; 31:398-9.
2. Herwaldt BL. Leishmaniasis. *Lancet* 1999;354: 1191-9.
3. Vardy DA, Gilead L, Frankenburg S. Treatment of cutaneous leishmaniasis-an update. *Harefuah* 2002; 141:70-5,124,125.