

## A propósito de dos casos de leishmania en dos hermanos que viajaron a África

Ávila Ballesteros MJ<sup>1</sup>, Pablos Herrero E<sup>1</sup>, Ávila Ballesteros B<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CAP Sant Oleguer. Sabadell

<sup>2</sup>ACUT Vallès Oriental

Barcelona

Las leishmaniasis son un grupo de enfermedades parasitarias extendidas por todo el mundo, que presentan una gran variedad de manifestaciones clínicas: desde la leishmaniasis visceral, que es la forma más grave de enfermedad con una elevada mortalidad, hasta la leishmaniasis cutánea.

Estas enfermedades son producidas por diferentes especies del género *Leishmania*, un protozoo flagelado transmitido por la picadura de un insecto, el *Phlebotomo* hembra, que se puede encontrar en más de 80 países, fundamentalmente en regiones tropicales y subtropicales. Se estima que ocurren cada año 2 millones de casos nuevos en todo el mundo, de los cuales 1,5 millones de casos son leishmaniasis cutáneas.

Exponemos dos casos de leishmania cutánea en dos hermanos que realizaron un viaje por África.

### CASO CLÍNICO

Reflejamos el caso de dos jóvenes hermanos, un varón de 25 años y un mujer de 21 años, ambos sanos, que viajaron durante todo el mes de julio por Malí y Burkina Faso provistos de mosquiteras, repelentes antimosquitos y medidas físicas de protección. Durante el mes de septiembre el varón presenta en brazo derecho dos lesiones nodulares con hiperqueratosis posterior (**figura 1**) y durante el mes de octubre la mujer presenta una lesión de iguales características en pantorrilla derecha (**figura 2**).

Ambos pacientes durante los meses de incubación permanecieron asintomáticos y únicamente presentaron ligero prurito en la zona lesional. En su vivienda

habitual no tuvieron contacto con animales domésticos.

Se realizaron analíticas con hemograma, función hepática y determinaciones serológicas, todas ellas negativas. Se realizó biopsia de las lesiones a ambos pacientes que confirmó el diagnóstico de leishmania cutánea.

Recibieron tratamiento con infiltración intralesional de antimoniales en 5 ocasiones, asociada a crioterapia, lo que produjo la curación del proceso (**figuras 3 y 4**).



Figura 1



Figura 2



Figura 3

## COMENTARIO

Actualmente las leishmaniasis se agrupan en 4 formas clínicas: visceral (la forma más grave, en muchas ocasiones mortal sin tratamiento), mucocutánea (con graves desfiguraciones en mucosa oral, nasal y farínge), la coinfección leishmania/VIH y la leishmaniasis cutánea (la forma que nos ocupa).

El período de incubación de la leishmaniasis cutánea va desde semanas a meses. Aunque sus manifestaciones

clínicas son muy variadas, la evolución más frecuente se inicia con una pápula inespecífica ligeramente pruriginosa en la zona de la picadura del insecto. Esta primera lesión puede pasar desapercibida, ya que es similar a cualquier picadura de mosquito. Entre una semana y tres meses después, esta lesión evoluciona a nodular, en cuyo centro comienza a brotar un exudado cuya desecación da lugar a una costra. Bajo esta costra aparece una úlcera de bordes elevados y fondo irregular rodeado de un borde indurado.

Para el diagnóstico de la leishmaniasis nos basaremos en:

- La sintomatología y la sospecha clínica a partir de la estancia en zonas endémicas.
- Los exámenes microscópicos: investigación de los parásitos en frotis de exudados, punción-aspiración con aguja fina y estudio de biopsias cutáneas obtenidas de los bordes de la lesión en el caso de leishmaniasis cutánea y cutáneo-mucosa; demostración del parásito en médula, bazo o ganglios linfáticos en el caso de leishmaniasis visceral.
- Test de Montenegro. Consiste en la inyección intradérmica de una suspensión preparada con amastigotes muertos con fenol y se utiliza para valorar la respuesta inmunitaria celular. A las 48 y 72 horas se hace la lectura de la reacción inflamatoria. La positividad indica una infección activa o pasada. Es positivo en leishmaniasis cutánea localizada y en leishmaniasis



Figura 4

## CASO CLÍNICO

### CASO CLÍNICO

mucocutánea, y negativa en la leishmaniasis cutánea localizada muy reciente, la leishmaniasis diseminada y la leishmaniasis tras Kala-azar.

Esta enfermedad puede presentar un gran polimorfismo clínico. No obstante, en nuestro caso la presentación ha sido en la forma típica, por lo que el diagnóstico diferencial ha sido más fácil. En todo caso, ante unas lesiones de iguales características a las de los pacientes descritos, el diagnóstico diferencial correcto debería realizarse con el linfoma cutáneo, lupus eritematoso discoide, carcinoma basocelular, carbunco, ántrax, estíma contagioso, chancro sífilítico, tuberculosis cutánea, lupus, psoriasis...

Entre los existentes para la leishmaniasis cutánea disponemos de tratamientos tópicos (paromomicina, imiquimod), intralesionales (antimoniales pentavalentes) y sistémicos (antimoniales pentavalentes, pentamidina, anfotericina B, alopurinol, ketoconazol, itraconazol). También puede ser útil la biopsia-extirpación de pequeñas lesiones y la terapia física tipo crioterapia.

No existe vacuna específica frente a esta enfermedad, por lo que la prevención de la misma se basa en

evitar la picadura de insectos con la utilización de insecticidas, mosquiteras y repelentes de mosquitos. La enfermedad, por su naturaleza zoonótica, afecta y utiliza como reservorios a perros y animales silvestres, como zarigüeyas, coatíes y osos hormigueros, entre otros.

En España, desde 1982 hasta 1996 la leishmaniasis cutánea fue de declaración obligatoria. A partir de entonces se consideró una enfermedad de notificación regional. Las Comunidades Autónomas más afectadas son Aragón, Baleares, Cataluña y Valencia.

Los países con más afectación por leishmaniasis cutánea son Afganistán, Brasil, Irán, Perú, Arabia Saudita y Siria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de lucha contra la leishmania. Organización Mundial de la Salud. División de lucha contra enfermedades tropicales. Ginebra 1996.
2. García Almagro D. Leishmaniasis cutánea. Actas Dermosifilogr 2005;96:1-24.