

LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA

CLINICA

Dr. Antonio José Rondón Lugo*

Las manifestaciones de la leishmaniasis pueden ser en piel y/o en mucosas.

Las lesiones cutáneas presentan una gran variedad y están determinadas por las características inmunológicas del paciente, número de parásitos, condiciones ambientales, localización de las lesiones, etc.

Hay un espectro^{1,2,3} de respuesta, en el polo caracterizado por una satisfactoria respuesta inmunológica ante el parásito leishmánico, se encuentran los pacientes con leishmaniasis localizada (LCL) y aquellos que no tienen respuesta competente, desarrollan en el otro extremo del espectro la leishmaniasis cutánea difusa (LCD). En la parte central se ubican los pacientes con la leishmaniasis de la zona intermedia.

Leishmaniasis cutánea localizada (LCL) puede ser producida por leishmanias de los complejos mexicana o brasiliensis.

Son una o varias lesiones y están ubicadas en cualquier sitio de la piel. La presentación "clásica", es una úlcera redondeada, de bordes algo elevados e indurados, superficie plana, con secreción escasa y piel alrededor aparentemente sana. Sin embargo son muchas y variadas las presentaciones clínicas: úlceras o placas de aspecto, tamaño y forma diversa, que semejan muchas enfermedades dermatológicas y a veces constituyen un reto para el diagnóstico acertado. Puede confundirse con frecuencia con esporotricosis, carcinomas, piodermis, etc. Se inicia luego de la picadura del insecto, por una pequeña pápula discretamente infiltrada y eritematosa, que crece progresivamente y aparece en el centro una pequeña costra adherida,

que al desprenderla revela una úlcera que tiende a extenderse. En algunos pacientes la lesión es más eritematosa e infiltrada, la úlcera es más profunda y los bordes más gruesos y eritematosos. Lesiones papulosas o nodulares alrededor o en la cercanía de las lesiones principales, así como trayectos linfáticos y adenopatías satélites regionales palpables no son infrecuentes. Pueden presentarse una variedad de formas que semejan enfermedades conocidas, fueron descritas por el Dr. Pifano⁴ como la forma "Esporotricoides", que son los casos donde aparecen nódulos o pápulas que siguen un trayecto linfático y recuerda la forma linfangítica de la Esporotricosis; la forma "Cromomicoides", que son lesiones verrugosas, costrosas, que dan el aspecto de una cromomicosis, la forma "Furunculoide" que semejan furunculos. El Dr. Borelli ha llamado formas "Pioverruoides" para resaltar ese

* Jefe Sección Clínica. Jefe de Cátedra de Dermatología. Instituto de Biomedicina.

aspecto clínico que se observa con frecuencia. La extensión, profundidad de la(s) úlcera(s) es variable, así como la persistencia, secreción serosa o purulenta e infección bacteriana. Han sido descritos en Centro

América casos que semejan una cortadura, con atrofia y hundimiento, así como también lesiones óseas y aumento de volumen que semejan micetomas.^{5,6,7,9,10,,1,12,13,14,15 y 16}

El diagnóstico clínico diferencial es con: Espdrotriosis, cromomicosis, piodermis, carcinomas, micetomas y en ocasiones sarcoidosis y hasta con psoriasis y Herpes Zoster (ver Fotos N° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

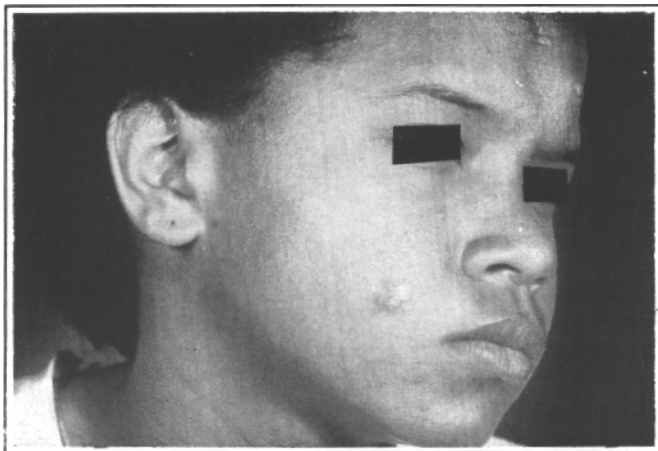


Foto N° 1: Úlcera en la mejilla. Diag. Dif.: Piodermis, esporotricosis.

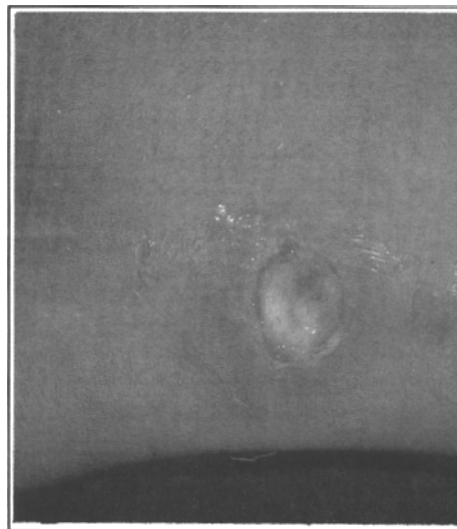


Foto N° 3: Úlcera con lesiones satélites.

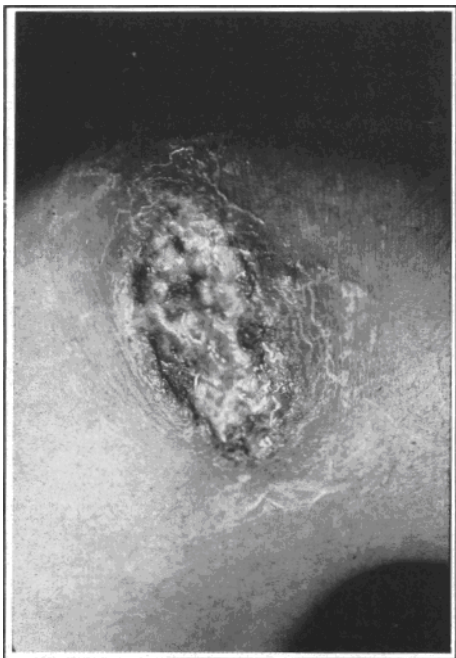


Foto N° 2: Úlcera con infección bacteriana asociada

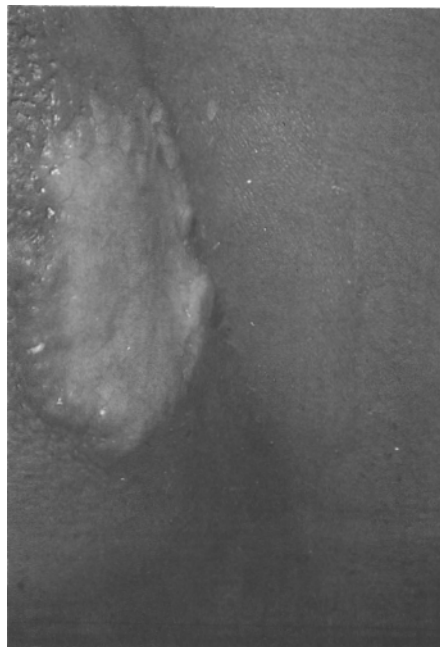


Foto N° 4: Lesión en región glútea. Diag. Dif.. Amibiasis, paracoccidiodomycosis.

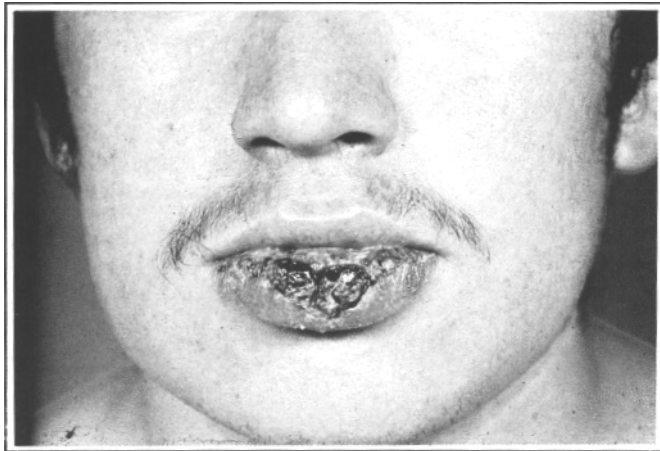


Foto N° 5: Lesión primaria en labio inferior.

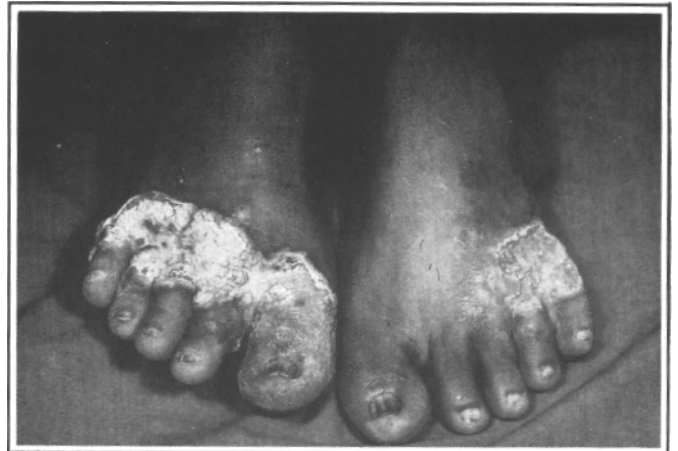


Foto N° 8: Lesiones ulcerosas, costrosas v en parte verrugosas. Diag. Dif.: Cromomicosis, tuberculosis.



Foto N° 6: Placa descamativa en codo. Diag. Dif.: Psoriasis.



Foto N° 9: Lesiones verrugosas en dorso de pie. Diag. Dif. Cromomicosis, tuberculosis.

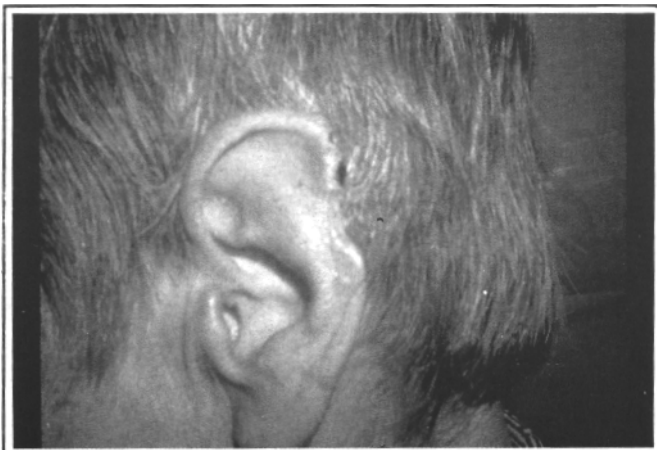


Foto N° 7: Destrucción de parte del pabellón auricular. Diag. Di f.: Carcinoma.

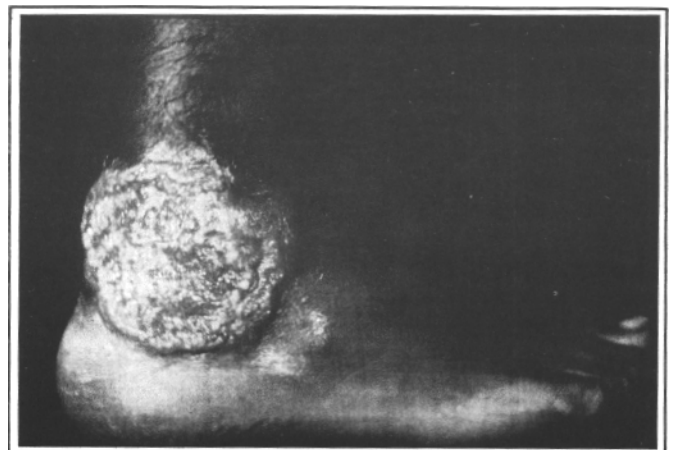


Foto N° 10: Lesión en región maleolar. Diag. Dif.: Tumor



Foto N° 11: Aumento de volumen, costras, nódulos. Diag. Dif.: Micetomia, tuberculosis.



Foto N° 13: Ulcera en región escapular con múltiples lesiones satélites con localización zosteriforme.

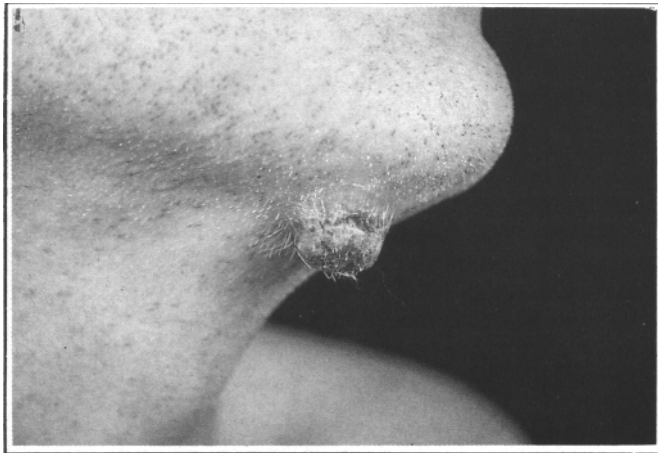


Foto N° 12: Lesión de aspecto tumoral. Diag. Dif.: Queratoacantoma.

zonas que se traumatizan con frecuencia; no desarrollan lesiones mucosas. El diagnóstico diferencial es con lepra lepromatosa, principalmente, pero casos de xantomatosis a veces también pueden confundir, así como la neurofibromatosis (ver Fotos N° 14 y 15). En el centro del espacio se encuentran los casos de la zona intermedia, con variada presentación clínica, pero son generalmente recidivantes, y con respuestas pobres a los tratamientos habituales. Son lesiones verrugosas y desde el punto de vista inmunológico pueden incluirse también las lesiones mucosas (ver Foto N° 16).

La Leishmaniasis Cutánea Difusa (LCD) es producida por Leishmanias del complejo Mexicana. El inicio es por pápulas, nódulos o placas algo infiltradas del mismo color de la piel o eritematosas, sin embargo casi desde el comienzo las lesiones son múltiples; con pápulas y nódulos de diferentes tamaños en la superficie corporal. Aparecen en forma rápida, pequeñas pápulas que sugieren la diseminación hematogena de la enfermedad. En algunos sitios, por el traumatismo o como resultado del tratamiento se van formando cicatrices atróficas algo pigmentadas. Generalmente las lesiones no se ulceran, salvo ocasionalmente en

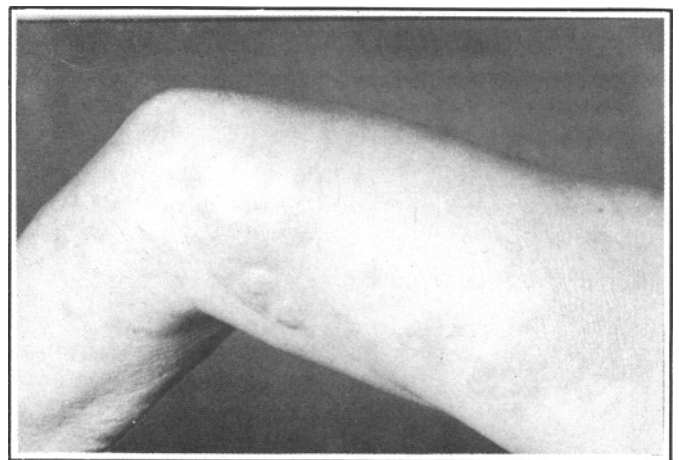


Foto N° 14: LCD múltiples placas y nódulos en miembro superior.



Foto N° 15: LCD múltiples pápulas y nódulos.



Foto N° 16: Leishmaniasis de la zona intermedia: en el centro una cicatriz de LCL tratada un año antes con antimoniales, presenta lesiones recidivantes que forman un círculo alrededor de la cicatriz.

LESIONES MUCOSAS (LCM)

Son producidas en aquellos pacientes que fueron infectados por leishmaniasis del complejo brasiliensis. Las manifestaciones pueden ser simultáneas con la lesión cutánea o aparecen hasta muchos años (45) después de haber curado la localización cutánea, ya espontáneamente o con tratamientos convencionales. Posiblemente existen más lesiones mucosas, pero que son leves y no son debidamente diagnosticadas. Aquí también podemos hablar de un espectro.^{2,7}

- 1.- Lesiones únicamente de la mucosa nasal, sin invasión del paladar, con grados variables de compromiso mucoso.
- 2.- Invasión nasal y del paladar blando.
- 3.- Invasión nasal, paladar y faringe (Espundia).
- 4.- Invasión nasal, palatina, faringe y laríngea.
- 5.- Invasión nasal, palatina, faríngea, laríngea y parte superior de la tráquea.

Las lesiones se inician a veces con molestias nasales, epistaxis y es cuando se observa el eritema, infiltración, exulceración y cierta infiltración en la mucosa nasal, perforación del tabique nasal, así como también ocurre la destrucción del cartilago, caída de la nariz dando el aspecto de "Nariz de Tapir", luego de este proceso destructivo, con tratamiento o incluso espontáneamente, la nariz queda deformada y hasta destruida, parcial o totalmente. El labio superior generalmente está envuelto y presenta además de úlceras en la zona adyacente a la nariz, un proceso de infiltración e inducción. En ocasiones se presentan episodios de inflamación aguda perinasal e incluso con pequeñas úlceras en su superficie, constituyen procesos infecciosos bacterianos que deben ser tratados adecuadamente, lesiones oculares han sido descritas pero en contadas oportunidades (ver Fotos N° 17 y 18).

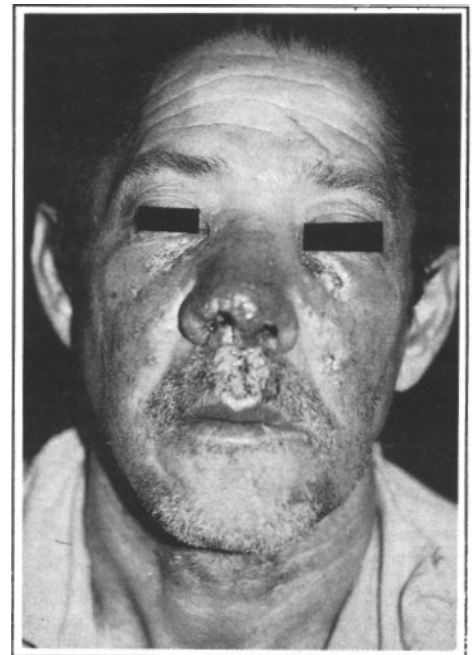


Foto N° 17: LCM paciente con lesión en mucosa nasal. Presenta reacción inflamatoria en la cara.



Foto N° 18: Lesión ulcerosa nasal que destruye el tabique, lesiones infiltradas en paladar. El paciente presentaba además lesión en laringe.

COMPLICACIONES

La leishmaniasis puede infectarse secundariamente, puede destruir zonas importantes de piel y mucosas, son clásicos los cuadros de úlcera del chiclero, donde se destruye a veces, casi totalmente el pabellón auricular,¹⁴ en casos mucosos la destrucción del septum nasal, de la nariz, uvula y cuerda vocales, pueden presentarse lesiones oculares que son raras, así como la localización ósea de osteitis, periostitis; la diseminación con localización hepatoesplénica también ha sido reportada.⁹¹⁷ La reactivación de lesiones por traumas ha sido reportado en pacientes que se sometieron a cirugía plástica reconstructiva y prontamente resurgieron lesiones que destruyeron el área intervenida.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Convit J, Pinardi ME. Cutaneous leishmaniasis, the clinical and immunological spectrum in South America. Ciba Foundation Symposium. 1974.
- 2.- Rondón Lugo A, Convit J. Spectrum of American Cutaneous Leishmaniasis. Dermatology in five continents. Springer Verlag Berlin. 1988; 789-92.
- 3.- Convit J, Ulrich M, Fernández MT, Tapia F, Cáceres G, Castés M, Rondón A. The clinical and immunological spectrum of American Cutaneous Leishmaniasis. Trans Roy Soc Trop Med. 1983 (enviado y aceptado para publicación).
- 4.- Pifano C F. Aspectos de medicina tropical en Venezuela. Temas de Cátedra. Capítulo Leishmaniasis Tegumentaria Americana. 1964; pp. 229-47.
- 5.- Rondón Lugo AJ, Anidjar E. Leishmaniasis Tegumentaria Americana. Rev Infectologfa. 1992; 914.
- 6.- Rondón Lugo AJ, Anidjar E. Leishmaniasis Tegumentaria Americana. Med Priv. 1991; 39-41.
- 7.- Rondón Lugo AJ, Anidjar E. Algunas variantes clínicas de la Leishmaniasis Cutánea Localizada. 1991; 29(3): 83-8.
- 8.- Rondón Lugo AJ, Reyes O, Ulrich M, Tapia F. Leishmaniasis Cutáneo Mucosa. Derm Venez. 1985; 23(3-4): 11-24.
- 9.- Medina R, Calebotta A. Caso de Leishmaniasis Cutánea en el que se evidenciaron parásitos Leishmá-nicos en médula ósea. Derm Venez. 1972; 11(2): 304-9.
- 10.-Medina R, Henríquez JJ, Convit J. Clínica de la Leishmaniasis. Derm Venez. 1968; 7(1-2): 465-74.
- 11.-Castro Coto, Hidalgo H, Solano E, Coto Chacón. Leishmaniasis en órganos gentales. Med Cut ILA. 1987; 15: 145-50.
- 12.-Medina Rafael. Leishmaniasis Tegumentaria con múltiples lesiones cutáneas y mucosas. Derm Venez. 1961-1962; 3(1-2): 83-90.
- 13.-Rondón Lugo AJ, Battan VJ, Pinardi ME. American Cutaneous Leishmaniasis. Canadian J Dermatol. 1993; 5: 462-6.
- 14.-Medina R, Lizardo C. Leishmaniasis en la oreja. Derm Venez. 2(1-2): 54-7.
- 15.-Medina R. Leishmaniasis Genital. Derm Venez. 1963-1964; 4(1-2): 52-5.
- 16.-Satti M, Path Ahmed M. Et peripheral neural involvement in cutaneous leishmaniasis. Int J Derm. 1989; 28(4): 243-7.
- 17.-Coura JR, Galvao-Castro B, Grimaldi. Disseminated American Cutaneous Leishmaniasis in a patient with Aids. Mem Inst Oswaldo Cruz. 1987; 82(4).

DIAGNOSTICO PARASITOLOGICO DE LEISHMANIASIS CUTANEA AMERICANA

María Eugenia Pinardi, B.S.*
Lic. Miguelángel Barrios**

INTRODUCCION

La leishmaniasis tegumentaria americana, es una enfermedad producida por parásitos del género **Leishmania** los cuales son transmitidos a través de la picadura de un insecto vector del género **Lutzomyia**, que afecta la piel y en algunos casos produce compromiso mucoso afectando las cavidades oro y naso faríngeas.

La Leishmaniasis es una enfermedad que clínicamente puede ser confundida con otras patologías tales como tuberculosis cutánea, cromomicosis, micosis, esporotricosis, sarcoidosis, cáncer de la piel, etc., por lo cual se hace necesario la identificación parasitológica del agente causal (diagnóstico parasitológico) antes de poder instaurar un tratamiento adecuado.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la leishmaniasis está basado en cuatro criterios fundamentales: clínico, epidemiológico, inmunológico y parasitológico.

* Coordinador Sección de Leprología.

** Investigador Asociado.

tológico. Los primeros tres dan una sospecha diagnóstica, el último representa el diagnóstico definitivo de la enfermedad.

Diagnóstico Clínico:

La forma más común de la leishmaniasis cutánea es la úlcera; sin embargo, el espectro de una úlcera puede ser muy amplio. Las úlceras tienen características muy importantes que nos sirven como referencias para llegar a un diagnóstico clínico. Entre las principales podemos mencionar las siguientes: la forma es usualmente redondeada, la superficie es granulosa, secretante y recubierta por costras. Los bordes característicamente son elevados e indurados y lo que es más importante, de un color eritematovioláceo. Aunque las úlceras son la forma más común de la leishmaniasis cutánea, también se han observado formas menos frecuentes de infección como crecimientos verrugosos y nodulares, característicos de leishmaniasis cutánea intermedia y difusa respectivamente.

La principal complicación de las lesiones uicerativas es la infección secundaria, la cual al ser moderada o severa puede llegar a cambiar el aspecto de la úlcera y ocasionar la

formación de costras purulentas y la aparición de fenómenos inflamatorios más o menos importantes como induración, dolor o hipertermia de las áreas vecinas con compromiso de los ganglios linfáticos regionales. De las diversas condiciones dermatológicas que pueden confundirse con la leishmaniasis cutánea, la que comúnmente induce mayor error diagnóstico es la infección por esporotricosis. Tanto la leishmaniasis como la esporotricosis muestran úlceras de crecimiento lento que no responden a los antibióticos comunes y ambas pueden asociarse a nódulos subcutáneos que representan una diseminación linfática de la infección. Adicionalmente existen otras condiciones que, aunque menos frecuentes, pueden llegar a confundirse con la leishmaniasis cutánea, tal es el caso del micetoma, la tuberculosis cutánea en su forma verrugosa y la cromomicosis.

Diagnóstico Epidemiológico:

A través del criterio epidemiológico, se establece una relación del paciente con su permanencia en áreas de conocida endemicidad. Se evalúan familiares con cicatrices o lesiones sospechosas y animales extra o intra domiciliarios que