

Leishmaniasis Cutánea*

Presentación de un caso diagnosticado en el Uruguay

Dr. David Vainsencher**, Dr. Isaac Rotkier***, Dr. Ismael Conti Díaz****

INTRODUCCION

La leishmaniasis cutánea es una enfermedad exótica en el Uruguay. No hemos encontrado en la literatura, casos que hayan sido contraídos o diagnosticados en el Uruguay. Creemos por consiguiente que es importante informar de un caso reciente, en el cual la infestación se produjo en el exterior, pero su diagnóstico fue hecho en el Uruguay.

CASO CLINICO

J. B. G., 37 años, sexo masculino, casado, mecánico militar.

Motivo de consulta: Lesiones cutáneas en brazos y cuello.

Enfermedad actual: En diciembre de 1983 el paciente comenzó a notar la aparición de pequeñas lesiones rojizas en la piel de ambos brazos y en el cuello. Al apreciar que iban aumentando de tamaño, consultó a su médico. Pese a recibir tratamientos, incluyendo antibióticos por vía sistémica, las lesiones continuaron creciendo, por lo cual fue enviado a nuestro Servicio.

Examen físico: Se encontraron varias lesiones de tipo tumoración (Fig. 1). Presentaba dos en brazo derecho, dos en brazo izquierdo, tres en el lado derecho del cuello y una en la región pilosa de la nuca. La de mayor tamaño estaba en el brazo derecho, constituyendo una placa eritematosa, ovalada, de 3 cm por 4 cm, ligeramente elevada sobre la superficie de la piel sana, con un color rojo violáceo, con límites bastante netos, con cierta descamación en la parte periférica. Una costra sero-hemática recubría una ulceración central. Por palpación se le encontró una consistencia gomosa, infiltrada. Las demás lesiones eran similares, variando de diámetro desde 0.5 cm hasta 3 cm. No tenían en su superficie erosión alguna, salvo una de las lesiones del cuello.

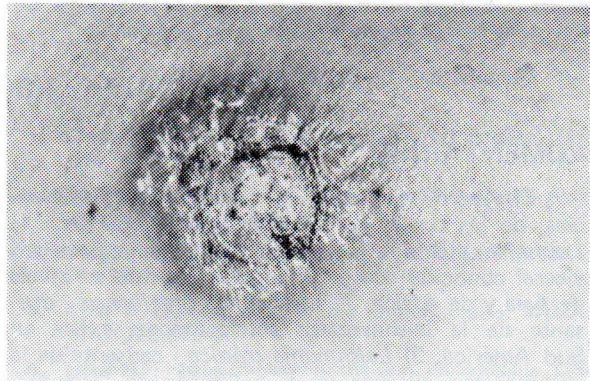


Fig. 1.: Se puede observar la lesión de mayor tamaño en el brazo derecho.

Antecedentes personales: entre marzo y octubre de 1983 el paciente estuvo viviendo en el Sinaí, integrando el contingente uruguayo de las Fuerzas Multinacionales de Paz. En ese período realizó dos paseos por la zona del Mar Muerto, durmiendo allí durante la noche a la intemperie.

Exámenes paraclínicos: Un frotis fue preparado con material obtenido de una de las lesiones, a través de una pequeña incisión. Con coloración de Giemsa (Fig. 2) se pudo encontrar numerosos macrófagos con el citoplasma repleto de Leishmanias.

Estudio histológico: Se efectuó una biopsia con punch de una de las lesiones. Con coloración de hematoxilina y eosina se pudo observar: Hiperqueratosis ortoqueratósica con taponamiento folicular. Acantosis. El estrato basal no muestra alteraciones patológicas. En la dermis, en todo su espesor, se observa una reacción inflamatoria, formada principalmente por linfocitos e histiocitos, con algunos plasmocitos. La infiltración celular se dispone en acúmulos focales, algunos de ellos en la periferia de zonas necrobióticas, formándose así una imagen granulomatosa. Sobre todo en las zonas adyacentes a la necrobiosis se logra ver abundantes histiocitos parasitados por Leishmania.

Cultivo: Se tomó material de una de las lesiones y se sembró en el medio de Nicolle-Nevy-Mac Neal (NNN). A los cinco días ya se pudo observar la presencia de leptomonas en el sobrenadante.

* Trabajo realizado en el Servicio de Dermatología S.S.F.F.AA. (Jefe: Equip. Mayor Méd. Dr. Luis A Torres de la Llosa).

** Méd. concurrente al Servicio de Dermatología.

*** Equip. Tte. 1ro. Méd. Serv. Dermatología S.S.F.F.AA.

**** Prof. Agdo. Facultad de Medicina en la Cátedra de Parasitología.

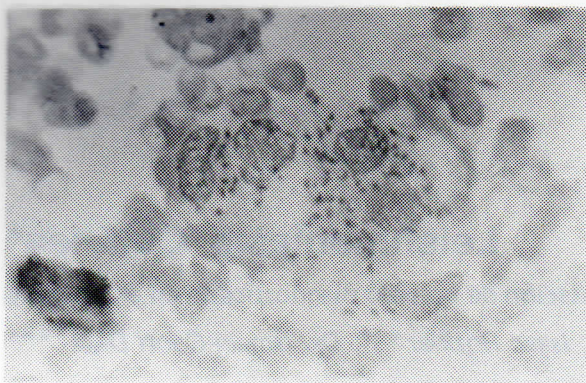


Fig. 2.: Frotis preparado con material de una lesión. Se puede ver macrófagos con el citoplasma lleno de leishmanias. En algunas de ellas se aprecia la presencia del kinetoplasto.

Diagnóstico: Leishmaniasis cutánea.

COMENTARIOS

El género *Leishmania* (3) comprende varias especies, de las cuales las tres más importantes son: 1) *Leishmania Donovanii* - causante de la enfermedad visceral conocida como "Kala-Azar", existe en zonas de Asia y de Africa. 2) *Leishmania braziliensis* - causante de la leishmaniasis mucocutánea, existe en Sud América. 3) *Leishmania trópica* - causante de la leishmaniasis cutánea (2) y o "botón de Oriente", afecta sobre todo zonas del Medio Oriente, costa del Mediterráneo y Asia Menor. Ninguna de las tres especies existe en el Uruguay. La leishmaniasis mucocutánea se ve en vastas zonas del Brasil, y en el norte de Argentina.

Al presentarse nuestro paciente, el diagnóstico de leishmaniasis cutánea se planteó, por el aspecto clínico de las lesiones: o sea, placas infiltradas, de color rojo violáceo, con forma redondeada, algunas con erosión o ulceración central. La ubicación de estas lesiones en partes expuestas (cuello, brazos) también es característica. El diagnóstico fue reforzado por el dato de que el paciente estuvo en el Medio Oriente. Las lesiones comenzaron a aparecer dos meses después que el paciente regresó al Uruguay, lo cual concuerda perfectamente con el diagnóstico, ya que el período de incubación de la leishmaniasis cutánea es variable, pudiendo llegar a ser de varios meses (3). El paciente contrajo su enfermedad presumiblemente cuando durmió a la intemperie en la zona del Mar Muerto conocida por ser endémica para esta enfermedad (7, 8). Contrariamente, el Sinaí no ha sido mencionado en la literatura como zona de posible infestación, pero hemos tenido noticias verbales de que han habido últimamente algunos casos más entre las Fuerzas Multinacionales.

El vector y hospedero intermediario de la *Leishmania trópica* es un pequeño díptero - *Phlebotomus papatasi* (1), comúnmente llamado "mosca de la arena" (sandfly en inglés). Durante el día permanece recluido en sus madrigueras, saliendo de noche a alimentarse. Su vuelo no es muy alto (no sobrepasa 4

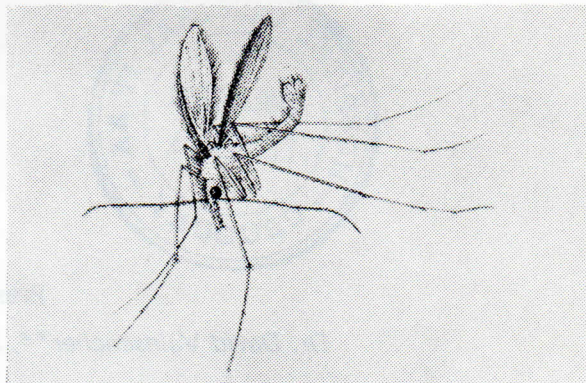


Fig. 3.: *Phlebotomus papatasi*. Su largo es de 2.5mm. Posee característicamente alas en posición erecta (Tomado de R Newstead en Brumpt.).

metros). Por todo ello, quienes duermen a la intemperie y a nivel del suelo, son quienes están más expuestos a sus picaduras (Fig. 3).

Como diagnóstico diferencial planteamos el "granuloma de las piscinas", causado por el *Mycobacterium balnei*. Esta afección es rara, y se caracteriza por placas infiltradas, redondeadas, a veces ulceradas. Pero no es propia de esta enfermedad la localización de las lesiones de nuestro paciente, ya que por ser adquirido fundamentalmente por inoculación traumática accidental, el granuloma de las piscinas se ve en las zonas más expuestas al roce (manos, antebrazos, rodillas y pies).

El estudio del frotis confirmó definitivamente el diagnóstico, al verse claramente las leishmanias parasitando a macrófagos. Se pueden reconocer dentro del citoplasma del macrófago, en su forma aflagelada. Miden de 2 a 5 micras de longitud. Característicamente, poseen además del núcleo, otro corpúsculo más pequeño llamado kinetoplasto.

También confirmamos el diagnóstico por el estudio histológico (5) y por el cultivo del parásito en el medio NNN.

Creemos importante la presentación de este caso, ya que por ser la leishmaniasis una enfermedad exótica en el Uruguay, su diagnóstico puede resultar difícil.

Cabe la posibilidad que se presenten en el futuro otros casos contraídos en el exterior, entre personal militar (4), o entre civiles (9), que viajen por zonas endémicas del Viejo Mundo.

El curso de la enfermedad es benigno y su evolución espontánea es en la mayoría de los casos hacia la curación (3). A pesar de eso, en todas partes del mundo se ensayan diversos tratamientos (6), siendo los más eficaces a base de antimoniales.

En Sud América se utiliza el antimonio de meglumina, comercialmente conocido por Glucantime. Su mayor utilidad es en pacientes anérgicos (6), con una evolución tórpida, o en las formas diseminadas. Es eficaz, pero no está exento de efectos colaterales posibles.

En nuestro paciente, hemos ensayado un método terapéutico nuevo: la termoterapia.

Se le indicó al paciente que se aplicara sobre las lesiones una bolsa de agua caliente durante varias ho-

ras, en su hogar. Quisimos aprovechar la sensibilidad de la leishmania a la temperatura, ya que sabemos que es incapaz en el cultivo de sobrevivir 40 grados de temperatura durante más de 30 minutos (1). Al finalizar un mes de tratamiento, hay una notable mejoría: las lesiones se han aplanado y desinfiltrado. Este tratamiento será motivo de otro artículo a salir en el futuro.

Nota de la Redacción

Creemos de interés la publicación de este caso por tratarse de una afección exótica aparecida en nuestro país como consecuencia de Operaciones en el exterior en área infestada.

Es nuestra intención alertar asimismo a los colegas médicos en las unidades, sobre la posibilidad de esta patología en personal reintegrado de su misión en Sinaí.

RESUMEN

Presentamos un paciente con leishmaniasis cutánea, contraída en el Mar Muerto, cuyo diagnóstico fue realizado en el Uruguay. Este hecho no tiene antecedentes en nuestro país, al menos en la literatura. Creemos que es importante el conocimiento de esta enfermedad, ante la posibilidad de otros casos en viajeros civiles y militares. Comenzamos un tratamiento con termoterapia, que dio excelente resultado luego de un mes. El tratamiento continúa.

SUMMARY

We report a patient with cutaneous leishmaniasis, contracted at the Dead Sea, and diagnosed in Uruguay. This case has no antecedents in our country, at least in the literature. We believe that the knowledge of this disease is important, for there is the possibility of future cases in civil and military travellers.

We started a therapeutic trial with thermotherapy, with excellent results after one month. This treatment is going on.

RESUME

On étudie un malade avec leishmaniose cutanée, acquise dans la région de la Mer Morte, diagnostiqué en Uruguay. Ce fait n'a pas d'antécédents nationaux.

On croit d'importance la connaissance de cette maladie par cause de la possibilité d'autres malades parmi les voyageurs civils ou militaires.

On a commencé un traitement thermoterapique, avec d'excellents résultats après un mois. Le traitement continue.

BIBLIOGRAFIA

1. Craig, Faust: Parasitología Clínica. Salvat Editores, México, 1974
2. Farah FS, Malak JA: Cutaneous Leishmaniasis. *Arch Dermatol.* 1971; 103:467-74
3. Garnham PCC: The Genus Leishmania. *Bull WHO.* 1971; 44:477
4. Kern F: Leishmaniasis in the United States. *JAMA.* 1973; 226:872-4
5. Lever WF: Histopathology of the skin. Philadelphia, Lippincott company. 6th ed. 1983
6. Marsden P: Leishmaniasis. In: S. Maddin, Current dermatologic therapy. Philadelphia: W B Saunders, 1982
7. Naggan, et al: Ecology and attempted control of cutaneous leishmaniasis around Jericho, in the Jordan Valley. *J Infect Dis* 1970; 121:427-31
8. Naggan, et al: Leishmaniasis cutanea. Harefua. 1968; 76:175-7
9. Rau R, et al: Leishmania tropica infections in travellers. *Arch Dermatol.* 1976; 112:197-201