

Paciente de 54 años con Leishmaniasis Cutánea en Pabellón Auricular Derecho. Reporte de Caso

Md. Alvaro Israel Maita Zambrano¹

alvaromaita87@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2620-4127>

Médico General, Hospital General Manuel Ygnacio Monteros (IESS), Ecuador

Md. Cristina Isabel López Sanmartín

clopezsanmartin92@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-9954-7097>

Médico General, Hospital Básico María Loren Serrano, Ecuador

Md. Yoselyn Isabel Choez Abendaño

yoselinisabelchoez@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-6676-0430>

Médico General, Centro de salud tipo C El Paraíso, Ecuador

Md. Pablo Andrés Arroyo Chugcho

pabloandresarroyo26@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8213-3856>

Médico General, Hospital General Puyo, Ecuador

Md. Miguel David Alvarez Saltos

miguel_6_95@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8488-2797>

Médico General, Centro de Salud de Palanda Tipo B, Ecuador

RESUMEN

La Leishmaniasis es una patología producida por un parásito protozoario intracelular estricto perteneciente a la especie *Leishmania*. Esta enfermedad es inoculada por un vector hacia los animales o al ser humano. El trasmisor directo son las pequeñas moscas flebótomos, cuyo díptero hembra perteneciente al género *Lutzomya* es el principal causante de esta patología a nivel de Sudamérica mientras que el género *Phlebotomus* prolifera en el resto del mundo. El diagnóstico es difícil por la inespecificidad de la clínica y el lento crecimiento del parásito en cultivo. A pesar de aparentar ser una enfermedad con un curso relativamente benigno, causa lesiones que pueden ser causa de estigmatización en poblaciones ya de por sí vulnerables, como lo son las personas que se encuentran en las zonas rurales. Se Reporta un caso de un paciente de 54 años de edad con antecedentes de Hipertensión arterial, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos, se evidencia lesiones ulcerosas localizadas en región de pabellón auricular derecho compatibles con leishmaniasis, se procede a tratamiento utilizando Antimoniato de meglumina con evolución favorable y buen pronóstico.

Palabras clave: *leishmaniasis; pabellón; meglumina; antimonio; ansiedad.*

¹ Autor Principal

54-year-old patient with Cutaneous Leishmaniasis in the right Auricular Pavilion. Case Report

ABSTRACT

Leishmaniasis is a pathology produced by a strict intracellular protozoan parasite belonging to the *Leishmania* species. This disease is inoculated by a vector towards animals or humans. The direct transmitter are the small sandflies, whose female diptera belonging to the genus *Lutzomya* is the main cause of this pathology in South America while the genus *Phlebotomus* proliferates in the rest of the world. The diagnosis is difficult due to the non-specificity of the symptoms and the slow growth of the parasite in culture. Despite appearing to be a disease with a relatively benign course, it causes lesions that can cause stigmatization in already vulnerable populations, such as people in rural areas.

A case of a 54-year-old patient with a history of arterial hypertension, anxiety disorders and depressive disorders is reported, ulcerative lesions located in the region of the right auricular pavilion compatible with leishmaniasis are evidenced, treatment is proceeded using Meglumine antimoniate with evolution favorable and good prognosis.

Keywords: *leishmaniasis; pavilion; meglumine; antimonate; anxiety.*

Artículo recibido 20 marzo 2023

Aceptado para publicación: 05 abril 2023

INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis es considerada por la OMS como un problema creciente de la salud pública a nivel mundial, con una incidencia anual 1.5 millones de casos de leishmaniasis cutánea. Está constituida por un grupo de enfermedades causadas por varias especies de protozoos del género *Leishmania*, que son transmitidos a los humanos por dípteros flebotominos hembra (*Phlebotomus* y *Lutzomyia*).¹

El reservorio de este protozoario son los mamíferos salvajes y domésticos, algunas veces de forma asintomática, y otras cursando con manifestaciones clínicas evidentes como es el caso en los humanos.

Las principales formas clínicas son la visceral, la mucocutánea y la cutánea.²⁻³

El cuadro clínico, en la leishmaniasis cutánea localizada (LCL) el periodo de incubación es de dos semanas a seis meses aproximadamente. Las lesiones se ubican principalmente en miembros, siguiendo en frecuencia los pabellones auriculares, la cara y el tronco. Se considera que los sitios expuestos al aire libre son los más accesibles a dichas picaduras. Inicia con una mancha eritematosa el día de la picadura, que dura hasta dos días.⁴

Posteriormente se desarrolla una pápula que dura cuatro días aproximadamente, y después se forma un nódulo, que es la lesión elemental característica de la enfermedad. El nódulo puede durar dos semanas aproximadamente, incrementando su tamaño, y posteriormente se ulcera. Esta úlcera es indolora, redonda de fondo limpio, de bordes indurados. Finalmente, la lesión tiende a la resolución con la formación de una cicatriz.⁵⁻⁶

En el caso de la leishmaniasis cutánea difusa, el cuadro clínico inicia con una mancha o pápula en la zona de la picadura del insecto, diseminándose los protozoarios por contigüidad, vía linfática o hemática a cualquier parte del cuerpo, con excepción de la piel cabelluda, axilas, palmas y plantas. En esta variedad, las pápulas y nódulos tienden a confluir formando placas de diferentes formas y tamaños con bordes bien definidos.⁷

Leishmaniasis cutánea diseminada: es una forma rara de leishmaniasis cutánea. Se define por diez o más lesiones de tipo mixto (acneiformes, nodulares, ulceradas) ubicadas en dos o más partes del cuerpo.⁸⁻⁹

El diagnóstico puede ser presuntivo o definitivo. Las características clínicas de la enfermedad son clave para el diagnóstico presuntivo. Una lesión ulcerativa, indolora, con fondo granulomatoso grueso, con

bordes indurados, violáceos y con una duración mayor a cuatro semanas debe levantar la sospecha clínica.¹⁰⁻¹¹

El diagnóstico definitivo requiere la demostración del parásito, el cual puede ser por diferentes métodos:

1. Demostración de los amastigotes en el frotis o biopsia: La muestra se puede obtener por raspado con hoja de bisturí o espátula, por aspiración con una aguja hipodérmica o micropipeta.
2. Cultivos in vitro: El material se obtiene por aspiración o biopsia, el cual debe triturarse antes de la inoculación al medio de cultivo.
3. PCR por Leishmania: es el método más sensible. Se restringe aún a laboratorios especializados.¹²

El tratamiento de la leishmaniasis cutánea es médico y los antimoniales pentavalentes se consideran la elección para esta enfermedad como el antimoniato de meglumina (glucantime) y el estibogluconato de sodio (pentostam). Algunos de los efectos adversos de estos fármacos son la anorexia, náuseas, vómito, malestar general, cefalea y mialgias. En el caso de la LCL se recomienda la aplicación local de antimoniales de forma intralesional, una o dos veces a la semana por un mes.¹³⁻¹⁴

Para las otras formas se prefiere utilizar el tratamiento por vía parenteral. En caso de resistencia a antimoniales, se pueden emplear fármacos de segunda línea como la anfotericina B y la pentamidina. También se han utilizado termocirugía y calor local para tratar las lesiones localizadas.¹⁵

Presentamos un caso clínico de leishmaniasis cutánea localizada en pabellon auricular derecho (LML), en paciente de 54 años con multiples patologías subyacentes.

Caso Clínico

Paciente masculino de 54 años acude a centro de salud mas cercano por presentar desde hace 15 dias lesiones ulcerosas, pruriginosas, localizadas en pabellon auricular derecho, refiere que hace varios dias atrás sufre picadura de insecto el cual no recuerda el nombre. Al momento se evidencia lesiones ulcerosas, con liquido purulento compatibles con presunta infeccion por leishmaniasis. Se ingrea al area de infectologia para estudios complementarios y tratamiento

Figura 1. Heridas ulcerosas, Pabellón auricular derecho



Paciente ingresa al servicio de Infectología junto valoración por dermatología en donde se realiza la exploración física pertinente, signos vitales: frecuencia cardiaca 82 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18, temperatura de 37.2°C, peso: 85 kg, talla: 165 cm, IMC: 31.2 (Obesidad tipo I).

Paciente orientado en tiempo espacio y persona, responde adecuadamente al interrogatorio. Cabeza normocéfala, cuero cabelludo de implantación normal. Pabellón auricular derecho: presencia de heridas ulcerosas, pruriginosas y costrosas. Ojos pupilas isocóricas fotorreactivas. Fosas nasales permeables. Boca mucosas orales húmedas. Cuello adenomegalias submandibulares palpables. Tórax: simétrico, no cicatrices. Corazón R1-R2 rítmico normo-fonético. Pulmones murmullo alveolar conservado no se auscultan ruidos sobreañadidos. Abdomen suave depresible no doloroso a la palpación RHA+. Extremidades tono y fuerza muscular conservado.

A los exámenes complementarios: VIH 1 + 1 dando como resultados no reactivo. Estudio parasitológico para leishmaniasis en herida ulcerosa de pabellón auricular derecho con resultados negativos para frotis y cultivo, y positivos para ELISA y PCR para Leishmaniasis.

Recibe tratamiento con Antimoniato de meglumina con dosis de 20 mg /kg/día (Glucantime®1.500 mg/5 ml) ampollas intramuscular cada 12 horas por 30 días.

Se realiza valoración postratamiento el cual es de forma favorable con buen pronóstico.

DISCUSIÓN

Las lesiones cutáneas ocasionadas por leishmaniasis tienden a ocurrir en áreas expuestas de la piel. El periodo de incubación es de días, semanas e incluso hasta meses. La infección comienza como una pápula de color rosa que crece, se desarrolla en un nódulo o una lesión en forma de placa, lo que produce una ulceración indolora con un borde endurecido. En el nuevo mundo la úlcera puede estar cubierta con material fibrinoso blanco-amarillo grueso. Puede tratarse de lesiones múltiples, con aspecto clínico variable, puede incluir características esporotricoides, verrugosas, zosteriformes, psoriafiscales, eccematosas o erisipeloides. Además, se pueden observar una extensión de las lesiones a lo largo del drenaje linfático; estos pueden o no ulcerarse, pero se pueden palpar por vía subcutánea y proximal a lo largo de la cadena linfática que va desde la lesión primaria. La adenopatía regional puede ocurrir y puede ser prominente en algunos casos. Se cura con una cicatriz atrófica y deprimida, también puede ser queloide en pacientes predispuestos. Los datos se correlacionan con la clínica del paciente y cabe recalcar que existen factores subyacentes como sus enfermedades de base que permitieron que no exista una atención médica pronta. En las zonas rurales de nuestro país Ecuador se evidencian muchas cosas de abandono o descuido de las enfermedades y sus complicaciones son la puerta de predisposición a otras patologías. El paciente recibió tratamiento continuo y estricto permitiendo tener un buen pronóstico clínico.

CONCLUSIONES

La leishmaniasis es un problema de salud pública mundial, en especial en nuestro país Ecuador en la región amazónica, hoy en día debemos conocer la epidemiología de la enfermedad en el país de manera que se contemple el diagnóstico en áreas de alta incidencia. A la actualidad se conocen 3 formas de leishmaniasis donde la forma cutánea es la más importante.

BIBLIOGRAFÍA

- M. Aguado, P. Espinosa, A. Romero-Maté, J.C. Tardío, S. Córdoba, J. Borbujo
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S000173101200542X>
- Pereira A, Pérez M. Leishmaniosis. *Parasitología*. 2002; 21: 117-124.ç
- García-Almagro, D. Leishmaniasis cutánea. *Actas Dermosifiliogr*. 2005; 96: 1-24. doi: 10.1016/S0001-7310(05)73027-1
- Torres-Guerrero E, Quintanilla-Cedillo MR, Ruiz-Esmenjaud J, Arenas R. Leishmaniasis: a review. *F1000 Res*. 2017; 6: 750.
- Croft SL, Sundar S, Fairlamb AH. Drug resistance in leishmaniasis. *Clin Microbiol Rev*. 2006;19:111-26.
- Alemayehu, B, Alemayehu M. Leishmaniasis: a review on parasite, vector and reservoir host. *Health Sci J*. 2017; 11: 1-6
- Reithinger R, Mohsen M, Wahid M. Efficacy of thermotherapy to treat cutaneous leishmaniasis caused by *Leishmania tropica* in Kabul, Afghanistan: a randomized, controlled trial. *Clin Infect Dis*. 2005;40:1148-55.
- Zvulunov A, Cagnano E, Frankenburg S, Barenholz Y, Vardy D. Topical treatment of persistent cutaneous leishmaniasis with ethanolic lipid amphotericin B. *Pediatr Infect Dis J*. 2003;22: 567-9.
- Sakib Burza, Simon L Croft, Marleen Boelaert. Leishmaniasis. *The Lancet*. August 17, 2018
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31204-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31204-2)
- Aronson, N. Weller, P. Baron, E. (2018). Cutaneous leishmaniasis: Clinical manifestations and diagnosis en UptoDate. Waltham, MA: UpToDate Inc 2018. Extraído el 15 de octubre de 2018 desde <https://www-uptodate.com>.
- Llanos-Cuenta, A. (2013). Leishmaniasis. En *Parasitología humana*. (1º ed). México: McGrawHill Medical
- Arenas, R. (2015). Leishmaniasis en Dermatología. *Atlas de Diagnóstico y tratamiento* (6º ed). México: McGraw-Hill Medical.
- Savoia D. Recent updates and perspectives on leishmaniasis. *J Infect Dev Ctries*. 2015; 9: 588-596.

Turetz ML, Machado PR, Ko AI. Disseminated leishmaniasis: a new and emerging form of leishmaniasis observed in northeastern Brazil. J Infect Dis. 2002;186:1829-34

Antonio, A. Parasitología Médica. Publicaciones Técnicas Mediterrane Ltda. Santiago de Chile. Pags 242-250

DECLARACIÓN DE USO DE IMÁGENES

Los autores declaran que solicitaron y recibieron el consentimiento por parte de los representantes legales del paciente para el uso de imágenes utilizadas en este reporte de caso clínico.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses