

Leishmaniasis cutánea localizada, tratamiento intralesional

Ismar Jeniree Marte Colina¹; María Gabriela Manzanero Arcila²; Mary Lisbeth Soto Pernia³; Sandra Carlina Vivas Toro⁴



RESUMEN

La leishmaniasis cutánea es una dermatosis infecciosa causada por protozoarios del género *Leishmania* spp. La Organización Mundial de la Salud reporta de 700.000 a 1.000.000 casos al año. Sus formas clínicas abarcan leishmaniasis cutánea, leishmaniasis mucocutánea y leishmaniasis visceral y el diagnóstico se establece mediante histopatología, dermatoscopia, prueba de Montenegro y serología. Se presenta el caso de un paciente masculino de 38 años, con antecedente epidemiológico de visita reciente a zona endémica de leishmaniasis. Fototipo cutáneo IV/VI, quien presenta dermatosis en la región malar, caracterizada por placa eritematosa de bordes regulares, bien definidos, con hematocrota en su superficie, sin salida de secreción pruriginosa y de meses de evolución. Por los hallazgos clínicos, epidemiológicos e histopatológicos se establece el diagnóstico definitivo de leishmaniasis cutánea localizada y se inicia el tratamiento con antimonio de meglumina, con esquema de aplicación de 3 mL intralesionales una vez por semana, con intervalos de una semana entre aplicaciones, durante un período de ocho semanas. La evolución fue satisfactoria a los seis meses de tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Leishmaniasis; Leishmaniasis cutánea; Leishmaniasis infecciosa.

1. Médico residente de tercer año, Posgrado de Dermatología, Universidad de Carabobo, Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia, Estado Carabobo, Venezuela. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5994-049X>
2. Médico residente de segundo año, Posgrado de Dermatología, Universidad de Carabobo, Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia, Estado Carabobo, Venezuela. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9211-4827>
3. Médico residente de segundo año, Posgrado de Dermatología, Universidad de Carabobo, Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia, Estado Carabobo, Venezuela. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4236-4083>
4. Médico internista, dermatóloga. Magíster en Investigación Educativa. Doctorado en Salud Pública. Profesora ordinaria, Universidad de Carabobo. Jefa, Servicio de Dermatología, Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Coordinadora, Programa de Posgrado de Dermatología, Universidad de Carabobo. Miembro, Sociedad Venezolana de Dermatología; Sociedad Internacional de Dermatoscopia. ORCID: <https://orcid.org/0000-000152311749>

Correspondencia: Ismar Jeniree Marte Colina; **email:** ismarmarte@gmail.com

Recibido: 18/05/2023; **aceptado:** 03/11/2023

Cómo citar: Marte Colina IJ, Manzanero Arcila MG, Soto Pernia ML, Vivas Toro SC. Leishmaniasis cutánea localizada, tratamiento intralesional. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. 2023;31(4):312-317.

DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1810>

Financiación: ninguna, **conflictos de interés:** ninguno

LOCALIZED CUTANEOUS LEISHMANIASIS, INTRALESIONAL TREATMENT

SUMMARY

Cutaneous leishmaniasis is an infectious dermatosis caused by protozoa of the genus *Leishmania* spp. The World Health Organization reports 700,000-1,000,000 cases per year. Its clinical forms include cutaneous leishmaniasis, mucocutaneous leishmaniasis and visceral leishmaniasis, and the diagnosis is established by histopathology, dermoscopy, Montenegro skin test, and serology. The case of a 38-year-old male with an epidemiological history is presented: recent visit to an endemic area for Leishmaniasis. Skin phototype IV/VI, presenting dermatosis in the malar region characterized by erythematous plaque with regular well-defined borders and a hematocyst on its surface, without outflow of pruritic secretion of months of evolution. By clinical, epidemiological, and histopathological definition, a definitive diagnosis of localized cutaneous leishmaniasis was established, and treatment with meglumine antimoniate was initiated with a once weekly application schedule of 3 mL intralesionally, with intervals of one week between applications, for a period of 8 weeks, with satisfactory evolution after 6 months of treatment.

KEY WORDS: Leishmaniasis; Cutaneous leishmaniasis; Infectious leishmaniasis.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 38 años, natural de Venezuela, procedente del Norte de Santander, Colombia, sin antecedentes patológicos relevantes, quien desde mayo de 2022, después de una picadura de insecto, presentó una lesión ulcerada en la cara, por lo que acude en múltiples oportunidades al servicio de medicina general, donde fue tratado con antimicóticos, aunque sin mejoría clínica. Por tal motivo, en julio del mismo año acude al Servicio de Dermatología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”.

A la exploración física se evidencia fototipo cutáneo IV/VI, con dermatosis localizada en la región malar izquierda y caracterizada por una placa eritematosa de bordes regulares, bien definidos, con escamas y hematocstras en su superficie, sin salida de secreción, indolora, pruriginosa y de meses de evolución (**Figura 1**). A la dermatoscopia con luz polarizada se aprecia eritema generalizado, estructuras vasculares (vasos lineales irregulares), patrones blancos en forma de estrella de tonalidad amarillenta en el centro de la lesión e hiperqueratosis central. Se le realizó prueba de Montenegro, con un resultado positivo de 9 milímetros; los paraclínicos se encontraban dentro de los límites normales. En la dermatopatología se reportó lámina histológica de piel, teñida con H-E, aumento de 10 x y 40 x, respectivamente, modificada en su estructura, donde se evi-

denció hiperqueratosis con ortoqueratosis alternante, hipogranulosis y acantosis pseudoepiteliomatosa; en la dermis se observó infiltrado perivascular superficial y profundo a predominio de linfocitos e histiocitos y patrón granulomatoso con granulomas *messy*. En tinción de Giemsa 20x se evidenciaron microorganismos de 2 a 3 micras intra y extracitoplasmáticas, compatibles con *Leishmania* spp. (**Figura 2**). Por los hallazgos clínicos, epidemiológicos e histológicos, se estableció el diagnóstico definitivo de leishmaniasis cutánea localizada. Se inició el tratamiento con antimonio de meglumina, en 3 mL intralesionales, una vez por semana, con intervalos de una semana entre aplicaciones, durante un período de ocho semanas, con mejoría clínica satisfactoria (**Figura 3**).

DISCUSIÓN

La leishmaniasis continúa siendo un importante problema de salud en cuatro regiones ecoepidemiológicas del mundo: las Américas, África Oriental, África del Norte y Asia Occidental y Sudoriental. A nivel mundial, la leishmaniasis se encuentra entre las diez principales enfermedades tropicales desatendidas con más de 12 millones de personas infectadas. De los nueve países que reportan el 85% de los casos de leishmaniasis cutánea, tres están en las Américas: Brasil, Colombia y Perú ⁽¹⁾.



Figura 1. Placa eritematosa de bordes regulares, bien definidos, con escamas y hematocostras en su superficie.

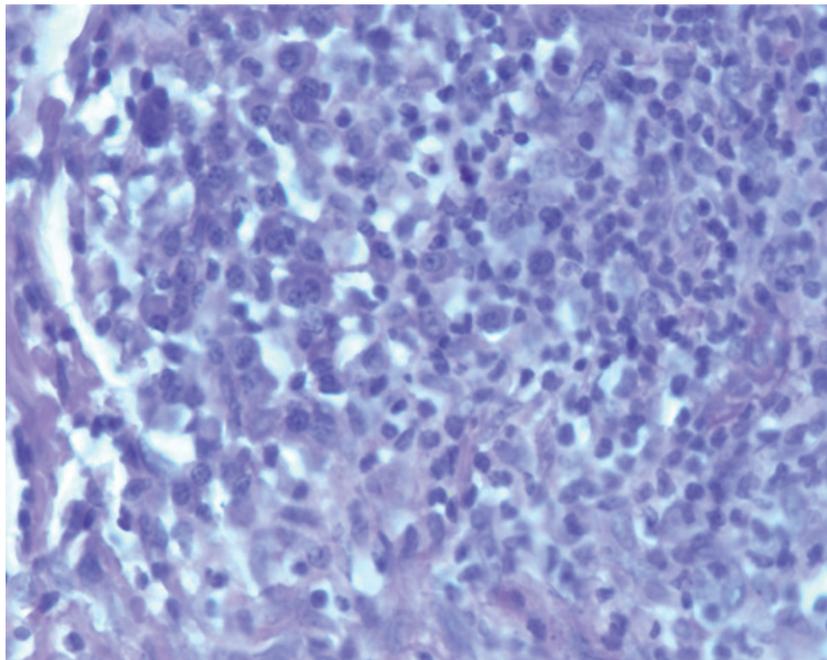


Figura 2. Tinción de Giemsa 20x. Se evidencia microorganismos de 2 a 3 micras intra y extracitoplasmáticas, compatibles con *Leishmania* spp.



Figura 3. Evolución clínica satisfactoria posterior al tratamiento.

La leishmaniasis es una enfermedad crónica causada por un protozoo flagelado perteneciente al género *Leishmania*. Es un parásito intracelular obligado, del cual existen más de 20 especies y que se transmite por la picadura de flebotomos hembra infectados de los géneros *Phlebotomus* y *Lutzomyia*. Es una enfermedad fundamentalmente zoonótica y son los cánidos y los roedores el reservorio principal, con la excepción de la producida por *Leishmania donovani* y *Leishmania tropica*, cuyo reservorio principal es el ser humano ⁽²⁾.

Clásicamente, la leishmaniasis cutánea se ha clasificado en *localizada*, *difusa*, *diseminada* y *recidivante*. Se resalta que algunas especies se asocian con mayor frecuencia a una de estas manifestaciones, por lo que pueden ser más frecuentes en algunas zonas geográficas, dependiendo de la distribución ⁽³⁾.

En el sitio de inoculación del parásito se forma una pápula, que típicamente progresa a una placa o nódulo con tendencia a la ulceración. Frecuentemente aparece en sitios expuestos, como la cara, como es el caso de

nuestro paciente, o las extremidades. Las lesiones de leishmaniasis cutánea pueden ser solitarias o múltiples y diseminarse a través de los vasos linfáticos, lo que causa adenopatías, lesiones satélites e incluso lesiones de distribución esporotricoides. Existen otras formas de presentación atípica, más frecuentes en el Nuevo Mundo, como las lesiones eccematosas, erisipeloides, lupoides, anulares, verrucosas, que pueden simular otras dermatosis, en las que el diagnóstico suele ser difícil y tardío, lo que puede resultar en una mayor resistencia al tratamiento. Las lesiones pueden ser autorresolutivas en un plazo de meses y curan dejando cicatriz. No obstante, algunas se vuelven crónicas o diseminadas ⁽²⁾.

La forma crónica recidivante es típica de *L. tropica*, que se presenta en forma de pápulas en la periferia de la cicatriz de la úlcera previa. La cronicidad de las lesiones se ha relacionado, entre otros factores, con una mayor actividad de la arginasa en los leucocitos polimorfonucleares. Por otro lado, existe una forma difusa, producida por *L. aethiopica*, *L. mexicana* o *L. amazonensis*, que se presenta en forma de múltiples pápulas o nódulos,

no ulcerados, que afectan a la mayor parte de la piel. Las lesiones contienen numerosos parásitos y pueden afectar intensamente a la cara, lo que le confiere un aspecto leonino, de forma análoga a la lepra lepromatosa^(2,3).

Así mismo, la afectación mucosa puede coexistir con la afectación cutánea o aparecer tras la resolución de esta, incluso años después, conformando un cuadro de presentación mucocutáneo, donde la vía de diseminación es hemática o linfática. En los países endémicos, la prevalencia de afectación mucosa puede ser de hasta el 20%. La mayoría de los casos se producen por *L. braziliensis*, aunque también pueden producirse por *L. amazonensis*, *L. guyanensis* y *L. panamensis*. Las mucosas más afectadas son la nasal y la oral, aunque las lesiones pueden extenderse hasta la orofaringe y la laringe, con posible afectación del cartílago nasal y las cuerdas vocales. Aparece en forma de lesiones ulceradas, que son desfigurantes y potencialmente mortales, por lo que el tratamiento sistémico es fundamental para el control de la infección⁽²⁾.

En ese mismo orden de ideas, es importante resaltar que existen pocos medicamentos para el tratamiento de la leishmaniasis. Además, la aparición de cepas resistentes a los medicamentos convencionales, las coinfecciones como VIH/*Leishmania* spp., el pequeño arsenal terapéutico y la baja inversión para el descubrimiento y desarrollo de nuevos medicamentos obligan a los investigadores y agencias mundiales de salud a buscar nuevas estrategias para combatir y controlar esta importante enfermedad desatendida⁽⁴⁾.

Entre las estrategias de tratamiento para esta enfermedad se incluyen la administración de láser de CO₂ y la termoterapia basada en el principio de destruir directamente los parásitos, que es una forma sencilla de aplicar calor externo sobre los tejidos infectados por *Leishmania*. Por su parte, la crioterapia, también conocida como *criocirugía*, se evaluó por primera vez en pacientes de Arabia Saudita infectados con *L. major* y obtuvo el 100% de curación utilizando una criomáquina de CO₂. Las terapias farmacológicas tópicas derivadas del óxido nítrico (NO) son una estrategia promisoría utilizada contra algunas especies de *Leishmania* de las Américas (*L. braziliensis* y *L. panamensis*). Una crema de S-nitroso-N-acetilpenicilamina (SNAP), compuesto generador de NO, demostró, después de 30 días de tratamiento, la cicatrización de todas las lesiones y la formación de nueva piel en los pacientes que presentaban leishmaniasis cutánea⁽⁴⁾.

Desde 2013, las guías de la Organización Panamericana de la Salud recomiendan el uso de terapia antimonial intralesional cuando no está indicado el tratamiento sistémico o si se requiere tratamiento local para la leishmaniasis cutánea. La administración intralesional de fármacos para reducir los efectos adversos manteniendo la eficacia y seguridad de la forma de uso convencional (infusión intramuscular o endovenosa) ha cobrado protagonismo. Los antimoniales pentavalentes intralesionales lograron tasas de curación superiores al 90% frente a las especies del parásito de Asia y el Mediterráneo (*L. major* y *L. tropica*)^(5,6).

Para las especies de *Leishmania* del Nuevo Mundo, los ensayos clínicos abiertos de fase II mostraron tasas de curación elevadas (87%-91,6%) después de 180 días de tratamiento. Los efectos secundarios más comunes observados fueron infección bacteriana secundaria, eritema, prurito local y dolor durante la administración, que tienden a desaparecer a los pocos días de finalizar el tratamiento. El paciente del caso descrito no presentó reacciones adversas^(7,8).

Por tratarse de una enfermedad tropical frecuente en nuestro medio, debe hacerse énfasis en el diagnóstico oportuno por parte de los médicos que se encuentran en los servicios de atención primaria de salud, para limitar el progreso de la enfermedad, aliviar los signos y síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes, ya que, si no reciben tratamiento, las formas cutánea y mucosa pueden conducir a la deformidad y la desfiguración del paciente.

Puntos clave

- La leishmaniasis continúa siendo un importante problema de salud.
 - A nivel mundial, la leishmaniasis se encuentra entre las diez principales enfermedades tropicales desatendidas, con más de 12 millones de personas infectadas.
 - La leishmaniasis es una enfermedad crónica causada por un protozoo flagelado perteneciente al género *Leishmania*.
 - Es un parásito intracelular obligado del cual existen más de 20 especies y que se transmite por la picadura de flebótomos.
-

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Leishmaniasis [Internet]. 2023 [citado el 30 de abril de 2023]. Disponible en: <https://bit.ly/3fjkKgA>
2. Abadías-Granado I, Diago A, Cerro P, Palma-Ruiz A, Gilaberte Y. Leishmaniasis cutánea y mucocutánea. *Actas Dermo-Sifiliogr.* 2021;112(7):601-18. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.02.008>
3. Gallo S, Jaramillo F, Van den Enden L, Galvis W. Leishmaniasis cutánea crónica en el nuevo mundo. *Rev Asoc Colomb Dermatol.* 2022;30(2):138-47. <https://doi.org/10.29176/2590843X.161>
4. Mendes B, Oliveira J, Fortes RC, Coura W, de Oliveira R, Barbosa A. Recent advances and new strategies on leishmaniasis treatment. *App Microbiol Biotechnol.* 2020;104(21):8965-77. <https://doi.org/10.1007/s00253-020-10856-w>
5. Organización Panamericana de la Salud. Leishmaniasis en las Américas. Recomendaciones para el tratamiento. OPS: Washington; 2013. Pp. 1-60.
6. Bashir U, Tahir M, Anwar MI, Manzoor F. Comparison of intralesional meglumine antimoniate along with oral itraconazole to intralesional meglumine antimoniate in the treatment of cutaneous leishmaniasis. *Pak J Med Sci.* 2019;35:1669-73. <https://doi.org/10.12669/pjms.35.6.363>
7. Ramalho DB, Silva RED, Senna MCR, Moreira HAS, Pedras MJ, Avelar DM, et al. Meglumine antimoniate intralesional infiltration for localised cutaneous leishmaniasis: a single arm, open label, phase II clinical trial. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2018;113:e180200. <https://doi.org/10.1590/0074-02760180200>
8. Arboleda M, Barrantes S, Úsuga LY, Robledo SM. Successful treatment of cutaneous leishmaniasis with intralesional meglumine antimoniate: a case series. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2019;16:e20180211. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0211-2018>