

Leishmaniasis cutánea: Presentación atípica

Cutaneous leishmaniasis, atypical presentation

Claudia Bolaños Arturo
Margarita Vargas
Hernán Mejía
María Isabel González

RESUMEN

REPORTAMOS el caso de un paciente de sexo masculino de 28 años de edad, con pápulas eritematosas agrupadas, con distribución de aspecto zosteriforme en el hemitórax derecho. La histopatología mostró hiperqueratosis e infiltrado difuso dérmico, con granulomas epitelioides constituidos por histiocitos. El frotis directo evidenció la presencia de amastigotes.

Palabras clave: leishmaniasis, zosteriforme.

SUMMARY

We report the case of a 28-year-old male patient, with grouped erythematous papules which appeared in a zosteriform pattern on the right hemithorax. The histopathology showed hyperkeratosis and a diffuse dermal infiltrate, with histiocytic epithelioid granulomas. The direct exam showed the presence of amastigotes.

Key words: leishmaniasis, zosteriform

CASO CLÍNICO

Reportamos el caso de un paciente de sexo masculino de 28 años de edad, procedente de Puerto Berrío (Antioquia), quien presenta cuadro de tres meses de evolución consistente en aparición de pápulas múltiples, eritematosas, agrupadas, que se localizan en la región anterior y posterior del hemitórax derecho con una distribución zosteriforme. No hay sintomatología asociada. (Figura 1, Figura 2).

Claudia Bolaños Arturo R I de Dermatología . Hospital Militar Central
Margarita Vargas. Dermatóloga Hospital Militar Central
Hernán Mejía. Dermatólogo Hospital Militar Central
María Isabel González. Jefe del servicio de Patología Hospital Militar Central

Se realiza una impresión diagnóstica inicial de leishmaniasis (Vs.) herpes Zoster (Vs.) esporotricosis.



Figura 1



Figura 2

Leishmaniasis cutánea: Presentación atípica

Se toma una biopsia de piel la cual mostró hiperqueratosis con un infiltrado difuso dérmico y presencia de granulomas epitelioides, conformados principalmente por histiocitos. Se realiza de igual manera un frotis directo que evidencia amastigotes. Con estos hallazgos se hace un diagnóstico definitivo de leishmaniasis cutánea (Figura 3).

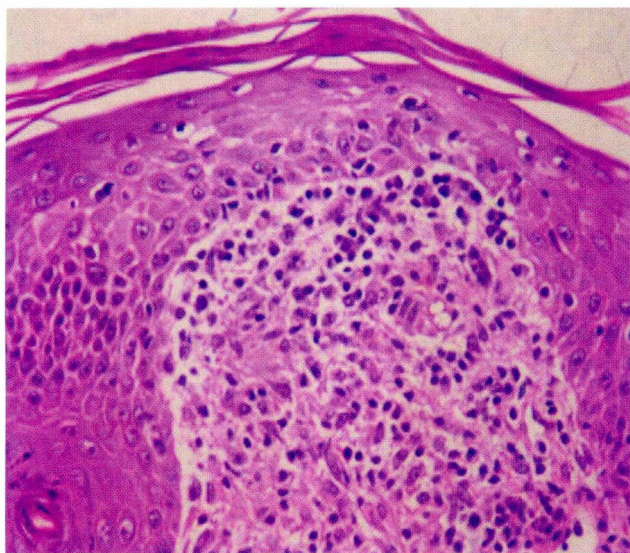


Figura 3

Se inició manejo con glucantime a una dosis de 20 mg/kilo durante 20 días, con lo cual presentó resolución de las lesiones.

DISCUSIÓN

La leishmaniasis cutánea es una enfermedad de alta prevalencia entre nuestra población militar.

En nuestro servicio se registran alrededor de 400 pacientes cada año, que son el reflejo de los 3.000 miembros

de las Fuerzas Militares (DISAN EJC 1990), y de los más de 10.000 civiles que la padecen en nuestro país cada año (MINSALUD, 1990) y así mismo indican los doce millones de casos anuales que la OMS calcula en el mundo.¹ El tratamiento estándar de la leishmaniasis cutánea en el Nuevo Mundo ha sido realizado con agentes antimoniales pentavalentes (antimoniato meglumine o estibogluconato sódico) a una dosis de 20 mg/k durante 20 días por vía parenteral.²

La presentación clínica de la leishmaniasis varía dentro de un gran espectro, que incluye lesiones cutáneas únicas o múltiples, compromiso cutáneo difuso, diseminación a los ganglios regionales y afección de las mucosas.³

Entre los tipos de presentación atípica de la leishmaniasis se encuentran las formas esporotricóide, tuberculosa, vegetante, impetiginóide, liquenóide, nodular y ectimatóide.⁴

La leishmaniasis esporotricóide se caracteriza por pápulas, placas y nódulos subcutáneos que pueden ulcerarse y se extienden proximalmente en el eje del drenaje linfático en dirección a los ganglios regionales.⁵

La leishmaniasis lupoide, denominada también leishmaniasis recidivante, es una forma crónica de leishmaniasis con placas de aspecto verrucoso que se pueden curar espontáneamente en un período de 6 meses a 1 año, dejando cicatriz.⁶ Las lesiones de piel recuerdan clínica e histológicamente el lupus vulgar.

Entre los diagnósticos diferenciales de leishmaniasis cutánea se encuentran: síndrome verrucoso tropical, piodermitis, neoplasias cutáneas y úlceras de otra etiología;⁷ pero no es frecuente considerar el herpes Zóster como un diagnóstico diferencial.

El caso presentado es llamativo, por la curiosa distribución de las lesiones en patrón zosteriforme que hacen pensar en herpes Zóster como diagnóstico diferencial. Es interesante que la literatura no describa este patrón clínico de la leishmaniasis cutánea.

Leishmaniasis cutánea: Presentación atípica***Bibliografía***

1. Soto J, Hernández N, Mejía H, Grogl M, Berman J. Successful treatment of new world cutaneous leishmaniasis with a combination of topical paramomycin / Methylbenzethonium Chloride and injectable Meglumine antimonate. *Clin Infect Dis* 1995; 20:47-51.
2. Herwaldt BL, Berman JD. Recommendations for treating leishmaniasis with sodium stibogluconate (Pentostam) and review of pertinent clinical studies. *Am J Trop Med Hyg* 1992; 46:296-306.
3. Soto J, Hernández N, Mejía H, Grogl M, Berman J. Successful treatment of new world cutaneous leishmaniasis with a combination of topical paramomycin/Methylbenzethonium Chloride and injectable Meglumine antimonate. *Clin Infect Dis* 1995; 20:47-51.
4. Furtado T Criterios para diagnóstico de LTA. *Anais Brasileiros de dermatología* 1980; 65:51-86.
5. Walsh DS, Balagon MV, Abalos RM, Tiongco ES, Cellona RV, Fajardo TT, Walsh GP. Multiple lesions of sporotrichoid leishmaniasis in a Filipino expatriate. *J Am Acad Dermatol.* 1997 May;36(5 Pt 2):847-9.
6. Momeni AZ, Yotsumoto S, Mehregan DR, Mehregan AH, Mehregan DA, Aminjavaheri M, et al. Chronic lupoid leishmaniasis. Evaluation by polymerase chain reaction. *Arch Dermatology.* 1996 Feb ;132 (2) :198-202
7. Grevelink SA, Lerner EA. Leishmaniasis. *J Am Acad Dermatol* 1996 ;34 :257-72

