

# Síndrome verrucoso

Milton Mejía Montoya

Mónica Gaviria Muñoz

Alejandro Vélez

## RESUMEN

**S**E PRESENTA el caso de un hombre de raza negra de treinta y tres años de edad, quien consulta por diez años de evolución de una lesión verrucosa en la pierna derecha. Se hace el diagnóstico de síndrome verrucoso, que luego de un análisis epidemiológico, clínico y paraclínico se concluye que es secundario a leishmaniasis cutánea. El paciente es tratado con antimoniato de meglumine, con excelente respuesta.

**Palabras clave:** síndrome verrucoso, leishmaniasis cutánea.

## HISTORIA CLÍNICA

Hombre de treinta y tres años, natural de Medellín y actualmente residente allí, quien vivió diez años en Chocó. Consulta por diez años de evolución de lesión verrucosa en la pierna derecha, con prurito y sangrado ocasional. Antecedente de tuberculosis pulmonar tratada en la infancia. Al examen físico se encuentra una placa infiltrada de 6 cm de diámetro, con centro acrómico, cicatricial y borde indurado, costroso, localizada en cara lateral del tercio proximal de la pierna derecha (Figura 1). Además, se palpan adenopatías inguinales pequeñas, múltiples y dolorosas ipsilaterales. A la histopatología se encontró hiperplasia pseudoepiteliomatosa epidérmica e infiltrado dérmico de predominio mono-

nuclear (Figura 2). Las coloraciones con Gram, Giemsa, plata - metenamina y Ziehl - Nielsen practicadas a la muestra fueron negativas.

Se tiene, entonces, un diagnóstico inicial de síndrome verrucoso, el cual, considerando las características clínicas



Figura 1. Placa de aspecto verrucoso en la pierna derecha.



Figura 2. Fotografía microscópica. Coloración con hematoxilina-eosina (40X) en la que se observa hiperplasia pseudoepiteliomatosa de la epidermis y un denso infiltrado mixto en la dermis.

**Milton Mejía Montoya**, Residente de Dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

**Mónica Gaviria Muñoz**, Docente de Dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

**Alejandro Vélez**, Docente de Patología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

Correspondencia: Milton Mejía Montoya; Clínica Universitaria Bolivariana, Calle 78 B # 72-A-109. Medellín, Colombia. E-mail: mejiamont@epm.net.

## Síndrome verrucoso

y epidemiológicas del paciente, se estudia con las siguientes opciones:

1. Esporotricosis fija: Se descarta por coloración con plata-metamina negativa en el tejido afectado y cultivo para *Sporothrix schenckii* sin crecimiento del hongo.
2. Cromoblastomycosis: KOH negativo, ausencia de cuerpos escleróticos de Medlar, coloración con plata-metamina negativa y cultivo negativo.
3. Carcinoma escamocelular verrucoso: histopatología no compatible.
4. Tuberculosis verrucosa cutis: la coloración de Ziehl-Nielsen practicada al tejido fue negativa, al igual que el cultivo para micobacterias.
5. Infección por *Mycobacterium marinum*: cultivo negativo para micobacterias no tuberculosas.
6. Leishmaniasis cutánea: se practicaron múltiples directos, cultivo para *Leishmania* y PCR de tejido que resultaron negativos; pero el antecedente epidemiológico del paciente (residente en zona endémica durante el inicio del cuadro clínico), la cronicidad de la lesión que favorece el aspecto verrucoso, la prueba de Montenegro positiva (mayor de 10 mm con patrón flictenular) y una inmunofluorescencia indirecta para *Leishmania* positiva 1:32 apoyan el diagnóstico.

Se inicia entonces tratamiento con Glucantime® 20 mg/kg/día por vía intramuscular durante 28 días, obteniéndose una excelente respuesta clínica (Figuras 3, 4).



Figura 3. Aspecto de la lesión durante el tratamiento con anti-moniato de meglumine. Nótese la disminución en el espesor de la placa.



Figura 4. Cuatro meses después de finalizado el tratamiento se observa una mácula acrómica con hiperpigmentación periférica residual.

## COMENTARIO

La leishmaniasis cutánea se manifiesta clásicamente por lesiones únicas o múltiples consistentes en úlceras circulares, con bordes elevados y regulares; pero también pueden presentarse lesiones vegetantes, verrucosas o nodulares, usualmente sin dolor local y frecuente compromiso linfático.<sup>1,2</sup> A la histopatología se evidencia infiltrado inflamatorio en el patrón nodular, con formación de granulomas tuberculoides y necrosis; el infiltrado está integrado por histiocitos, linfocitos, plasmocitos y neutrófilos; la presencia de amastigotes es variable según el tiempo de evolución de la lesión clínica.<sup>3,4</sup> En el caso aquí descrito es comprensible la no evidencia de tales estructuras, ya que la lesión llevaba diez años de evolución, observándose a la hematoxilina-eosina sólo un infiltrado inflamatorio nodular dérmico predominantemente mononuclear. Adicionalmente contribuyen al diagnóstico estudios inmunológicos, como la prueba de Montenegro que demuestra la exposición actual o previa del paciente a los antígenos del parásito,<sup>2</sup> y la búsqueda de anticuerpos por inmunofluorescencia indirecta (IFI).

Ante la presencia de una placa verrucosa de evolución prolongada como la presentada en este caso, las posibilidades diagnósticas son múltiples, debiéndose tener en cuenta procesos infecciosos generados por diversos agentes como *Leishmania*, hongos y micobacterias tuberculosas o no, además de lesiones neoplásicas, particularmente el carcinoma escamocelular. En estas circunstancias el conocimiento completo de los antecedentes epidemiológicos del paciente mediante una buena historia clínica y el apoyo en

## *Síndrome verrucoso*

un estudio microbiológico e histopatológico bien dirigido son factores decisivos para llegar a un diagnóstico preciso y a una adecuada orientación terapéutica.

### **SUMMARY**

We report the case of a thirty year-old man. He complained of ten years of a verrucous lesion in his right leg.

Initial diagnosis was verrucous syndrome, after a deep epidemiological, clinical and laboratory analysis, the final diagnosis was cutaneous leishmaniasis. Patient was treated with meglumine antimoniate obtaining an excellent response.

**Key words:** verrucous syndrome, cutaneous leishmaniasis.

## *Bibliografía*

1. Smego RA, Jr., Castiglia M, Asperilla MO. Lymphocutaneous syndrome: A review of non-sporothrix causes. *Medicine* 1999; 78:38-63.
2. Klaus SN, Frankenburg S. Leishmaniasis, En: Fitzpatrick TB, Eisen A, Wolf K, et al. *Dermatology in General Medicine*. USA, McGraw - Hill, 1999:2609-15
3. Grevelink SA, Lerner EA. Leishmaniasis. *J Am Acad Dermatol* 1996;34:257-72
4. Herwaldt BL, Arana BA, Navin TR. The natural history of cutaneous leishmaniasis in Guatemala. *J Infect Dis* 1992;165:518-27

