

Úlceras por leishmaniasis

Ana Carolina Santi

Médica Cirujana, especialista en Flebología. Centro Médico Nueva Salud, Directora Médica, Resistencia, Chaco. República Argentina.

Flebología 2017;43:43-48

Resumen

Teniendo en cuenta que la leishmaniasis es una enfermedad parasitaria endémica en nuestro país y que tiene tratamiento etiológico normatizado, el presente trabajo y presentación de caso clínico pretende mostrar al especialista que recibe úlceras en miembros inferiores a diario en el consultorio, que cada paciente debe ser evaluado en particular, el flebólogo debe tener la capacidad de realizar un diagnóstico adecuado, teniendo siempre presente la anamnesis y características propias que ocasiona este parásito para derivación y tratamiento oportuno.

Palabras claves. Leishmaniasis, úlceras, miembros inferiores.

Ulcers by leishmaniasis

Summary

Taking into account that leishmaniasis is an endemic parasitic disease in our country and that has normalized etiological treatment, the present work and clinical case presentation is intended to show the specialist who receives ulcers in lower limbs every day in the office, that each patient should

be evaluated in particular, the phlebologist must be able to make an adequate diagnosis, always bearing in mind the anamnesis and own characteristics that causes this parasite for shunt and timely treatment.

Key words. Leishmaniasis, ulcers, lower limbs.

Introducción y conceptos

Las úlceras constituyen una patología importante en la práctica diaria de los profesionales de la salud y en todos los niveles de asistencia. La etiología de estas úlceras responde mayoritariamente a patología derivada de insuficiencia venosa, enfermedad arterial o diabetes; sin embargo, existen úlceras que obedecen a causas menos frecuentes y cuyo conocimiento es imprescindible para poder instaurar un tratamiento adecuado.

¿Qué es la leishmaniasis?

La leishmaniasis es una enfermedad causada por parásitos transmitidos al ser humano por la picadura de distintas especies de insectos flebótomos. Las lesiones en la piel por lo regular comienzan en el sitio de la picadura del flebótomo aunque solo una pequeña parte de las personas infectadas por *Leishmania* acaban padeciendo la enfermedad.¹

Hay tres formas principales de leishmaniasis: *visceral* (la forma más grave de la enfermedad, a menudo conocida como kala-azar), *cutánea* (la más común) y la *mucocutánea*.

Correspondencia: Dra. Ana Carolina Santi
Correo electrónico: anacarosc@hotmail.com

La enfermedad afecta a las poblaciones más pobres del planeta y está asociada a la malnutrición, los desplazamientos de población, las malas condiciones de vivienda, la debilidad del sistema inmunitario y la falta de recursos.

¿Qué nos pasa en el Nordeste?

La primera epidemia registrada en la Argentina comenzó en 1985 en el Noroeste de la provincia de Salta. Se produjeron luego brotes en otras provincias norteañas, en áreas ubicadas al pie de la selva húmeda subtropical de yungas, que luego se extendieron a la región del monte chaqueño y, finalmente, llegaron a la selva subtropical paranaense. Hoy la enfermedad ha vuelto a estar presente en toda su área histórica, que abarca unos 500.000 km² y comprende sectores de las provincias de Salta, Jujuy, Tucumán, Catamarca, Santiago del Estero, Formosa, Chaco, Corrientes y Misiones. Entre 1984 y 2008 el sistema de salud registró 7.947 casos en la Argentina con una mayor proporción de mujeres y niños que en 1930. Debido al diagnóstico temprano y al acceso a tratamiento estándar, se redujo la proporción de enfermos de leishmaniasis cutánea que desarrollan con los años una leishmaniasis mucosa.²

El parásito aislado con mayor frecuencia durante estas epidemias pertenece a la especie *Leishmania braziliensis*.

Ningún animal cumplió hasta el momento los requisitos para ser considerado su reservorio, aunque humanos, equinos, caninos y felinos pueden ser huéspedes accidentales.

Los flebótomos descansan durante el día en los rincones, especialmente en las anfractuosidades de las piedras, de los muros, de los troncos de los árboles. Vuelan al atardecer y las hembras, que son las únicas hematófagas, son más activas a la caída del día. Varias especies pican también en el día cuando son molestadas por el ingreso del hombre a su medio ambiente (efecto de intrusión). Esta actividad diurna juega un papel muy importante en la contaminación de los que trabajan en el desmonte de la selva. Las especies peridomésticas pueden ser endófilas o exófilas.

Los reservorios de la leishmaniasis son los animales domésticos como el perro y los animales salvajes. En una región dada una especie de

leishmania es fácilmente mantenida por un solo huésped reservorio, sin importar si otros mamíferos pueden ocasionalmente encontrarse infestados. Un animal es reconocido como reservorio si representa en el medio natural una fuente de infestación para los flebótomos y si la tasa de animales que se encuentran infestados es elevada. Además, un buen reservorio debe presentar una infección prolongada que no le produzca la muerte rápidamente, para que represente una fuente real de infección para los flebótomos. De hecho, los animales salvajes no presentan generalmente los síntomas clínicos. El perro, al contrario, muere de leishmaniasis, por invasión de sus vísceras en un plazo de seis meses a dos años. Aunque hay unas 70 especies animales, entre ellas el hombre, que son reservorios naturales de leishmania.⁴

Leishmaniasis visceral (también conocida como kala azar): es mortal si no se trata. Se caracteriza por episodios irregulares de fiebre, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia y anemia. Es altamente endémica en el subcontinente indio y África oriental. Se estima que cada año se producen en el mundo entre 200.000 y 400.000 nuevos casos de leishmaniasis visceral, más del 90% de ellos en seis países: Bangladesh, Brasil, Etiopía, India, Sudán y Sudán del Sur.

Leishmaniasis mucocutánea: conduce a la destrucción parcial o completa de las membranas mucosas de la nariz, la boca y la garganta. Aproximadamente un 90% de los casos de leishmaniasis mucocutánea se producen en el Brasil, el Estado Plurinacional de Bolivia y el Perú.

Leishmaniasis cutánea: es la forma más frecuente de leishmaniasis y produce en las zonas expuestas del cuerpo lesiones cutáneas, sobre todo ulcerosas, que dejan cicatrices de por vida y son causa de discapacidad grave. Aproximadamente un 95% de los casos de leishmaniasis cutánea se producen en las Américas, la cuenca del Mediterráneo, Oriente Medio y Asia Central.

Más de dos terceras partes de los casos nuevos aparecen en seis países: Afganistán, Argelia, Brasil, Colombia, República Islámica de Irán y República Árabe Siria. Se calcula que cada año se producen en el mundo entre 0,7 y 1,3 millones de casos nuevos.

Forma cutánea: etapas

La lesión ya establecida de leishmaniasis, inicialmente papulosa, redondeada u ovalada, asintomática o levemente pruriginosa, puede ser única o múltiple y de localización preferente en cara o áreas de piel descubiertas. Paulatinamente va tomando un tono rojizo más oscuro, al tiempo que se infiltra y aumenta de tamaño. La superficie se cubre ocasionalmente de escamas furfuráceas y, en 1-3 meses se va transformando en una lesión nodular, o una placa infiltrada en profundidad, en cuyo centro comienza a brotar un exudado seropurulento cuya desecación da lugar a una costra firmemente adherida o no. En algunos casos, al desprender la costra, se aprecian en su cara profunda una serie de espigones córneos, similares a los de las lesiones hiperqueratósicas de lupus eritematoso discoide, y bajo ella aparece una úlcera de bordes más o menos elevados y fondo irregular cubierto por un exudado seropurulento. En esta fase, la lesión ulcerosa puede tener una dimensión variable, entre 2 y 8 cm incluso más; la piel que la recubre tiene un tono rojo vinoso-violáceo, aspecto ligeramente arrugado, y con frecuencia está rodeada de una zona edematosa e indurada. Puede haber satelitosis por linfangitis nodular y adenopatías.

Diagnóstico diferencial de leishmaniasis cutánea y sus formas:

Lesión	Patología
Lesiones ulcerosas	Úlceras Traumáticas, Úlceras Vasculares y Linfáticas, Piógenas, Esporotricosis Fija y Linfagítica, Paracoccidioidomicosis, TBC Cutánea, Úlceras por Microbacterias Atípicas, Pioderma Gangrenoso y Tumores Malignos Ulcerados, e Infecciones por Cocos Gram Positivos.
Lesiones papulosas, nodulares o en placas	Picaduras de Insecto con formación de Granuloma, Lepra, Sarcoidosis, Psoriasis.
Lesiones Verrugosas	Cromomicosis, Tuberculosis Verrugosa, Histoplasmosis, Lobomicosis, Carcinomas Espinocelulares.
Formas Linfangíticas	Esporotricosis, Úlceras por microbacterias Atípicas.

Algoritmo diagnóstico:

Clinico: úlcera redondeada u ovalada de bordes sobre elevados eritematovioláceo y fondo granulomatoso.

Epidemiológico: zonas forestales con clima subtropical húmedo, individuos que vienen o se introducen en el hábitat del vector.

Parasitológico:

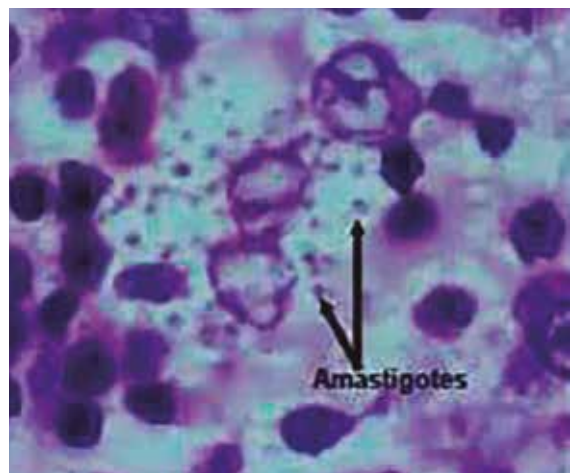
- Directos - frotis: rápido y sensible (de elección).
- Cultivo: identificación de la cepa.
- Histopatológico: granuloma infl.
- Baja sensibilidad.

Inmunológico: indirecto. Elisa.

Diagnóstico:

El diagnóstico de la infección activa por leishmania se basa en la demostración de parásitos en material de biopsia de tejidos, de lesiones de la piel en la forma cutánea y de la médula ósea o del bazo en forma visceral.

El diagnóstico de rutina es parasitológico e inmunoserológico (antígeno recombinante rK39). La prevención y control se han enfocado en el diagnóstico oportuno con control de calidad y tratamiento adecuado del caso de leishmaniasis humana, la erradicación del reservorio canino (sintomático y asintomático), la intervención antivectorial y estrategias comunicativas.⁶



Presencia del parásito en la muestra.

Tratamiento

En Argentina, actualmente, se halla normatizado con el esquema terapéutico sugerido por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las drogas de primera línea son: antimoniales pentavalentes, antimoniato de meglumina o estibogluconato de sodio exclusivamente en dosis y formas de administración recomendadas.

Por vía intramuscular con antimoniato de meglumina (*Glucantime*®): 20 mg de Sb+5/kg de peso. La dosis máxima diaria fue de 850 mg de antimonio pentavalente. Cada paciente recibe inyección de una ampolla de la droga durante 20 días consecutivos, seguido de un intervalo de 10 días sin tratamiento. Después de ese lapso los pacientes son examinados clínicamente para decidir si es necesario repetir otras series de 20 días de tratamiento hasta lograr la cura. Debido a los efectos colaterales atribuidos a la terapia antimonial, a cada paciente, antes y durante el tratamiento se les realizaban controles electrocardiográficos. Las drogas alternativas: anfotericina B y pentamidina.⁵

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, de 51 años de edad, odontóloga, con residencia en ciudad de Resistencia, Chaco, y refiere casa de fin de semana en Villa Fabiana, a orillas de Río Negro. Motivo de consulta: pápula eritematosa y pruriginosa (Figura 1 A); algunas de ellas evolucionaron paulatinamente en lesiones ulcerosas (Figura 1 B), 1 ovalada de 2x3 cm y otra redondeada de 1 cm de diámetro en dorso de pie derecho de bordes sobreelevados de coloración eritemato-violácea, edema circundante, levemente pruriginoso y dolor moderado y edema en tobillo doloroso (Figura 1 D). La paciente refiere haber recibido indicación para tratamiento de las lesiones con sulfadiazina de plata, curaciones diarias y cefalexina vía oral durante 24 días de tratamiento, sin éxito. Se solicita exámenes complementarios: laboratorio: eritrosedimentación aumentada (43 mm/hr). Orina completa: piocitos 15 por campo. Ecodoppler dentro de parámetros normales.

Figura 1 A.



Figuras 1 B.



Figura 1 C.

Se deriva a la paciente a médico infectólogo del laboratorio del Instituto de Medicina Regional-Chaco-UNNE, donde se realizaron pruebas de laboratorio: Cultivo y biopsia de pie. Cultivo de lesión: positivo para *Staphylococcus aureus*. Estudio histopatológico: infiltrado inflamatorio

**Figura 1 D.**



Estas últimas 3 fotos corresponden a la etapa final de la evolución, quedando una cicatriz plana perenne.

inespecífico. La paciente es derivada a laboratorio del Instituto de Medicina Regional-Chaco-UNNE, donde continuaron estudios. Frotis: se observaron amastigotes. Examen de mucosa nasofaríngea: no se observaron alteraciones mucosas. Diagnóstico: Leishmaniasis cutánea primaria a focos múltiples. La paciente es tratada con *Glucantime* vía intramuscular por 32 días y cefalexina 500 mg cada 8 horas por 7 días; cura local. Evoluciona favorablemente perdiendo costra quedando por debajo lesión cicatrizal plana.

Conclusión

En ocasiones nos encontramos con que la etiología de las úlceras de miembros inferiores no es fácil de identificar y su manejo en consecuencia se vuelve complejo. Otras veces nos encontramos ante úlceras tópidas, de difícil cicatrización, aunque aparentemente sin motivo que lo justifique; es en estas situaciones cuando debemos revisar de nuevo toda la información clínica que nos ha llevado al diagnóstico y actualizar éste en consecuencia, para si procede, aplicar un nuevo tratamiento. Tanto la evidencia científica como la práctica clínica demuestran que el principal condicionante para un buen tratamiento de las úlceras de extremidades inferiores es la rapidez en el

diagnóstico y actuación sobre las causas que las desencadenan; para ello es necesario realizar una completa anamnesis, exploración física, vascular y neurológica, así como acometer las exploraciones complementarias necesarias según la clínica (cultivos, bioquímica, biopsia). Debemos prestar especial atención a identificar y abordar todos los factores implicados en las úlceras de difícil cicatrización.

Aunque ante el diagnóstico de una úlcera en los miembros inferiores, la etiología vascular suele ser la causa más frecuente, no debemos olvidar aquellas otras causas minoritarias. Es importante conocer las claves para detectarlas a tiempo, formando parte de un equipo multidisciplinario (dermatólogo, cirujano vascular, cirujano plástico, endocrinólogo, reumatólogo, hematólogo, etc.), con el objetivo de aplicar el tratamiento correcto a la úlcera, mejorando la calidad de vida del paciente y disminuyendo los costos de la atención sanitaria.

Referencias

1. Fitzpatrick T. Dermatología en Medicina General. Buenos Aires. Ed Panamericana. 2005; 3: 2504-2514.
2. Consenso sobre leishmaniasis. Prof Dra Ana Lorenz. Sociedad Argentina de
3. Dermatología. Nota descriptiva N°375-Febrero de 2015-OMS.
4. Arenas R. Leishmaniasis. Atlas dermatología, diagnóstico y tratamiento 2005; 111: 456-459.
5. Sosa Estani S, Salomón O. Aspectos clínicos, epidemiológicos y entomológicos de la transmisión de la leishmaniasis en la República Argentina. Sociedad Iberoamericana de Información Científica. (SIIC) 2001.
6. Manual de procedimientos para en nivel gerencial y profesional.
7. Sobre Leishmaniasis. Programa nacional de Garantía de la calidad de la atención Médica. Ministerio de Salud. Pres. de la Nación. Res. 386/2005.
8. Ramos S, Méndez E, Labat A, et al. Úlceras de pierna: causas infrecuentes. Rev Med Uruguay 2001; 17: 33-41.