

## Leishmaniasis cutánea en paciente senegalés

B. González-Llavona<sup>a</sup>, G. Biosca-Echenique<sup>b</sup>, A. Soto-Díaz<sup>a</sup>, M.J. Naranjo-Díaz<sup>a</sup>,  
B. Espadafor-López y V. García-Mellado<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Sección de Dermatología. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. España.

<sup>b</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Cecilio. Granada. España.

Las leishmaniasis cutáneas son un grupo de enfermedades con gran polimorfismo clínico, producidas por protozoos del género *Leishmania*, que se adquieren a través de la picadura de mosquitos flebotomos. Se trata de una zoonosis endémica en España, actuando el perro como principal reservorio. Todas las formas de leishmaniasis en nuestro país se deben a la especie *Leishmania infantum*, que suele producir lesiones de carácter leve, en áreas descubiertas, afectando sobre todo a los niños.

Se presenta el caso de una leishmaniasis cutánea importada, en un paciente de Senegal, que presentaba unas características clínicas algo distintas de las lesiones típicas producidas por *L. infantum* que estamos más habituados a ver en nuestro país, ya que las lesiones eran múltiples, de gran tamaño, muy inflamatorias y exudativas, diferencias que creemos pueden atribuirse al tipo de leishmania endémica en Senegal: *L. major*.

Con el aumento de la población inmigrante y los viajes al extranjero, resulta indispensable para el dermatólogo el familiarizarse con cuadros de dermatología tropical que en un futuro muy próximo se harán habituales en la práctica clínica diaria.

Palabras clave: leishmaniasis cutánea, *Leishmania major*, *Leishmania infantum*, Senegal.

### CUTANEOUS LEISHMANIASIS IN A SENEGAL PATIENT

**Abstract.** Cutaneous leishmaniasis is a group of diseases with vast clinical polymorphism produced by protozoa of the genus *Leishmania*, that is acquired through the bite of sandflies.

It is an endemic zoonosis in Spain, being the dog the main reservoir. In our country all forms of leishmaniasis are due to *Leishmania infantum* species, that usually produces mild lesions in uncovered areas, mainly in children.

We report an imported case of cutaneous leishmaniasis in a Senegal patient that presented clinical characteristics unusually different from the typical lesions produced by *L. infantum* that we are used to evaluate. The lesions were multiple, large, very inflammatory and exudative; these differences may be attributed to the type of endemic leishmania in Senegal: *L. major*.

Given the increase in immigrant population and travels abroad, it is essential for the dermatologist to become familiar with skin diseases of tropical areas that, in the near future, will be more common in daily clinical practice.

**Key words:** cutaneous leishmaniasis, *Leishmania major*, *Leishmania infantum*, Senegal.

### Introducción

Las leishmaniasis son un conjunto de enfermedades con distinto espectro clínico, producidas por un grupo heterogéneo de protozoos del género *Leishmania*, del que existen

más de dos docenas de especies. La infección se transmite por medio de la picadura de mosquitos vectores de los géneros *Phlebotomus* y *Lutzomyia*, actuando como reservorios distintas especies de mamíferos, roedores e incluso el propio ser humano. Existen multitud de especies de *Leishmania* según la zona geográfica.

Se trata de una enfermedad endémica en nuestro país, donde existen tanto formas cutáneas como viscerales. La única especie causante de leishmaniasis en nuestro medio es *Leishmania infantum*, sin embargo, con el aumento progresivo de población inmigrante, es posible observar cuadros clínicos de leishmaniasis importados, producidos por otras es-

Correspondencia:

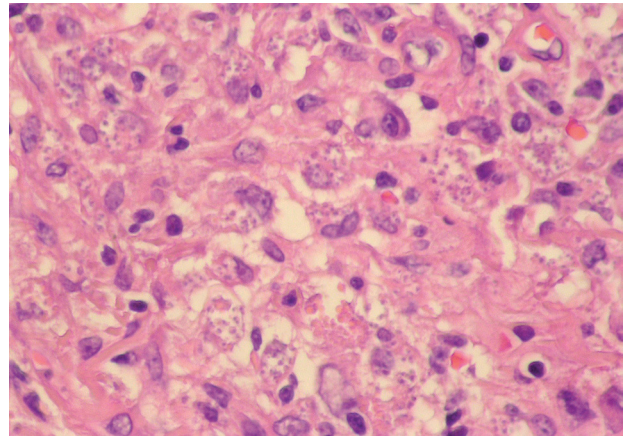
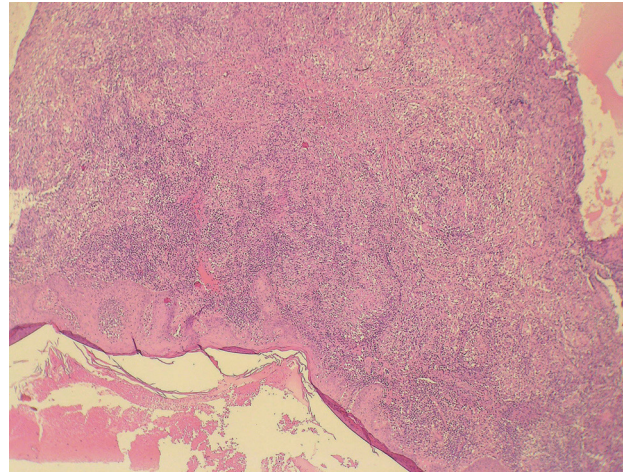
Beatriz González Llavona.

Sección de Dermatología. Hospital Virgen de las Nieves.

Avda. Fuerzas Armadas, s/n. 18014 Granada.

bgllavona@yahoo.com

Aceptado el 18 de octubre de 2006.



pecies distintas y con rasgos clínicos diferentes. Presentamos un caso de leishmaniasis cutánea en un paciente senegalés, con unos rasgos clínicos algo distintos de las formas de leishmaniasis cutánea que estamos más habituados a ver en nuestro país, peculiaridades muy posiblemente atribuibles al tipo de especie productora de leishmaniasis en Senegal: *L. major*.

### Caso clínico

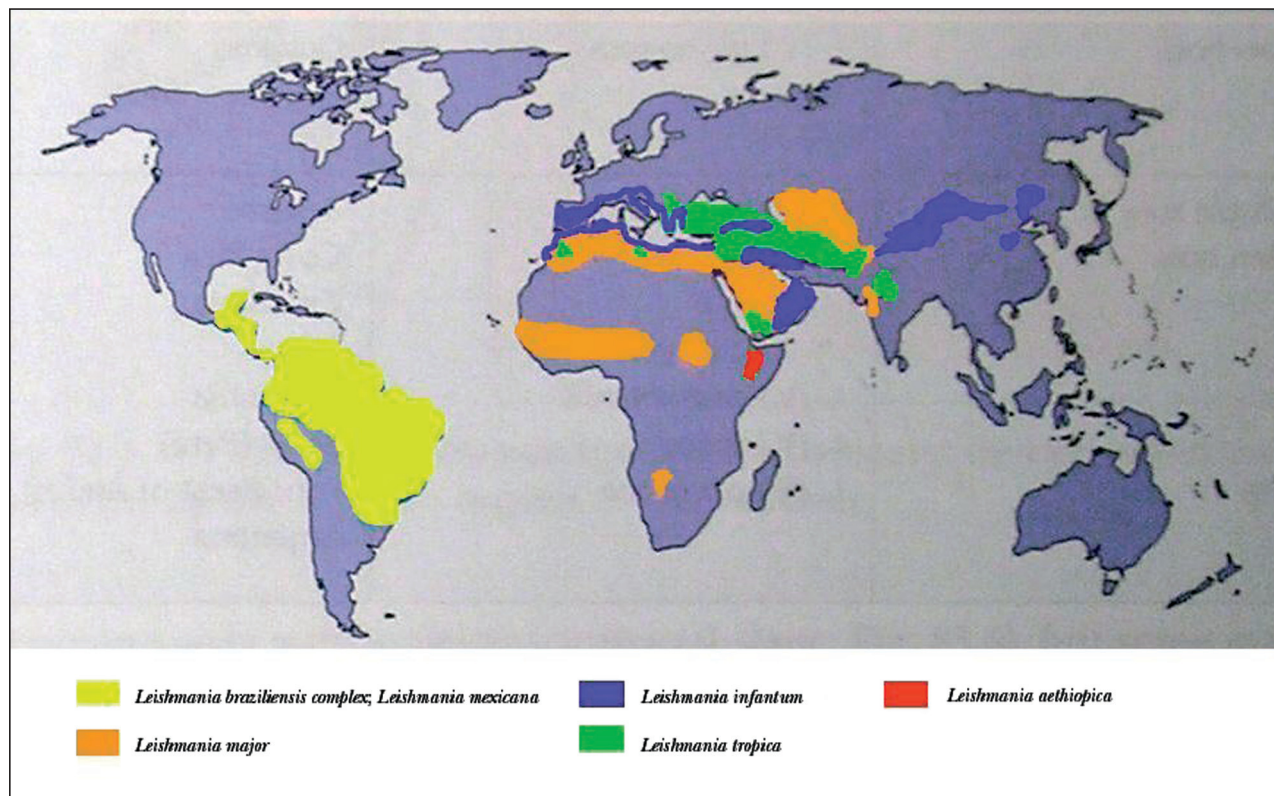
Se trata de un varón de 38 años, procedente de Senegal, que llevaba en España tan sólo 20 días, sin antecedentes médicos de interés, y que acudió a la consulta por la aparición de unas lesiones cutáneas asintomáticas en la muñeca derecha, de mes y medio de evolución (el cuadro comenzó en Senegal), que poco a poco habían ido creciendo y se habían ulcerado. Había realizado diversos tratamientos con antibióticos tópicos y sistémicos sin obtener ninguna respuesta.

En la exploración física se apreciaban dos nódulos ulcerados, en dorso y cara volar de la muñeca derecha, de 5 cm de eje mayor, con un centro necrótico y friable y bordes sobre-elevados e infiltrados (figs. 1 y 2). El resto de la exploración física fue normal, incluyendo ausencia de adenopatías.

El diagnóstico diferencial se planteó fundamentalmente con infecciones bacterianas, fúngicas, por micobacterias, tumores malignos y úlcera tropical. Se procedió a la biopsia con *punch* de 6 mm de los bordes de la lesión y se realizó cultivo para bacterias, hongos y micobacterias, resultando negativo.

El resultado de la biopsia mostró un denso infiltrado inflamatorio en dermis superficial y profunda, acompañado de numerosos cuerpos ovalados de unas 6 micras, tanto dentro como fuera de los macrófagos, que se corresponden con los amastigotes (forma intracelular que adopta la *Leishmania* en el huésped, a diferencia de la forma promastigote que adopta en el mosquito vector) (figs. 3 y 4).





El diagnóstico microbiológico fue leishmaniasis cutánea por *L. major*, atendiendo a criterios clínico-epidemiológicos.

Dado que las lesiones de nuestro paciente destacaban por ser múltiples, grandes y muy inflamatorias, se optó por un tratamiento sistémico con glucantime (antimoniato de meglumina) 20 mg/kg/día durante 28 días vía intramuscular. Al mes de tratamiento las lesiones presentaban claros signos de regresión, en forma de cicatrices hipopigmentadas, algo deprimidas y un tanto inestéticas.

## Discusión

La leishmaniasis constituye un gran problema de salud pública, siendo endémica en 88 países (16 desarrollados y 72 subdesarrollados), con una prevalencia de 12 millones de enfermos y una incidencia de unos 2 millones de casos nuevos al año. Además, las cifras oficiales subestiman la realidad debido a que se trata de una enfermedad muy infradeclarada (sólo en 40 países es de declaración obligatoria)<sup>1</sup>.

Existen multitud de especies de *Leishmania* según la zona geográfica, y clásicamente se han dividido de manera didáctica en formas del «Viejo Mundo» (Asia, Europa y África) y formas del «Nuevo Mundo» (América). La clínica

es muy variada, pero la podemos agrupar en tres grandes síndromes: la leishmaniasis visceral o Kala-azar, mortal y sin tratamiento; la leishmaniasis mucocutánea o espundia, que produce lesiones erosivas de mucosa nasal, oral y faríngea provocando gran desfiguración y la leishmaniasis cutánea, de la que nos ocuparemos de ahora en adelante.

La forma característica de leishmaniasis cutánea en el «Viejo Mundo» es el botón de oriente y, según la zona geográfica, puede estar producida por las siguientes especies: *L. infantum*, *L. tropica*, *L. aethiopia* y *L. major*<sup>2,3</sup>.

En España, así como en el resto de países del suroeste europeo (Francia, Italia, Chipre, Malta, etc.) la única especie de leishmania identificada como causante de leishmaniasis cutánea es *L. infantum*, en la que por análisis enzimático mediante electroforesis es posible distinguir varios zimodemos (cepas que se distinguen por su distintivo perfil enzimático)<sup>4</sup>. Dos especies de flebotomos han sido identificadas como vectores: *P. perniciosus* y *P. ariasi*<sup>2</sup>.

En Senegal la leishmaniasis cutánea es endémica y está producida por la especie *L. major* (zimodemo MON-26)<sup>5</sup> (fig. 5). El reservorio lo conforman varias especies de roedores (*Tatera*, *Aricanthus*, *Mastomys*, etc.)<sup>6</sup> y el principal vector es *P. dubosczi*<sup>7</sup>.

En cuanto a la clínica de la leishmaniasis cutánea existe un gran polimorfismo clínico, y el tipo de lesión va a depender de tres factores: parásito (patogenicidad, virulencia,

etc.), vector (número de picaduras, tipo de saliva, etc.) y huésped (susceptibilidad genética y estado inmunitario)<sup>8</sup>. Las lesiones suelen afectar áreas descubiertas, como cara y extremidades. Son normalmente asintomáticas, a no ser que se sobreinfecten. No es posible distinguir la especie de leishmania por el aspecto clínico de la lesión, pero ante el caso atípico que se nos presentaba, nos preguntamos si existirían rasgos clínicos característicos de *L. major* que pudieran diferenciarla de las lesiones por *L. infantum*. En efecto, existen rasgos clínicos orientativos de cada especie:

En nuestro medio la lesión típica por *L. infantum* suele comenzar como una pequeña pápula eritematosa, única o múltiple, parecida a la picadura de un mosquito, asintomática o levemente pruriginosa, que se infiltra y crece lentamente para formar, en uno o tres meses un nódulo o placa infiltrada, que puede llegar a ulcerarse para transformarse en costrosa. Bajo la costra queda una úlcera de fondo irregular y bordes elevados. La lesión puede permanecer durante meses o incluso años, y si se dejara evolucionar acabaría por curar espontáneamente. La transmisión suele ser periurbana y el perro es el principal reservorio<sup>8</sup>.

Sin embargo *L. major* produce la llamada úlcera rural, húmeda y zoonótica<sup>7</sup>. Las dos formas clínicas más frecuentes son las formas ulceradas y las costrosas<sup>9</sup>. Las lesiones suelen ser a menudo múltiples, muy inflamatorias y exudativas<sup>10</sup>, existiendo casos descritos de infecciones de tipo esporotricóide (múltiples lesiones siguiendo un trayecto linfático), así como formas de leishmaniasis difusa<sup>11</sup> y linfadenitis necrotizante y supurativa<sup>12</sup>.

El reservorio lo forman fundamentalmente roedores (*Tatera gambiana*, *Mastomys erythroleucus*, etc.)<sup>6</sup> y la transmisión suele producirse en el entorno rural.

El diagnóstico se hace fundamentalmente mediante examen microscópico, buscando parásitos en frotis de exudados, biopsias cutáneas y muestras de punción-aspiración con aguja fina. Otras técnicas, como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), no se realizan habitualmente, salvo con fines de investigación.

Las leishmaniasis cutáneas localizadas, sobre todo las del «Viejo Mundo», no siempre necesitan tratamiento por su tendencia natural hacia la curación espontánea, y cuando se decide tratarlas (por ser grandes, múltiples, o se prevea cicatriz inestética), el tratamiento intralesional con antimoniales pentavalentes sería de elección. Se suele utilizar antimoniato de meglumina (glucantime) a dosis variables, entre 0,1-2 ml por lesión dos veces a la semana, quincenal o mensual<sup>13</sup>. Otras alternativas serían el tratamiento tópico con una fórmula de paramomicina, el imiquimod<sup>14</sup> y la criocirugía para lesiones pequeñas<sup>15,16</sup>. El fluconazol oral, a dosis de 200 mg/día durante 6 semanas ha demostrado ser un tratamiento eficaz y seguro en casos de leishmaniasis cutánea por *L. major* MON-26, como pone de manifiesto el estudio hecho por Alrajhi AA et al<sup>17</sup>. Sin embargo, otras especies distintas de *L. major* pueden no responder a

este tratamiento. Aunque algunas formas pueden requerirlo, como el caso de nuestro paciente, la terapia sistémica con antimoniales no suele ser necesaria.

Con la presentación de este caso de leishmaniasis importada, con una clínica poco habitual en nuestro medio, se pretende aportar nuestra corta experiencia para llamar la atención sobre la necesidad para el dermatólogo de familiarizarse con cuadros de dermatología tropical, pues con el aumento progresivo de la población inmigrante y de los viajes al extranjero, estos cuadros se convertirán en una parte importante de nuestra práctica diaria en un futuro muy próximo.

#### Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses

#### Bibliografía

1. WHO Report on Global Surveillance of Epidemic-prone Infectious Diseases. WHO/CDS/CSR/ISR/2000.
2. García-Almagro D. Leishmaniasis cutánea. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96:1-24.
3. Sagüeza OP. Leishmaniasis. En: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini R, editores. *Dermatología*. Madrid: Elsevier; 2004. p. 1.295-300.
4. Martín Sánchez J, Gramiccia M, Di Muccio T, Ludovisi A, Morillas-Márquez F. Isoenzymatic polymorphism of *Leishmania infantum* in southern Spain. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2004;98:228-32.
5. Dedet JP, Safjanova JM, Le Blancq SM, Desjeux P. Caracterisation de souches de *Leishmania major* isolées au Sénégal (Afrique de l'Ouest). En: Rioux JA, editor. *Leishmania: Taxonomie et Phylogénèse*. Montpellier: Applications Ecoépidémiologiques. IMEEE; 1986. p. 463-69.
6. Dedet JP, Derouin F, Hubert B, Schnur LF, Chance ML. Isolation of *Leishmania major* from *Mastomys erythroleucus* and *Tatera gambiana* in Senegal (West Africa). *An Trop Med Parasitol.* 1979;73:433-7.
7. Zijlstra E. Leishmaniasis. En: Parry E, Godfrey R, Mabey D, Gill G, editores. *Principles of Medicine in Africa*. Cambridge: Cambridge University Press; 2004. p. 456-74.
8. García Almagro D. Leishmaniasis cutánea. En: España Alonso A, editor. *Fisiopatología de las enfermedades cutáneas IV*. Madrid: Aula Médica; 2004.
9. Larivière M. Aspects cliniques et épidémiologiques de la leishmaniose cutanée au Sénégal. *Bull Soc Pathol Exot Filiales.* 1966;59: 83-98.
10. Belazzoug S, Ammar-Khodja A, Belkaid M, Tabet-Derraz O. La Leishmaniose cutanée du nord d'Algerie. *Bull Soc Pathol Exot.* 1985;78:615-22.
11. Develoux M, Diallo S, Dieng Y, Mane I, Huerre M, Pralong F, et al. Diffuse cutaneous leishmaniasis due to *Leishmania major* in Senegal. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 1996;90: 396-7.
12. Gaafar A, Ismail A, el Kadaro AY, Hashim E, Khalil EA, el Hassan AM. Necrotizing and suppurative lymphadenitis in *Leishmania major* infections. *Trop Med Int Health.* 1996; 1:243-50.

13. Shazad B, Abbaszadeh B, Khamesipour A. Comparison of topical paromomycin sulfate (twice/day) with intralesional meglumine antimoniate for the treatment of cutaneous leishmaniasis caused by *L. major*. *Eur J Dermatol.* 2005;15:85-7.
14. Leishmaniasis tratadas con imiquimod. *Actas Dermosifiliogr.* 2003;94 Supl 1:61-2.
15. Alcalde M, Delgado V, Gutiérrez MT, et al. Leishmaniasis cutáneas: alternativas terapéuticas al glucantime. *Actas Dermosifiliogr.* 1989; 80:259-66.
16. El On J, Halevy S, Grunwald M, Weinrauch L. Topical Treatment of Old World Cutaneous leishmaniasis caused by *Leishmania major*: a double blind control study. *J Am Acad Dermatol.* 1992;27:27-31.
17. Alrajhi AA, Ibrahim EA, De Vol EB, Khairat M, Faris RM, Maguire JH. Fluconazole for the treatment of cutaneous leishmaniasis caused by *Leishmania major*. *N Engl J Med.* 2002;346:891-5.