

Leishmaniasis cutánea esporotricóide

M. López-Escobar^a, M. Drake-Monfort^a, R. Salesa-Gutiérrez de Rozas^b y S. Hermana-Ramírez^c

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Microbiología. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. España.

Sr. Director:

Las leishmaniasis son parasitosis originadas por protozoos intracelulares del género *Leishmania*. Estos microorganismos son transmitidos a través de la picadura de la hembra del díptero perteneciente al género *Phlebotomus* en el Viejo Mundo y *Lutzomya* en el Nuevo Mundo. Las manifestaciones clínicas de las leishmaniasis son muy variadas, describiéndose formas cutáneas, mucocutáneas y viscerales de la enfermedad^{1,2}. Presentamos un caso de leishmaniasis cutánea con diseminación esporotricóide, una variante muy poco frecuente de esta entidad y excepcional en nuestra área geográfica.

Se trata de una mujer de 63 años de origen ecuatoriano, sin antecedentes personales de interés. Tres semanas después de su llegada a España consultó por presentar en la región facial una lesión de 2 meses de evolución, de crecimiento progresivo y ocasionalmente pruriginosa. No refería ninguna otra sintomatología asociada. Tampoco recordaba picaduras de insecto ni traumatismos previos a su aparición.

La exploración física mostró una placa infiltrada de unos 3 × 3 cm de diámetro localizada sobre la rama mandibular izquierda. La superficie era eritematosa, lisa, brillante y presentaba una pequeña ulceración cubierta por

una costra. Además, en la periferia de la lesión se palpaban cordones indurados y pequeños nódulos subcutáneos siguiendo el trayecto de los linfáticos proximales (fig. 1).

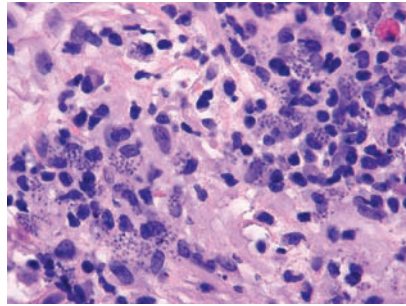
Se realizó hemograma, bioquímica hemática, proteinograma, radiografía de tórax y aspirado de médula ósea con resultados normales. Los cultivos del exudado para bacterias, hongos y micobacterias fueron negativos.

La tinción con Giemsa del frotis del exudado permitió la visualización directa de amastigotes dentro y fuera de los histiocitos.

En el estudio histopatológico, además de un denso infiltrado inflamato-



Placa eritematosa ulcerada. Cordones y nódulos subcutáneos extendiéndose en sentido proximal.



Múltiples macrófagos parasitados por amastigotes. (Hematoxilina-eosina, $\times 40$.)

rio constituido por linfocitos, células plasmáticas y algunos eosinófilos, se apreciaron macrófagos parasitados por microorganismos basófilos ovales de uretoplasto excéntrico y carentes de cápsula (fig. 2).

Con los hallazgos clínico-citológicos observados se estableció el diagnóstico de leishmaniasis cutánea esporotricoides. La paciente recibió antimonio de meglumina (Glucantime®) a dosis de 20 mg/kg/día de antimonio pentavalente por vía intramuscular durante 28 días, con buena tolerancia y resolución completa del cuadro.

La leishmaniasis cutánea habitualmente se manifiesta como pápulas o placas de color rojo vinoso, generalmente únicas, infiltradas, que con frecuencia aparecen ulceradas y cubiertas por una costra serohemática. Estas lesiones se conocen también con el nombre de «botón de oriente»¹⁻³. En algunas ocasiones se han descrito variantes clínicas muy poco frecuentes, como la forma esporotricoides⁴⁻¹⁰, caracterizada por la existencia de nódulos y cordones subcutáneos debidos a la diseminación linfática local/regional de la enfermedad. Estos nódulos representan una reacción inmunológica frente a la expansión linfática directa del parásito o sus antígenos⁶. Asimismo, también se han descrito otras formas atípicas de leishmaniasis cutáneas

como eczematiformes, hiperqueratósicas, verrugosas y papilomatosas, zosteriformes, erisipeloides, lupoides, fagedénicas, tumorales o manifestaciones clínicas en forma de macroqueilia o paroniquia^{1,4}.

Esta particular forma de presentación de la leishmaniasis cutánea esporotricoides plantea diagnóstico diferencial con numerosas entidades que incluyen: tuberculosis cutánea, lepra tuberculoide, infección por micobacterias atípicas, esporotricosis, nocardiosis, actinomicosis, micetomas, piodermis chancriformes y tumores, sobre todo epitelomas espinocelulares y linfomas¹⁻³.

La diseminación esporotricoides conlleva además implicaciones terapéuticas, pues en estos casos se debe instaurar tratamiento sistémico. Como primera elección se utilizan los antimoniales pentavalentes como el antimonio de meglumina (Glucantime®) o el estibogluconato de sodio (Pentostam®) por vía intramuscular o intravenosa. Como alternativas se han empleado anfotericina B liposomal, itraconazol, ketoconazol y pentamidina^{1-3,11}.

En resumen, consideramos que, aunque la leishmaniasis cutánea esporotricoides no es habitual en nuestro medio, debemos tenerla presente para realizar un diagnóstico precoz y una rápida instauración del tratamiento específico.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración prestada por la Dra. Teresa Gárate y su equipo del Servicio de Parasitología del Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III de Madrid.

Bibliografía

- García-Almagro D. Leishmaniasis cutánea. *Actas Dermosifiliogr.* 2005; 96:1-24.
- Quesada Cortés A, Campos Muñoz L, Rubio Flores C, Martín Díaz MA, Navarro Sánchez M, Regajo Zapata RM, et al. Leishmaniasis cutánea: revisión y avances terapéuticos. *Dermatología Práctica.* 2005;13:11-22.
- Martínez-Menchón T, Sánchez-Carazo JL. Placa eritematosa e hiperqueratósica. *Piel.* 2005;20: 533-5.
- Iftikhar N, Bari I, Ejaz A. Rare variants of Cutaneous Leishmaniasis: whitlow, paronychia, and sporotrichoid. *Int J Dermatol.* 2003;42:807-9.
- Masmoudi A, Boudaya S, Bouzid L, Frigui F, Meziou TJ, Akrouf F, et al. Penial sporotrichoid cutaneous leishmaniasis. *Bull Soc Pathol Exot.* 2005;98:380-1.
- Walsh DS, Balagon MV, Abalos RM, Tiongco ES, Cellona RV, Fajardo TT, et al. Multiple lesions of sporotrichoid leishmaniasis in a Filipino expatriate. *J Am Acad Dermatol.* 1997;36:847-9.
- Willems JP, Schmidt SM, Greer KE, McCall CO, Pearson RD. Sporotrichoid cutaneous leishmaniasis in a traveler. *South Med J.* 1997;90:325-7.
- Parks A, Camisa C. Sporotrichoid leishmaniasis: report of a case in an American graduate student. *J Am Acad Dermatol.* 1987;17:855-6.
- Kibbi AG, Karam PG, Kurban AK. Sporotrichoid leishmaniasis in patients from Saudi Arabia: clinical and histologic features. *J Am Acad Dermatol.* 1987;17:759-64.
- Spier S, Medenica M, McMillan S, Virtue C. Sporotrichoid leishmaniasis. *Arch Dermatol.* 1977;113:1104-5.
- Gómez-Duaso AJ, Bastida-Iñarra J. Lesión ulcerosa en un flanco. *Piel.* 2006;21:45-6.