

Leishmaniasis cutánea del pabellón auricular

Cutaneous leishmaniasis of the ear

Eva Fagundo González, Inmaculada Ruiz González, Matilde Martínez Fernández, Sonsoles Delgado Vicente, Pedro Sánchez Sambucety, Manuel Ángel Rodríguez Prieto.

Servicio de Dermatología. Hospital de León. Altos de Nava. León. España.

Correspondencia:

Eva Fagundo González
C/ Maya 8, 1º D. CP 38202. La Laguna.
Santa Cruz de Tenerife. España.
e-mail: fagundo@aedv.es

Resumen

Presentamos el caso de una mujer de 48 años con una lesión ulcerada de gran tamaño de 2 meses de evolución a nivel del pabellón auricular. Es diagnosticada de leishmaniasis cutánea mediante el estudio histológico y microbiológico de la lesión. El tratamiento intramuscular con antimoniales pentavalentes, Glucantime®, llevó a la resolución progresiva de las lesiones y ha permanecido asintomática durante un año y medio. La afectación del pabellón auricular es una localización poco frecuente de leishmaniasis cutánea, de difícil tratamiento y con tendencia a cronificarse.

(Fagundo González E, Ruiz González I, Martínez Fernández M, Delgado Vicente S, Sánchez Sambucety P, Rodríguez Prieto MA. Leishmaniasis cutánea del pabellón auricular. Med Cutan Iber Lat Am 2005;33:219-221)

Palabras clave: leishmaniasis cutánea, pabellón auricular.

Summary

A 48 year old female with a big ulcerated lesion localized in the ear of two month of evolution, diagnoses of cutaneous leishmaniasis by histopathologic and microbiologic study. Was reported treatment with pentavalent ammonial intramuscular (Glucantime®) was perform and the lesion was resolved slowly. The patient was asymptomatic during a year and a half. Lesions of cutaneous leishmaniasis when are located in the ear tend to be difficult to treat and chronic.

Key words: cutaneous leishmaniasis, ear.

La leishmaniasis cutánea es una dermatosis producida por protozoos flagelados del género *Leishmania*. Estos parásitos se encuentran fundamentalmente en animales y se transmiten al

hombre de manera accidental a través de la picadura del insecto vector. El espectro clínico depende de la patogenicidad de la leishmania y de la capacidad inmunológica del huésped[1].



Figura 1. Lesión cutánea ulcerada con fondo costroso en pabellón auricular.

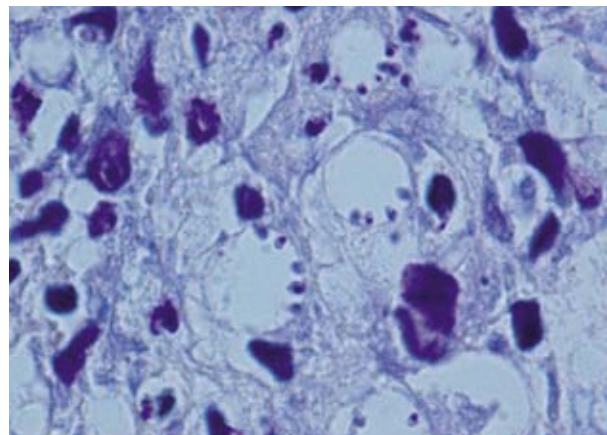


Figura 2. Histiocitos cargados de cuerpos de leishmania (Giemsa).

Caso Clínico

Se trata de una paciente de 48 años con antecedentes personales de tuberculosis pulmonar y fractura de cadera izquierda que acude al servicio de Dermatología por presentar una lesión ulcerada en el pabellón auricular derecho junto con enrojecimiento difuso y dolor intenso de dos meses de evolución, que había comenzado después de un mínimo traumatismo en la peluquería. La paciente refería que había realizado un viaje a Honduras hacía dos meses donde había sufrido múltiples picaduras. La paciente había sido tratada por su otorrino con ciprofloxacino y drenaje quirúrgico sin obtener mejoría.

En la exploración presentaba en el pabellón auricular derecho una lesión ulcerada, con fondo costroso, de 3 cm de diámetro, respetando el lóbulo (Figura 1). Presentaba adenopatías regionales en región preauricular derecha. No presentaba fiebre ni afectación del estado general. La exploración por órganos y aparatos no mostró anomalías significativas ni visceromegalias.

Se solicitaron una serie de pruebas complementarias que incluyeron hemograma, VSG, bioquímica elemental, proteína C reactiva, proteinograma, factor reumatoide, ANA, anti DNA, anti Ro, La, Sm y RNP junto con serología VIH, VDRL, Mantoux y Radiografía de tórax resultando todas las pruebas dentro de la normalidad. Además se solicitó una ecografía parotídea en la que se observaron adenopatías preauriculares y una ecografía abdominal que resultó normal.

Se realizó cultivo microbiológico del exudado de la lesión que fue positivo para estafilococo epidermidis. El cultivo tisular lesional resultó negativo para micobacterias.

El estudio histológico mostraba un importante infiltrado inflamatorio a nivel dérmico de células plasmáticas, linfocitos y células histiocitarias que formaban pequeños nódulos sin necrosis. A gran aumento y con Giemsa se observan estructuras intracitoplásmicas a nivel de los macrófagos, redondeadas sugestivas de leishmanias (Figura 2). Se envió otro fragmento cutáneo para cultivo al Centro Nacional de Microbiología en Majadahonda obteniendo crecimiento de leishmanias; por problemas técnicos no pudieron identificar la especie.

Con el diagnóstico de leishmaniasis cutánea se instaura tratamiento con Glucantime® 1,5g/día intramuscular durante dos semanas. Este mismo tratamiento se reinstaura después de 15 días de descanso dos veces más. La paciente ha permanecido asintomática durante un año y medio.

Comentario

La leishmaniasis es una infección zoonótica que afecta a numerosos países en Oriente Medio, Asia Central, África, América Central y del Sur, siendo la costa mediterránea

europea una zona endémica[2]. En España se distribuye la infección por la costa mediterránea, Centro y Aragón[3].

La prevalencia de la enfermedad es de 12-14 millones de pacientes y la incidencia es de 1,5-2 millones de casos nuevos por año[1] y para la forma cutánea de 300.000 nuevos casos al año[3]. Es una enfermedad más frecuente en niños, sin predominio por sexo o raza.

La enfermedad se transmite a través de la picadura de un díptero hematófago hembra del género *Phlebotomus* en el Viejo Mundo o *Lutzomyia* en el Nuevo Mundo que inocula los promastigotes en la piel (forma flagelada), posteriormente el parásito se transforma en amastigote (forma aflagelada) y se multiplica en el interior de los macrófagos. En la leishmaniasis cutánea se produce replicación local de los amastigotes y las especies responsables en la mayoría de los casos son *Leishmania trópica*, *major*, *aethiopic*, *donovani* e *infantum* en el Viejo Mundo y *Leishmania mexicana* y *braziliensis* en el nuevo mundo[4]. En España se cree que la forma cutánea está producida por *Leishmania infantum*[5]. En nuestro caso no ha podido ser identificada la especie responsable.

La presentación clínica cutánea es variable, pero lo más frecuente es que tras un período de incubación que oscila entre 1-12 semanas aparece una pápula que aumenta de tamaño y evoluciona a un nódulo que se ulcera. Aparece en zonas expuestas, como cara y extremidades. Las lesiones normalmente son únicas aunque a veces son múltiples[4]. Pueden existir variaciones en la forma de presentación; algunas lesiones no se ulceran, otras pueden adoptar un patrón esporotricoide, eczematoide, en placa, hiperqueratósico-verrucoso, zosteriforme o erisipeloides[3]. En algunas ocasiones las lesiones cutáneas pueden aparecer o desencadenarse tras un trauma mínimo[6] como en nuestro caso. Algunas lesiones tienden a curar espontáneamente en 2-3 meses (*Leishmania major* o *mexicana*), otras tardan en curar más tiempo (*Leishmania trópica*)[7,8]. En zonas endémicas la resolución espontánea lleva a una resistencia parcial a la reinfección[9]. Existen formas difusas y formas recidivantes[3].

El diagnóstico de sospecha se basa en la presencia de una lesión típica y la historia de exposición al vector, aunque en algunas ocasiones puede ser difícil si no se tiene presente esta entidad. El diagnóstico siempre debe confirmarse mediante la demostración del parásito bien a través del estudio histológico, cultivo o bien mediante PCR que presenta una elevada sensibilidad diagnóstica[10]. Los estudios serológicos no son de utilidad para las formas cutáneas por el bajo nivel de anticuerpos detectados[4].

El diagnóstico diferencial de la Leishmaniasis cutánea es extenso e incluye las infecciones fúngicas, sífilis, lepra, tuberculosis cutánea, infección por micobacterias atípicas, lupus vulgar y erisipelas.

El tratamiento, aunque en ocasiones se trata de una enfermedad autorresolutiva, está indicado cuando la leishmaniasis tiende a afectar a zonas expuestas para evitar la cicatriz, cuando existe riesgo de afectación mucosa (si existe riesgo de que el agente causal sea *L. brasiliensis*) o cuando existe riesgo de diseminación (formas esporotricoides)[2].

El tratamiento sistémico es el tratamiento de primera elección para las formas cutáneas difusas o de gran tamaño y se utilizan antimoniales pentavalentes por vía parenteral (estibogluconato sódico im o iv 20 mg/kg/día 20 días (Pentostam®) o antimonio de meglumida im 1,5-3 g/día (Glucantime®), que precisa controles analíticos y electrocardiográficos, la anfotericina B se utiliza en los casos que no responden a los antimoniales pentavalentes[10]. Otros agentes utilizados son las diaminas aromáticas, el ketoconazol, fluconazol o itraconazol, dapsona, rifampicina y metronidazol[10].

En esta paciente decidimos iniciar tratamiento con Glucantime® im, debido al gran tamaño de la lesión, el dolor intenso que le provocaba y por la tendencia a persistir de las lesiones localizadas en el pabellón auricular.

Además existen tratamientos locales para la enfermedad localizada y sin riesgo de enfermedad mucocutánea como la termoterapia, crioterapia, exéresis quirúrgica o electrocauterio[3], tratamiento tópico con ungüento de sulfato de

paramomicina al 15% asociado a cloruro de metilbenzotio 12%[11] o tratamientos intralesionales con antimoniales pentavalente[12] o sulfato de bleomicina. Se está utilizando el interferón gamma intralesional y sistémico[13], la interleukina 2 y el GM-CSF (3). No existe en este momento ninguna vacuna disponible contra la leishmaniasis aunque se están realizando ensayos en modelos animales y humanos con promastigotes vivos, atenuados y muertos así como con vacunas sintéticas o recombinantes[14].

Aportamos este caso clínico de Leishmaniasis cutánea, probablemente importada, que se manifestó como una lesión ulcerada muy dolorosa a nivel del pabellón auricular, con importante tumefacción de tejidos blandos y afectación linfática regional. La lesión ulcerada fue desencadenada por un traumatismo que la paciente refería haber sufrido en la peluquería. El trauma local parece estar asociado con el desarrollo de lesiones cutáneas en pacientes infectados por leishmanias[6], por lo que este dato puede orientar al diagnóstico de leishmaniasis cutánea en un paciente con antecedentes de exposición al vector. Además la afectación del pabellón auricular a pesar de ser una zona expuesta, no es tan frecuente como se describe en los libros[15] y es una localización de difícil tratamiento con tendencia a cronificarse[16].

Bibliografía

1. Castro S, Zerpa O, Rondón A. Leishmaniasis en la infancia. *Med Cutan Iber Lat Am* 2003;31:351-61.
2. Desjeux P. Leishmaniasis. Public health aspects and control. *Clin Dermatol* 1996;14:417-23.
3. Urrutia S. Leishmaniasis cutánea. *Piel* 2001;16:253-7.
4. Hepburn NC. Cutaneous leishmaniasis. *Clin Exp Dermatol* 2000;25:363-70.
5. Gallego M, Pratlong F, Rivera C, Muñoz C, Dedet JP, PortusM. Cutaneous leishmaniasis due to leishmania infantum in the northeast of Spain: the isoenzymatic analysis of parasites. *Arch Dermatol* 2001;37:667-8.
6. Wortmann GW, Aronson NE, Miller RS, Blazes D, Oster CN. *Clin Infect Dis* 2000;31:199-201.
7. Bryleson A. Therapy in man. In: PetersW, Killick-Kendrick R, eds. *The leishmaniasis in biology and medicine*. London: Academic Press, 1987:847-907.
8. Herwaldt BL, Arana BA, Navin TR. The natural history of cutaneous leishmaniasis in Guatemala. *J Infect Dis* 1992;165:518-27.
9. Locksley RM, Louis JA. Immunology of leishmaniasis. *Curr Opin Immunol* 1992;4:413-8.
10. Grevelink SA, Lerner EA. Leishmaniasis. *J Am Acad Dermatol* 1996;34:257-72.
11. Hepburn NC. Management of cutaneous leishmaniasis. *Curr Opin Infect Dis* 2001;14:151-4.
12. Bogenrieder T, Lehn N, Landthaler M, Stolz W. Treatment of old world cutaneous leishmaniasis with intralesionally injected meglumine antimoniate using a dermojet device. *Dermatology* 2003;206:269-72.
13. Kolde G, Luger T, Surg C, Sunderkotter C. Successful treatment of cutaneous leishmaniasis using systemic interferon gamma. *Dermatology* 1996;192:56-60.
14. Handman Emanuela. Leishmaniasis: current status of vaccine development. *Clin Microbiol Rev* 2001;14:229-43.
15. Frias JA. Leishmaniasis mexicana. Consideraciones epidemiológicas, clínicas y terapéuticas para el médico general. *Rev Sanid Milit Mex* 1997;51:46-51.
16. Vargas A, Canto SB, Damián AG, Andrade FJ. Response of cutaneous leishmaniasis (chiclero's ulcer) to treatment with meglumine antimoniate in southeast Mexico. *Am J Trop Md Hyg* 1999;61:960-3.