

## Artículo de Revisión

---

# Úlcera en miembros inferiores de etiología infecciosa: a propósito de un caso de leishmaniasis cutánea.

Valentine, P<sup>1</sup>; Salmon, R<sup>2</sup> ; Bourren, P<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Médica concurrente del 1 año de la Carrera de especialista en Dermatología.  
(email: paula.i.valentine@gmail.com)

<sup>2</sup> Médico Dermatólogo. Servicio de Dermatología.

<sup>3</sup> Jefa del Servicio de Dermatología.

Hospital Juan A. Fernández, Buenos Aires, Argentina.

Fecha de revisión: 28/02/2020

### RESUMEN

Las leishmaniasis son un grupo de enfermedades parasitarias crónicas causada por protozoos del género *Leishmania*, transmitidos a través de flebotomos. Existen diferentes especies de *Leishmania* distribuidas mundialmente. Las manifestaciones clínicas se dividen en cuatro patrones: cutáneo, mucocutáneo, cutáneo difuso y visceral, dependiendo de la especie, la respuesta mediada por las células del huésped y la capacidad del parásito para evadir los mecanismos de defensa del huésped. A nivel cutáneo, se puede producir una úlcera característica, que comienza con eritema, seguido de una pápula que aumenta de tamaño y tiende a necrosarse.

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 52 años de edad, proveniente de la provincia de Chaco, Argenti-

na, con antecedentes de Chagas crónico, que consulta por una úlcera de 15x15cm, asintomática, con un borde levemente sobre-elevado, localizada en cara interna de miembro inferior izquierdo de 5 años de evolución. Se solicitaron estudios complementarios: sin particularidades y frotis de la lesión que resultó positivo para *Leishmania*. Realizó tratamiento con antimonio de meglumina con buena evolución.

Esta forma de presentación de leishmaniasis es poco frecuente, ya que suelen presentar bordes elevados de aspecto de rodete o marco de retrato antiguo con un tamaño menor. Se debe realizar un correcto diagnóstico diferencial con úlceras de origen vascular, micosis y neoplasias, entre otros, para poder efectuar un tratamiento etiológico adecuado. Es importante, por ende, considerar a la leishmaniasis entre

## Úlcera en miembros inferiores de etiología infecciosa: a propósito de un caso de leishmaniasis cutánea.

los principales diagnósticos diferenciales ante un paciente con úlceras de miembros inferiores proveniente de zona endémica.

**Palabras clave:** leishmaniasis, úlcera, miembros inferiores.

### ABSTRACT

Leishmaniasis are a group of chronic parasitic diseases caused by protozoa of the genus *Leishmania* transmitted by phlebotomies. There are different types of species of *Leishmania* worldwide. The clinical manifestations are divided in four types: cutaneous, mucocutaneous, diffused cutaneous and visceral, depending on the species, the cellular response mediated by the patient's immune system, and the capacity of the parasite to evade the immune system's defense. At the skin, a characteristic ulcer can occur, which usually appears first as erythema, followed by a papule that increases in size and tends to cause necrosis of the tissue.

The following paper presents the case of a 52-year-old female patient from the province of Chaco, Argentina, who presented with a personal background of chronic Chagas. She consulted due to a 15x15 cm diameter ulcer, asymptomatic, with a slightly raised border, localized in the internal part of her distal third left lower limb. Complementary studies were requested: without findings and a blood smear that was positive for *Leishmania*. Treatment with meglumine antimoniate was carried out with a favorable evolution.

This form of the disease is rare, as it normally presents as an ulcer with elevated borders with an impeller or antique portrait frame look and a smaller size. An accurate diagnosis should be made, as there can be multiple etiologies such as vascular, mycosis, malignant, among others, in order to start an appropriate etiological treatment. Therefore, it is crucial to consider leishmaniasis as one of the main differential diagnosis when encountered with a patient that presents ulcers in legs and is originally from endemic regions.

**Key words:** leishmaniasis, ulcers, lower limbs.

### INTRODUCCIÓN

Las leishmaniasis son un grupo de zoonosis producidas por protozoos del género *Leishmania*, el cual puede ingresar al organismo por la picadura de flebotomos (especialmente los géneros *Phlebotomus*) y producir la enfermedad en el huésped. Se caracteriza por comprometer piel, mucosas y/o vísceras.

Las características y manifestaciones clínicas de las leishmaniasis varían según la especie de *Leishmania* que produce la infección y el estado inmunológico del paciente. Se describen cuatro formas clínicas: leishmaniasis cutánea, leishmaniasis mucocutánea; leishmaniasis cutánea difusa y leishmaniasis visceral.

La distribución de la enfermedad es mundial. La incidencia es de aproximadamente

## Úlcera en miembros inferiores de etiología infecciosa: a propósito de un caso de leishmaniasis cutánea.

2 millones de nuevos casos al año en todo el mundo, y más del 75% de las personas afectadas presentan la enfermedad cutánea o mucocutánea<sup>1</sup>.

En Argentina la leishmaniasis es una enfermedad endémica y creciente, que afecta al norte y noreste del país (provincias de Salta, Tucumán, Chaco, Formosa, Santiago del Estero, Corrientes y Misiones). La variante predominante es la enfermedad cutánea. En el año 2018 se registraron 303 casos de leishmaniasis cutánea, con una incidencia de 6,55 casos por 100.000 habitantes<sup>2</sup>.

### CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente femenina de 52 años, proveniente de la provincia de Chaco, con antecedentes de serología para Chagas positiva, que consulta por una úlcera única, asintomática, de 15x15 cm, con fondo fibrino-granulante, áreas de hiper-granulación, bordes levemente sobre-elevados y eritematosos, localizada en cara interna de miembro inferior izquierdo, de 5 años de evolución (Figuras 1 y 2). Refiere que la lesión inició como una pápula eritematosa y evolucionó paulatinamente hasta convertirse en dicha úlcera. Se realizó examen de mucosa nasofaríngea sin alteraciones de mucosas.

Ante esta presentación clínica, se plantearon como diagnósticos diferenciales: úlceras de origen venoso, otras etiologías infecciosas y por el tiempo de evolución, carcinoma espinocelular.

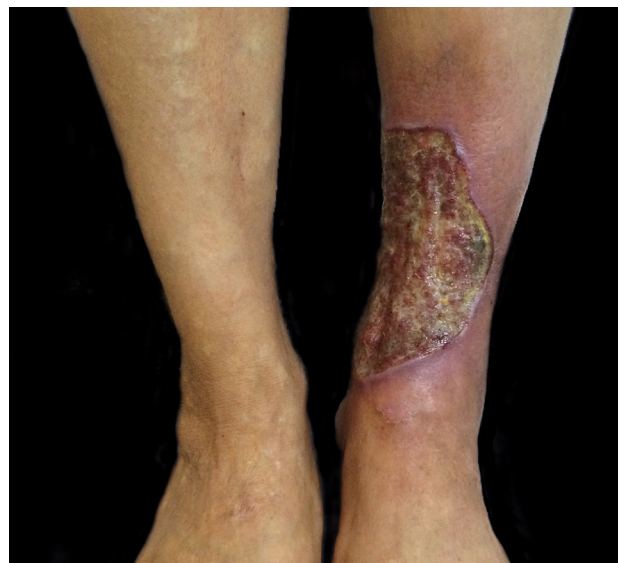


Figura 1. Úlcera inicial de 15x15 cm con fondo fibrino-granulante.



Figura 2. Úlcera inicial con fondo fibrino-granulante, áreas de hiper-granulación, y bordes eritemato-violáceos.

## Úlcera en miembros inferiores de etiología infecciosa: a propósito de un caso de leishmaniasis cutánea.

Se solicitaron estudios microbiológicos: hemocultivos para gérmenes comunes, hongos y micobacterias, y cultivo de la úlcera que resultaron todos negativos. Laboratorio de sangre sin datos relevantes. En la radiografía de pierna izquierda no se halló compromiso óseo y el eco-doppler venoso de miembros inferiores no arrojó particularidades. Debido a su antecedente de Chagas, se realizó una evaluación cardiológica (ECG y ecocardiograma) sin hallazgos patológicos.

En el examen parasitológico con frotis del borde de la úlcera se observaron amastigotes de Leishmanias. (Figura 3). Se efectuó estudio histopatológico de la lesión a fin de descartar otras etiologías concomitantes, con Técnicas de PAS, Grocott y Ziehl Neelsen que resultaron negativas.

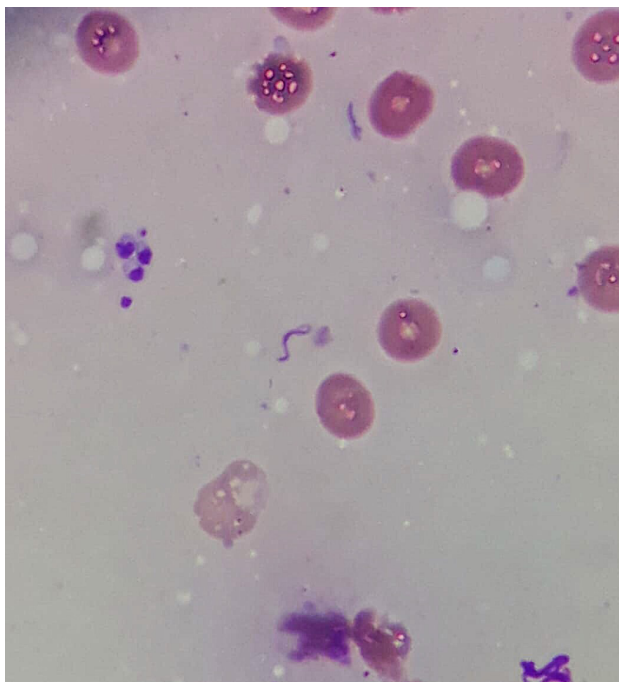


Figura 3. Examen parasitológico directo en donde se observan amastigotes de Leishmania.

Se arribó al diagnóstico de leishmaniasis cutánea crónica considerando la presentación clínica de la lesión y el resultado del frotis, por lo que inició tratamiento con antimonio de meglumina 20 mg/kg/día por 21 días y curaciones locales diarias con colagenasa/cloranfenicol tópico. Se realizaron controles electrocardiográficos y laboratorio con hemograma, hepatograma, función renal y amilase, antes y durante el tratamiento por posibles efectos adversos atribuidos a la terapia antimonial.

La paciente evolucionó favorablemente con disminución del tamaño y eritema de la lesión, y un borde más aplanado (Figura 4); siguiendo la evolución de la cicatrización de una úlcera crónica, por lo que luego se continuó con curaciones locales de la herida para lograr su correcta cicatrización.



Figura 4. Úlcera luego de 20 días de tratamiento.

## Úlcera en miembros inferiores de etiología infecciosa: a propósito de un caso de leishmaniasis cutánea.

### DISCUSIÓN

La etiología de úlceras de miembros inferiores corresponde principalmente a patología derivada de insuficiencia venosa, enfermedad arterial o diabetes<sup>3</sup>; sin embargo, existen úlceras por causas menos frecuentes y cuyo conocimiento es imprescindible para poder instaurar un tratamiento adecuado. El presente caso clínico pretende mostrar la importancia de evaluar a cada paciente en particular al recibir en el hospital o en consultorio a un paciente con úlceras en miembros inferiores.

La presentación más típica de la leishmaniasis cutánea es una única úlcera, pero pueden ser múltiples, con formación de satélites o diseminación linfática. El período de incubación puede variar de 2 semanas hasta 2 años, sin embargo, suele ser de 2 a 3 meses en promedio. Las lesiones en la piel por lo general comienzan en el sitio de la picadura del flebotomo, aunque sólo una pequeña parte de las personas infectadas por *Leishmania* acaban padeciendo la enfermedad<sup>4</sup>. Las úlceras se caracterizan por ser indoloras y presentar una forma redondeada u oval con borde eritematoso, sobreelevado, con aspecto de rodete o de marco de retrato antiguo. La lesión ulcerosa suele aparecer fundamentalmente en áreas expuestas y puede tener un tamaño variable (suele ser entre 2-8cm)<sup>3</sup>. Frente a un paciente que presenta una única úlce-

ra de mayor tamaño, como es el caso de nuestra paciente, nos debemos plantear como diagnósticos diferenciales: úlceras de origen vascular, neoplasias cutáneas, micosis, tuberculosis y otras micobacterias, entre otras. En nuestro caso estas causas fueron descartadas mediante estudios complementarios.

Por este motivo, se realizó la búsqueda de la presencia de amastigotes de *Leishmania* a través de un frotis del borde la úlcera, que arrojó un resultado positivo.

La mayoría de las infecciones cutáneas agudas se resuelven espontáneamente en unos meses con cicatrización, pero una minoría de ellas se vuelven crónicas<sup>5</sup>, como es el caso de la paciente. Su historia clínica y la evolución del cuadro deben hacernos sospechar de enfermedades endémicas y regionales como es el caso de la leishmaniasis.

Es imprescindible el diagnóstico correcto e instaurar el tratamiento adecuado, ya que después de algunos meses o incluso luego de hasta veinte años, puede desarrollarse una enfermedad mucocutánea/mucosa en algunos pacientes. Esta presentación de leishmaniasis se caracteriza por infiltración y/o ulceración de la mucosa de la nariz, labios y orofaringe, y ocurre principalmente por *L. brasilienses*.

El diagnóstico de la leishmaniasis cutánea se basa en la demostración del parásito en material de frotis o cultivos del

material obtenido de la lesión. Dado que no siempre es posible visualizar o aislar el parásito, el diagnóstico puede ser clínico, complementado por pruebas inmunológicas específicas o histológicas. El parásito de la *Leishmania* existe en sus dos formas: promastigote y amastigote. En el frotis, el diagnóstico se realiza al observar la forma de amastigote en el extendido de la lesión. En los cultivos crece la forma de promastigote. El estudio histopatológico puede evidenciar, en estadios agudos de la enfermedad, a los amastigotes presentes en los macrófagos dérmicos, especialmente los de la dermis papilar. Éstos son evidentes en aproximadamente 50% de las biopsias cutáneas<sup>1</sup>. A medida que pasa el tiempo, la cantidad de parásitos disminuye, y pueden observarse granulomas tuberculoides con necrosis caseosa.

En Argentina el tratamiento de la leishmaniasis cutánea se basa en el esquema terapéutico sugerido por la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>3,6</sup>. Las drogas de primera línea son los antimoniales pentavalentes: antimoniato de N-metilglucamina y estibogluconato de sodio. Se administran por vía intramuscular o endovenosa. En el caso del antimoniato de meglumina la dosis sugerida es de: 20 mg/kg/día durante 20 días consecutivos, seguido de un intervalo de 10 días sin tratamiento. Luego de este tiempo los pacientes son examinados clínicamente para decidir si es necesario

repetir otra serie de 20 días de tratamiento hasta lograr la cura. Las drogas de segunda línea son: el isetionato de pentamidina, la miltefosina, la anfotericina B y la anfotericina B liposomal.

Una vez finalizado el tratamiento, el paciente debe ser evaluado clínicamente. El seguimiento se realiza a los 45 días, a los 3 y 6 meses, y luego cada 6 meses durante 2 años, para vigilar síntomas y signos de compromiso mucoso. La lesión debería estar completamente cicatrizada a los 3 meses después de haber terminado el tratamiento. En casos de úlceras con tamaño atípico, mayores de lo habitual, y en personas con comorbilidades, la lesión suele cicatrizar luego de más tiempo y no solo necesitará tratamiento etiológico sino también acompañar su cicatrización con tratamiento local de las heridas. Es importante que no aumente su tamaño. En caso contrario, se re evaluará reiniciar el tratamiento.


Los criterios clínicos de curación de leishmaniasis cutánea que el médico debe tener en cuenta son: la epitelización total de la lesión, aplanamiento del borde de la úlcera, desaparición de la induración de la base, y/o cicatrización<sup>7</sup>.

## **CONCLUSIÓN**

La leishmaniasis se considera una enfermedad re emergente y un problema creciente de la Salud Pública en el mundo<sup>6</sup>. En América, la leishmaniasis se transmite

## Úlcera en miembros inferiores de etiología infecciosa: a propósito de un caso de leishmaniasis cutánea.

predominantemente por la picadura de flebótomos del género *Lutzomyia*. Existen alrededor de 53 especies involucradas en la transmisión<sup>8</sup>. En Argentina se han descrito 26 especies de flebótomos, pero sólo tres de éstas serían vectores de la leishmaniasis cutánea. La *Leishmaniasis brasiliensis* es la más frecuente, aunque pueden observarse casos por otras especies en viajeros o inmigrantes. Es la responsable de los brotes epidémicos y también de la leishmaniasis mucosa<sup>6</sup>.

El presente artículo muestra el caso de una paciente con leishmaniasis cutánea con una úlcera de tamaño atípico, que puede ser confundido con otras etiologías, especialmente vasculares. Es importante, por ende, tener en cuenta aquellas otras causas menos frecuentes de úlceras en miembros inferiores. Se debe, además, considerar a la leishmaniasis entre los principales diagnósticos diferenciales ante un paciente con úlceras proveniente de zona endémica para así poder instaurar un tratamiento correcto y mejorar la calidad de vida de los pacientes. 

### BIBLIOGRAFÍA

- <sup>1</sup> Bravo FG. Protozoos y helmintos, en Bologna J, Cerroni L, Schaffer J. *Dermatología* 4° Ed. Elsevier, Barcelona: 2018: 1470-1476.
- <sup>2</sup> Leishmaniasis Informe epidemiológico de las Américas. [en línea], Organización Panamericana de la Salud, 2019; <[http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51739/leishreport8\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51739/leishreport8_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>, [consulta: 12 de febrero del 2020].
- <sup>3</sup> Santi, AC. Úlceras por Leishmaniasis. [en línea], *Flebología*, 2017; 43 (43-48) <<http://www.sociedadflebologia.com/Revistas/2017/Vol-43-n1/Vol43N1-PDF14.pdf>>, [consulta: 01 de noviembre del 2019], [consulta: 01 de noviembre del 2019].
- <sup>4</sup> Malek J, Ghosn S. Leishmaniasis y otras infecciones por protozoos, en Fitzpatrick. *Dermatología en medicina general*. 8° Ed. Pa-

americana, Buenos Aires: 2014: 2527-2537.

<sup>5</sup>Aronson N. Cutaneous leishmaniasis: Clinical manifestations and diagnosis. [en línea] UpToDate, 2019 <<https://www.uptodate.com/login>> [consulta: 21 de agosto del 2019].

<sup>6</sup>Caba C, Hidalgo SE, Sinagra A, Salomón D. Curso sobre enfermedades vectoriales para agentes comunitarios en ambiente y salud. Módulo IV: Leishmaniasis. [en línea], Ministerio de Salud, 2015; (7-24) <<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000171cnt-07-2-3-3-H-modulo-leishmaniasis.pdf>>, [consulta: 09 de febrero del 2020].

<sup>7</sup>Villamil W, Sanchez B, Miranda MC, Vega JC. Guía para la atención clínica integral del paciente con Leishmaniasis. [en línea], Organización Panamericana de la Salud, 2010; (14-58) <<https://www.minsalud.gov.co/Documents/Salud%20P%C3%ABlica/Ola%20invernal/Clinica%20Leishmaniasis.pdf>>, [consulta: 09 de febrero del 2020].

<sup>8</sup>Leishmaniasis. [en línea], Organización Panamericana de la Salud; <[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6417:2012-leishmaniasis-cutanea-mucosa&Itemid=39345&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6417:2012-leishmaniasis-cutanea-mucosa&Itemid=39345&lang=es)>, [consulta: 10 de enero 2020].

<sup>9</sup>Investigación argentina publicada en la revista científica de la OPS aporta recomendaciones para vigilar y controlar la leishmaniasis. [en línea], Revista Panamericana de la Salud Pública, 2016 <[https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10036:investigacion-argentina-publicada-en-la-revista-cientifica-de-la-ops-aporta-recomendaciones-para-vigilar-y-controlar-la-leishmaniasis&Itemid=268](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10036:investigacion-argentina-publicada-en-la-revista-cientifica-de-la-ops-aporta-recomendaciones-para-vigilar-y-controlar-la-leishmaniasis&Itemid=268)>, [consulta: 09 de febrero del 2020].

<sup>10</sup>Aronson N. Cutaneous leishmaniasis: Treatment. [en línea] UpToDate, 2019 <<https://www.uptodate.com/home>> [consulta: 21 de agosto del 2019].