

CASO CLÍNICO

LEISHMANIASIS CUTÁNEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

P. MARTÍNEZ, G. ARIAS, J. J. SANZ, A. CUCHI

SERVICIO DE ORL. HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA.

RESUMEN

Presentamos un caso de leishmaniasis cutánea que debuta con adenopatía cervical sin foco evidente de su patología. Revisamos su diagnóstico y tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Leishmania cervical. Adenopatías. Tratamiento.

ABSTRACT

CUTANEOUS LEISHMANIASIS: OUR EXPERIENCE

We present one cutaneous leishmania case that begun with cervical adenopathy without evident phocus. We revise its diagnosis and treatment.

KEY WORDS: Cervical Leishmania. Adenopathies. Treatment

Correspondencia: Pedro Martínez Molina. Entença, 146 ppal 4.ª 97928 Barcelona.

Fecha de recepción: 30-5-2000

INTRODUCCIÓN

Por leishmaniasis entendemos un grupo de entidades clínicas causadas por diversos flagelos del género *Leishmania*. Las formas clínicas de presentación son la visceral o Kalazar, mucocutánea o espundia y cutánea o botón de Oriente. La enfermedad se distribuye por diversas áreas del planeta, siendo endémica en el área mediterránea, afectando al área este y sur de España.

CADENA EPIDEMIOLÓGICA

Agente etiológico

La leishmaniasis cutánea puede ser producida por todas las especies de *Leishmania*¹, aunque principalmente sus responsables son *L. tropica* y *major* en el Viejo Mundo y mexicana para el Nuevo Mundo.

El agente etiológico es el protozoo del género *Leishmania*, parásito obligado de animales vertebrados. Presenta dos formas:

— Amastigote. Sin flagelo. Parasitando los fagocitos mononucleares del sistema reticuloendotelial de los vertebrados.

— Promastigote. Flagelado, presente en la luz del aparato digestivo del vector.

Reservorio

Diferente según la especie de leishmania considerada siendo roedores, primates, cánidos (zoonosis) excepto en la *Leishmania tropica*, en la que el reservorio es el hombre (antroponosis).

Vector

Díptero de la subfamilia *Phlebotominae*, en concreto género *Phlebotomus* en el Viejo Mundo. Su hábitat varía desde zonas de selva húmeda hasta otras de gran aridez. Además de protozoos pueden vehiculizar virus (Fiebre Papataci) y bacterias (*Bartonellosis*). Sólo las hembras adultas son auténticos vectores

Clínica

Tras la picadura del vector y la inoculación del parásito el período de incubación es de varios meses, apareciendo un nódulo en la zona que puede o no ulcerarse dependiendo de la actividad fagocítica de la zona². Posteriormente y tras un período variable de varios meses, se produce la curación espontánea por cicatrización, existiendo tres formas clínicas diferentes:

— Leishmaniasis cutánea recidivante. Lesión ulcerada cutánea similar a la lepra tuberculoide

— Leishmaniasis cutánea difusa. Lesión no ulcerada similar a lepra lepromatosa

— L. cutánea aguda o botón de oriente. Entre ambos extremos

En este período puede existir diseminación linfática de los agentes infectantes, a través del sistema linfático. Los más frecuentemente afectados son los epitrocleares (68%), seguidos de inguinales (18%), axilares (15%) y cervicales (11%). Los ganglios afectados son típicamente solitarios, firmes, móviles, persistiendo tras la remisión de las lesiones cutáneas. No siempre es posible aislar amastigotes, ya que según ciertos autores, son los antígenos de *Leishmania* los causantes de la linfadenitis³.

CASO CLÍNICO

Mujer de 42 años, sin antecedentes personales de interés, de nacionalidad brasileña que acude al servicio de urgencias de nuestro servicio por presentar tumefacción cervical dolorosa, eritematosa, de aproximadamente 852 sin fiebre acompañante de aproximadamente 6 días de evolución. En la exploración no se observa trismus, irregularidad del pulso carotídeo, disfonía o disnea. Cefalea. Mantoux. Serología sólo positiva para Igg contra VEB. Leucocitosis con desviación izquierda evidente. No se observan lesiones cutáneas apreciables. Examen ORL anodino.

Es ingresada para tratamiento antibiótico de su proceso, mediante asociación de Piperacilina+Tazobactam. Se realiza PAAF de la lesión siendo informada de tejido inflamatorio. Debido a la no remisión del cuadro se decide desbridamiento quirúrgico, donde se evidencia adenopatía cervical periyugular conteniendo material líquido amarillento. Se remite el material a AP así como la cápsula conteniendo dicho material, que posteriormente es informada de ganglio linfático con inflamación aguda, con abscesificación y necrosis, cambios de inflamación crónica con fibrosis, presencia de histiocitos con microorganismos intracitoplasmáticos de morfología compatible con *Leishmania*.

DIAGNÓSTICO

En el caso que nos ocupa el diagnóstico inicial de la tumefacción cervical fue dirigido hacia adenopatía inespecífica versus quiste branquial infectado.

La forma de presentación de dicha leishmaniasis sin foco cutáneo⁴, ni visceral evidente, no recogido en la bibliografía llevó a un descubrimiento casual tras análisis anatomopatológico de la pieza.

Del arsenal de técnicas existentes para el diagnóstico inmunológico, la intradermoreacción de Montenegro es quizá la única utilizada en leishmaniasis cutánea, fundamentalmente en estudios epidemiológicos. El resto de técnicas son de utilidad en la forma visceral. Se trata de una enfermedad de declaración obligatoria, lo que se hizo ante el organismo competente. No se ha logrado localizar a la paciente.

TRATAMIENTO

Se basa en la administración de antimoniales pentavalentes. Se pueden administrar vía sistémica o dosis única. Fracasan en un 10-20% de los casos, debiéndose administrar pentamidina, anfotericina B o antipalúdicos⁵. En este caso no se ha aplicado por no poder localizar a la paciente.

REFERENCIAS

- 1.- Dion R Bell. Tropical Medicine. 4ª edición. Blackwell Science. 1995 319-330.
- 2.- Sehgal S, Sinha R, Mallick A, Arora SK, Hazra PK. Humoral anti-
- body response in Leishmania tropical infection. J Infect 1992; 243: 311-6.
- 3.- al-Gindan, Kubba R, el-Hassan AM. Dissemination in cutaneous
- leishmaniasis. 3 Lymph node involvement. Int J Dermatol 1989; 28: 248-54.
- 4.- Peachey AM, Irvine GH, White H. Visceral Leishmaniasis: an unusual cervical presentation. Br J Oral Maxillofac Surg 1994; 32:325-7.
- 5.- Masden PD. Current concepts in parasitology. Leishmaniasis. N Engl J Med 1979; 300:350-2.