

CASO CLÍNICO

Leishmaniasis cutánea zosteriforme: reporte de un caso

Zosteriform cutaneous leishmaniasis: report of a case

Patricia Giglio¹, Francisco Bravo^{2,3}, Manuel del Solar⁴, Martin Salomón², Lucie Puell², Karina Feria², César Ramos², Karen Paucar¹

RESUMEN

La leishmaniasis cutánea es una enfermedad por protozoarios muy común en nuestro país, causada por diferentes especies de *Leishmania*. La presentación clínica tipo nódulo y pápula es la más común, aunque también se reportan variantes clínicas poco frecuentes. Las lesiones inusuales se atribuyen a alteraciones en la respuesta del huésped y a la cepa del parásito involucrado. Se reporta el caso de un paciente quien presentó compromiso en la región frontal, unilateral, con histopatología confirmatoria de leishmaniasis cutánea; lo cual ha sido descrito en la literatura como leishmaniasis cutánea variedad zosteriforme y es una forma poco frecuente de presentación.

Palabras claves: Leishmaniasis cutánea zosteriforme.

SUMMARY

Cutaneous leishmaniasis is a common protozoal disease very common in our country, caused by several species of *Leishmania*. The usual clinical presentations are the nodular and papular types, but rare variants have also been reported. Unusual lesions are attributed to alterations in host response and to an atypical strain of parasites involved. We report the case of a patient with unilateral compromise of the forehead with confirmatory histopathology of cutaneous leishmaniasis, which has been described in the literature as zosteriform type cutaneous leishmaniasis and is a rare form of presentation.

Key words: Zosteriform cutaneous leishmaniasis.

INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis es una enfermedad zoonótica causada por diferentes especies de protozoos del género *Leishmania*. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad van desde úlceras cutáneas, que cicatrizan espontáneamente, hasta formas fatales en las cuales se presenta inflamación severa del hígado y bazo¹.

El agente patógeno se transmite al humano a través de la picadura de hembras de los jejenes, un grupo de insectos chupadores de sangre y diferentes de los mosquitos, pertenecientes a los géneros *Phlebotomus* del viejo mundo y *Lutzomyia* del nuevo mundo, de la familia *Psychodidae*¹.

La forma cutánea en humanos de la enfermedad (leishmaniasis cutánea) es conocida en el Perú como

“uta” y se caracteriza por la aparición de úlceras cutáneas indoloras en el sitio de la picadura, las cuales se pueden curar espontáneamente o permanecer de manera crónica por años. La resolución de la enfermedad puede presentarse después de un tratamiento sistémico consistente en la aplicación intramuscular de fármacos basados en antimonio (antimoniato de meglumina -Glucantime- y estibogluconato de sodio -Pentostam) durante un plazo de 20 a 30 días.

La leishmaniasis visceral, o kala azar, es la forma clínica que cobra más vidas mundialmente, tal es el caso de Bangladesh, India, Sudán y Brasil¹. Esta presentación puede ser fatal si no se trata a tiempo; se caracteriza por la inflamación del hígado y bazo, acompañada por distensión abdominal severa, pérdida de condición corporal, desnutrición y anemia.

¹ Residente de Dermatología. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima-Perú.

² Médico dermatólogo del Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima-Perú.

³ Médico dermatopatólogo del Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima-Perú.

⁴ Médico jefe del Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima-Perú.

Correspondencia Patricia Giglio a dra.patriciagiglio@gmail.com

Se reporta el caso de un paciente con compromiso cutáneo de la región frontal, unilateral y con histopatología confirmatoria de leishmaniasis cutánea. Dicha forma ha sido catalogada en la literatura como leishmaniasis cutánea variedad zosteriforme y es una forma poco frecuente de presentación.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 62 años, natural de Ancash, procedente de Lima, de ocupación oficinista, quien acude a consultorio externo de dermatología con un tiempo de enfermedad de cuatro meses caracterizado por una placa infiltrada, eritematosa, con descamación y costras en su superficie, localizada en región frontal derecha y asociada a leve prurito. Al examen impresionó la distribución en dermatoma (**Fotografía 1**). El paciente refería además múltiples cursos de antivirales (aciclovir) y antibióticos por vía oral sin mejoría.

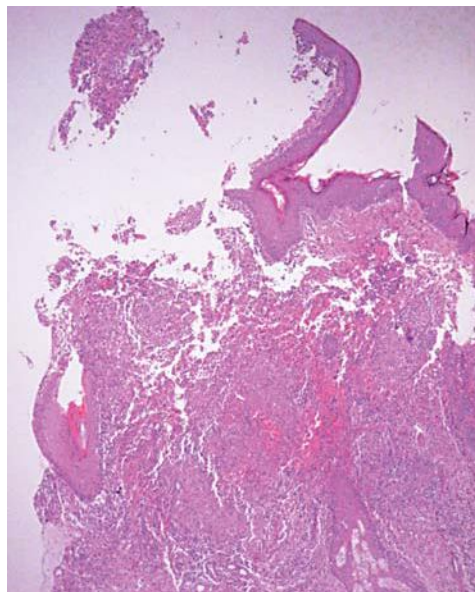


Fotografía 1. Placa infiltrada eritematosa con áreas costrosas localizada en forma unilateral en región frontal derecha, impresiona de distribución dermatomal.

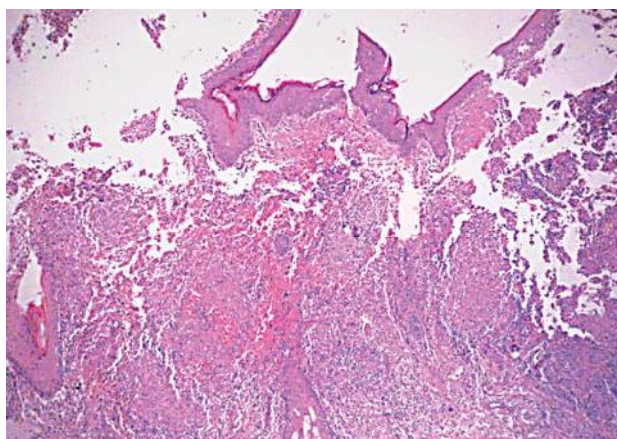
Como antecedentes de importancia refirió viaje a Ancash (ciudad El Santa, distrito Macate) diez meses antes de la consulta y viaje a Chosica siete meses atrás.

Los diagnósticos diferenciales que se plantearon frente a una placa infiltrada de localización unilateral facial fueron: rosácea granulomatosa unilateral y linfoma cutis o pseudolinfoma.

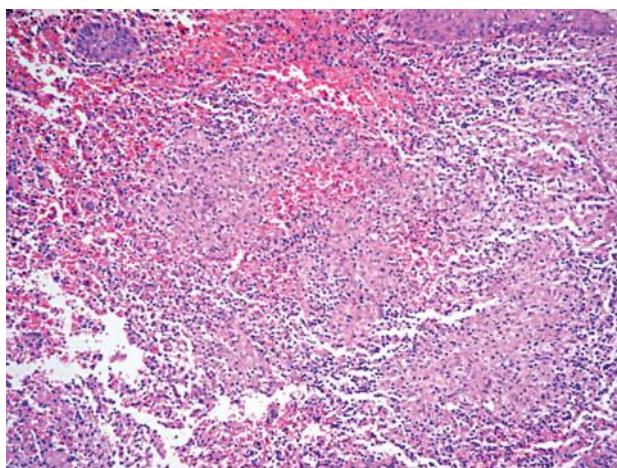
Se realizó una biopsia de piel donde se observaron dos fragmentos: uno de ellos mostraba ulceración de la epidermis y focos de necrosis dérmica (**Fotografías 2 y 3**), además de granulomas epitelioides que ocupaban gran parte de la dermis, rodeados de linfocitos y células plasmáticas (**Fotografías 4 y 5**). En el otro fragmento se observó nuevamente ulceración de la epidermis y acantosis (**Fotografías 6 y 7**) y a mayor aumento se observaron los amastigotes en el espacio extracelular (**Fotografías 8 y 9**).



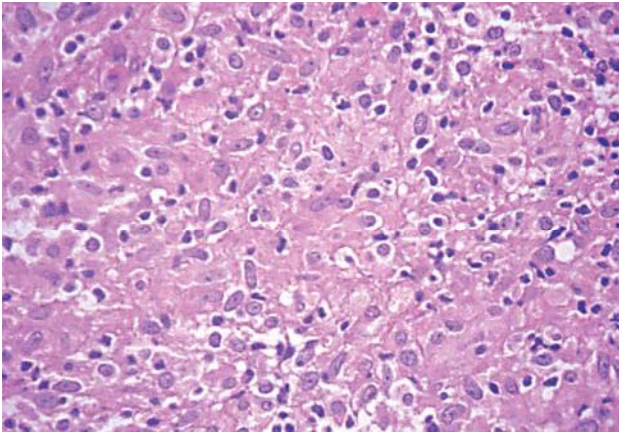
Fotografía 2. Biopsia de piel donde se aprecian áreas de necrosis en la dermis con separación de la epidermis. HE 40X.



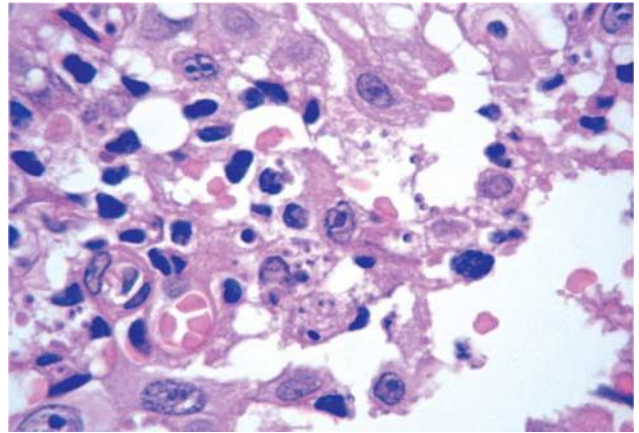
Fotografía 3. A mayor aumento observamos los focos de necrosis en la dermis. HE 100X.



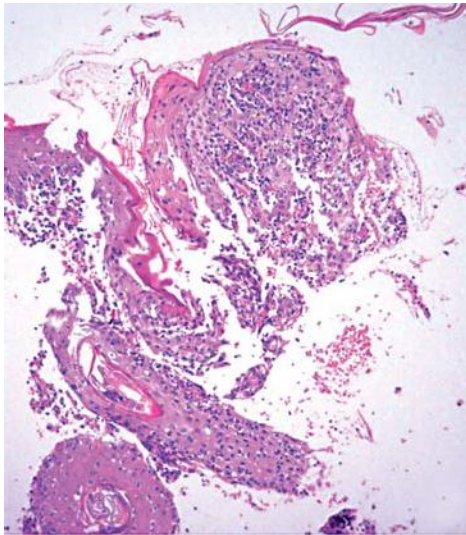
Fotografía 4. Presencia de granulomas epitelioides que ocupan toda la dermis. HE 100X.



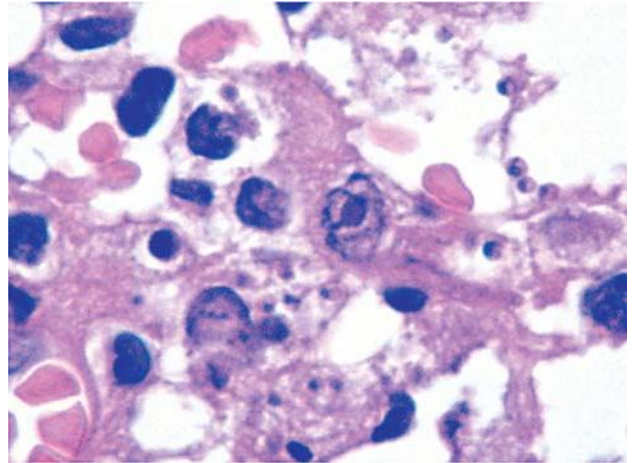
Fotografía 5. Los granulomas están compuestos fundamentalmente por histiocitos, con algunos linfocitos y células plasmáticas. HE 400X.



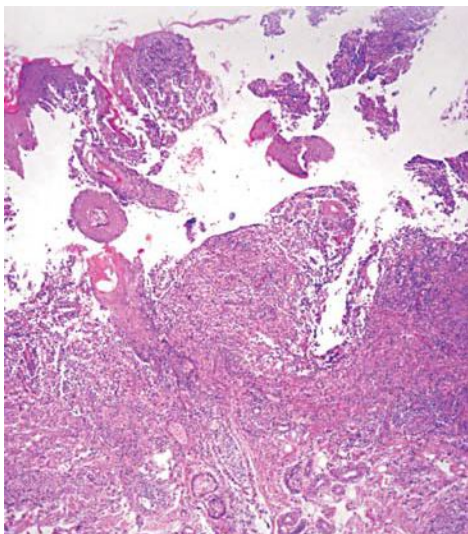
Fotografía 8. Amastigotes en el espacio extracelular. HE 400X.



Fotografía 6. Ulceración de la epidermis y acantosis. HE 40X.



Fotografía 9. Presencia de amastigotes en regular cantidad en el extremo superior derecho. HE 1 000X.



Fotografía 7. A mayor aumento se observa un infiltrado difuso que ocupa la dermis papilar y dermis reticular superficial. HE 40X.

El paciente recibió estibogluconato de sodio por 20 días con resolución total de la lesión (**Fotografías 10 y 11**).



Fotografía 10. Excelente respuesta terapéutica con resolución clínica de la lesión (vista frontal).



Fotografía 11. Resolución total de la lesión (vista lateral).

DISCUSIÓN

La leishmaniasis es una enfermedad zoonótica con múltiples presentaciones clínicas. La manifestación clínica clásica o típica va desde la presencia de una pápula o nódulo hasta una úlcera cutánea que puede persistir en forma crónica o cicatrizar espontáneamente.

El agente se transmite al humano a través de la picadura de hembras de los jejenes, un grupo de insectos chupadores de sangre y diferentes de los mosquitos, pertenecientes a los géneros *Phlebotomus* del viejo mundo y *Lutzomyia* en el nuevo mundo, de la familia *Psychodidae*, por lo cual las lesiones con frecuencia aparecen en zonas de exposición.

Se han reportando diferentes variedades de presentación de la leishmaniasis cutánea en la historia, lesiones que pueden ser únicas o múltiples, adoptar la típica forma nodular úlcero-costrosa o formas alargadas siguiendo las arrugas o los pliegues cutáneos, por ejemplo en placas eczematiformes, hiperqueratósicas, verrucosas y papilomatosas, también zosteriformes, erisipeloides o esporotricoides. Existen formas que simulan conectivopatías como lupus eritematoso y dermatomiositis, igualmente simuladoras de lupus tuberculoso (formas lupoides), tuberculosis verrucosa o una tumoración de estirpe linfoide¹⁻⁵.

De acuerdo a esta variabilidad clínica se plantean los diagnósticos diferenciales. Estas variaciones raras de la enfermedad tienen un diagnóstico menos certero al inicio de su evaluación, por lo general los pacientes han recibido tratamientos previos sin presentar mejoría, como en el caso del paciente en mención quien recibió múltiples cursos de tratamiento antiviral bajo la sospecha de una infección por herpes zoster.

Nuestro paciente presentó compromiso cutáneo en la región frontal, de forma unilateral, lo cual está catalogado

en la literatura como una leishmaniasis cutánea de variedad zosteriforme, una forma poco frecuente de presentación. Reportes previos con respecto a la variedad zosteriforme nos señalan su predilección por el área de la cabeza. Con frecuencia son lesiones únicas, aunque también existen reportes de lesiones zosteriformes multidermatomales y en zonas cubiertas³.

En las últimas décadas el número de reportes de nuevos casos de variantes raras de leishmaniasis cutánea se ha incrementado. La evidencia clínica y experimental indica que el vector, el parásito y los factores del huésped influyen en la evolución del espectro de las presentaciones clínicas. Al igual que en la enfermedad de Hansen, en la leishmaniasis cutánea también es importante el sistema inmune del huésped, así la morfología clínica atípica de las lesiones estará determinada por los diferentes tipos de respuesta inmune⁶.

En el caso de la leishmaniasis de variedad erisipeloides se planteó la posibilidad de que la distribución del agente infeccioso en las capas superficiales de la dermis papilar pueda deberse a fallas en la respuesta inmune para controlar la replicación del parásito y la formación de granulomas locales; esta misma conducta se plantea para las variedades zosteriforme y lupoides^{7,8}.

El diagnóstico diferencial es tan variado como la clínica y debe plantearse individualmente de acuerdo con la localización y aspecto de la lesión. El empleo de tratamientos inadecuados, particularmente la corticoterapia tópica o sistémica, favorece la progresión de las lesiones, dificultando su diagnóstico al dar lugar a formas atípicas e inusuales.

La existencia de estas formas clínicas atípicas, algunas de ellas simuladoras de otras enfermedades, nos obligan a realizar un plan de trabajo dirigido a la confirmación de la enfermedad, lo cual puede lograrse con la demostración del parásito bajo diversos métodos como en un extendido con tinción de Giemsa, con una muestra histopatológica de la lesión como fue en caso de nuestro paciente, o con el PCR (reacción en cadena de la polimerasa) el cual también es un método diagnóstico sensible para la identificación y caracterización del parásito.

La resolución de la enfermedad puede presentarse después de un tratamiento sistémico consistente en la aplicación intramuscular de fármacos basados en antimonio (antimoniato de meglumina -Glucantime- y estibogluconato de sodio -Pentostam) durante un plazo de 20 a 30 días. Nuestro paciente recibió estibogluconato de sodio por 20 días, sin presentar ningún efecto secundario a la medicación y con resolución total de la lesión.

Se presenta el caso por ser una variante clínica de la leishmaniasis cutánea poco frecuente. En áreas endémicas deberían tomarse en cuenta estas formas atípicas y además incluirlas en los diagnósticos diferenciales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MAGILL AJ. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases Textbook, 7a ed. Capítulo 276: Leishmania species: visceral (Kala-Azar), cutaneous, and mucosal leishmaniasis.
2. RAJA KM, KHAN AA, HAMEED A, RAHMAN SB. Unusual clinical variants of cutaneous leishmaniasis in Pakistan. *Br J Dermatol.* 1998;139(1):111-3.
3. IFTIKHAR N, BARI I, EJAZ A. Rare variants of cutaneous leishmaniasis: whitlow, paronychia, and sporotrichoid. *Int J Dermatol.* 2003;42(10):807-9.
4. OMIDIAN M, MAPAR MA. Chronic zosteriform cutaneous leishmaniasis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2006;72(1):41-2.
5. CARDONAAF, CASASBUENAS A, RAMOS PL. Leishmaniasis lupoide. *Repert. med. cir.* 2005;14(4):204-9.
6. DAUDÉN E, PEÑAS PE, RÍOS L, JIMENEZ M, FRAGA J, ALVAR J, et al. Leishmaniasis presenting as a dermatomyositis-like eruption in AIDS. *J Am Acad Dermatol.* 1996;35(2 Pt 2):316-9.
7. AKILOV OE, KHACHEMOUNE A, HASAN T. Clinical manifestations and classification of Old World cutaneous leishmaniasis. *Int J Dermatol.* 2004;46(2):132-42.
8. KARINCAOGLU Y, ESREFOGLU M, OZCAN H. Atypical clinical form of cutaneous leishmaniasis: erysipeloid form. *Int J Dermatol.* 1999;43(11):827-9.
9. BOGDAN C, ROLLINGHOFF M. The immune response to Leishmaniasis: mechanisms of parasite control and evasion. *Int J Parasitol.* 1998;28(1):121-34.