

Revisión

Leishmaniasis cutánea

J. Javier Gutiérrez de la Peña*, P. Moratinos Palomero**, J.J. Torralba Esteban**

Resumen

Se revisan las principales características de la leishmaniasis cutánea, con especial referencia a los aspectos epidemiológicos, clínicos e histopatológicos, enfermedad endémica en las Islas Baleares.

Summary

We revise the main characteristics of cutaneous leishmaniasis, with particular reference to epidemiological, clinical and histological aspects, endemic disease in Balearic Islands.

Introducción

La Leishmaniasis cutánea, comúnmente conocida como botón de Oriente, ha experimentado un notable incremento en las Islas Baleares, donde es muy importante su conocimiento por todo el personal médico, pues es rara la semana en que no se detecta algún caso nuevo con su típico aspecto clínico, tratándose de un proceso

endémico de gran importancia epidemiológica, con un reservorio animal canino o salvaje, y es preciso tenerla siempre en cuenta para su correcto diagnóstico, por lo general sencillo. No obstante, no es raro extirpar lesiones con un diagnóstico de tumor benigno de la piel, y el patólogo nos informa de la abundante presencia de Leishmanias, o de un infiltrado granulomatoso sugestivo de la enfermedad. Normalmente la leishmaniasis cutánea confiere inmunidad permanente.

Definición y etiología

Las leishmaniasis son las enfermedades producidas por protozoos flagelados de la familia Trypanosomatidae del género *Leishmania*, cuyas principales formas clínicas son la Leishmaniasis cutánea, Leishmaniasis muco-cutánea, Leishmaniasis cutánea difusa y Leishmaniasis visceral o Kala-azar, éstas tres últimas más frecuentes en América del Sur, África e India. La Leishmaniasis cutánea está causada por la *Leishmania* trópica, *L. major* o *L. Aethiopica*. La *L. trópica* es la que ataca principalmente al hombre, y es endémica en los países cálidos del área mediterránea.

Epidemiología

Todos los seres humanos son susceptibles de padecer la enfermedad. Se contrae por la picadura de diminutos mosquitos acuáticos del género *Phlebotomus*, normalmente *P. Papatasi*, aunque pueden intervenir otros como *P. Maior*, *P. Sengenti* y *P. Argenti*, conocidos popularmente en Mallorca como «beatas» que ocasionan además molestas erupciones pruriginosas generalizadas en verano, y no resisten por encima de los seiscientos metros de altitud sobre el nivel del mar.

Los mosquitos son portadores del parásito en su forma flagelada promastigote en el aparato digestivo, que han adquirido al picar a roedores silvestres como ratones,

* Esp. Dermatología y E.T.S.

** Especialistas Anatomía Patológica.

Hospital Militar. Policlínica Miramar. Palma de Mallorca.

ardillas, etc., o a animales domésticos como perros o gatos. Es de dominio público el grave problema de leishmaniasis entre los perros de las Islas Baleares, a los que ocasiona una severa afectación sistémica con repercusión visceral y cutánea, que motiva una elevada tasa de mortalidad dada la escasa eficacia y el alto precio de los tratamientos disponibles para los animales parasitados. En nuestra experiencia hemos observado Leishmaniasis cutánea en personas que poseían un perro fallecido por la enfermedad, aunque hicieron todo lo posible para su curación. Los Phlebotomus (mosquitos de la arena) viven en las zonas próximas a las costas marítimas lo que motiva la particular distribución geográfica de la enfermedad por la cuenca mediterránea (Europa meridional, África del norte y Oriente medio), y por Asia central. En España el botón de Oriente es endémico en las Islas Baleares, delta del Ebro, costa levantina y de Granada. También se encuentra en zonas del interior como en Lérida, Toledo, Madrid, etc..., y por los frecuentes viajes por motivo de trabajo o turismo pueden ser observados en cualquier sitio.

El período de incubación depende de la cepa de Leishmania y del número de microorganismos inoculados, y varía de dos semanas a más de un año. Los promastigotes al ser introducidos en la piel son fagocitados por los macrófagos, donde adquieren su forma no flagelada oval amastigota, de un tamaño de 2 a 4 μ con un gran núcleo periférico y un paranúcleo pequeño en forma de caña. En estas células se multiplican y son liberados por lisis para alcanzar a nuevos histiocitos. Debido a esto, la lesión es necrótica en el centro, y los macrófagos que contienen los parásitos se encuentran en la periferia.

Manifestaciones clínicas

La enfermedad afecta principalmente a las zonas descubiertas, más fácilmente accesibles a la picadura del Phlebotomus como

son la cara, cuello o extremidades superiores, muchas veces en niños. Las lesiones pueden ser únicas o múltiples.

Existen varias formas clínicas siendo las principales la forma aguda o ulcerativa, y la forma crónica o lupoiide. En las Islas Baleares se observan ambos tipos clínicos. Hay otras formas clínicas angiomasos, necróticas, verrucosas o queiloideas, mucho menos frecuentes.

La Leishmaniasis cutánea aguda se inicia como una pápula o tubérculo en el lugar de la inoculación, parecido a una picadura de un mosquito o a un forúnculo, que se ulcera y se recubre de costra en el centro con un área infiltrada eritematosa alrededor. Existe una forma húmeda que se ulcera precozmente (Figs. 1, 2 y 3), y una variante seca con aspecto de nódulo eritematoso cupuliforme no ulcerado (Figs. 4 y 5). En todas las lesiones puede apreciarse un tono amarillo-anaranjado bastante característico que ayuda a su correcto diagnóstico.

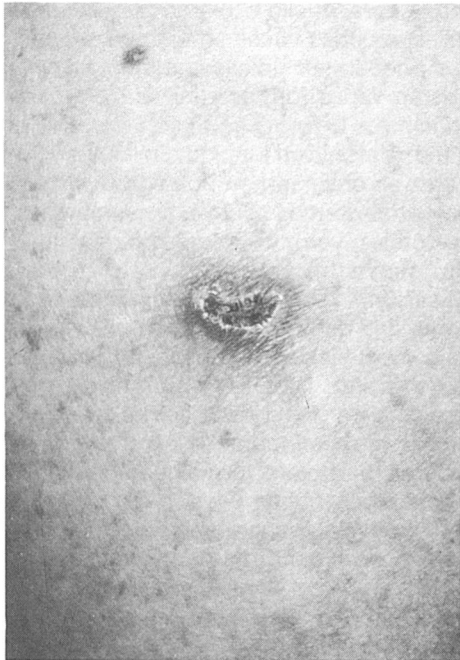
Tiende a la curación espontánea en un plazo de 6 a 12 meses, pero hay casos que duran años, y deja cicatriz.

La Leishmaniasis cutánea crónica o lupoiide afecta con más frecuencia a los ancianos y dura varios años. Se localiza preferentemente en la cara o brazos, y pueden ser lesiones múltiples y simétricas. Consiste en varias pápulas agrupadas de color marrón-rojizo o marrón amarillento que simulan placas de lupus vulgar (Fig. 6), con un fondo de jalea de manzana a la vitropresión. Raramente se ulceran.

Anatomía patológica

La lesión se inicia con un infiltrado inflamatorio de histiocitos rellenos de cuerpos de Leishman-Donovan o Leishmanias, junto con linfocitos y células plasmáticas. Al ulcerarse se añaden neutrófilos.

Según se cronifica observamos un granuloma tuberculoide con histiocitos, células epitelioides y células de Langhans con pocos o ningún parásito.



Las Leishmanias en la tinción de Giemsa se presentan como partículas de 2 a 4 micras de diámetro, redondas u ovales, con un gran núcleo periférico y un paranúcleo pequeño en forma de caña.

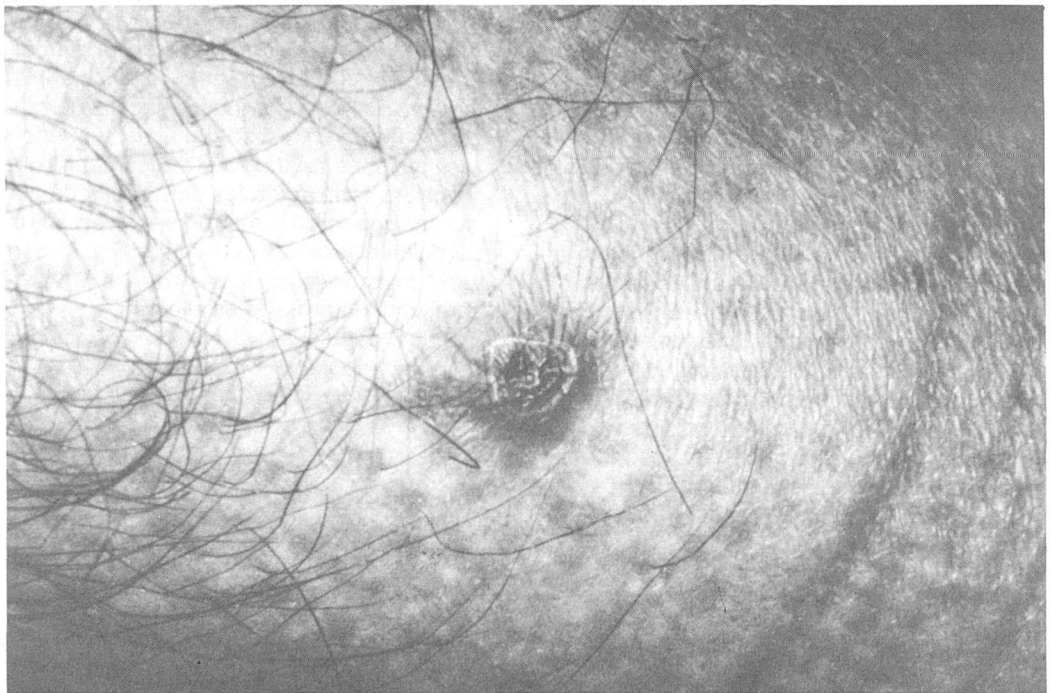
Diagnóstico

Las formas típicas de Leishmaniasis cutánea se hace mediante la clínica. Puede tomarse una muestra del borde de la úlcera y teñirse con la tinción de Wright o Giemsa, para así detectar los microorganismos causales.

El cultivo se realiza en el medio N.N.N. con antibióticos que no permiten crecer a las bacterias.

La biopsia muestra un granuloma tuberculoide, y los típicos cuerpos de Leishman-Donovan.

Se puede recurrir a la reacción de Montenegro con infiltración intradérmica de leishmanina.



Figuras 1 y 2. Típicos botones de Oriente con ulceración central y halo periférico inflamatorio eritemato-amarillento.



Figura 3. Extensa ulceración con borde erisipelatoide donde en toma biópsica se aislaron innumerables Leishmanias.



Figura 4. Pápula semejante a picadura de insecto en lactante pero de meses de evolución, y que respondió al tratamiento con glucantime intralesional.



Figura 5. Pápulas múltiples cupuliformes de aspecto angiomatoso no ulceradas, que mediante estudio histopatológico observamos granulomas tuberculoides característicos de la Leishmaniasis cutánea crónica.



Figura 6. Placa eritemato-amarillenta lupoide en región supraciliar típica de la Leishmaniasis cutánea crónica.

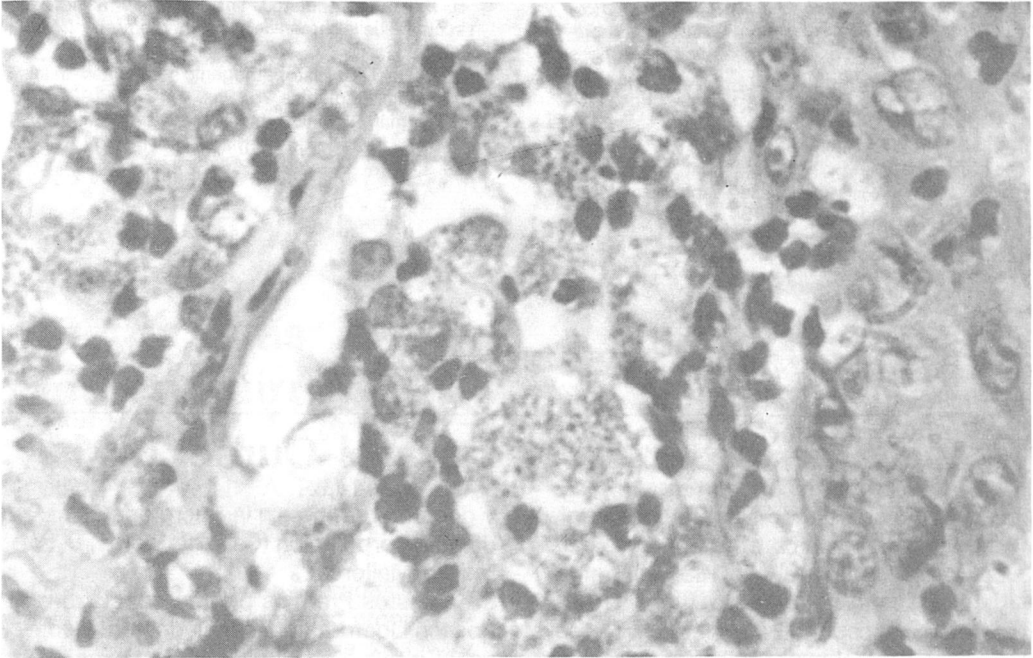


Figura 7. Macrófagos cargados de *Leishmanias* con su gran núcleo periférico y el paranúcleo en forma de «caña».

Diagnóstico diferencial

Desde el punto de vista clínico debe distinguirse del nevus de Spitz, angiomas, histiocitomas fibrosos, lupus vulgar, sarcoidosis, granuloma de las piscinas y micosis profundas.

Histológicamente corresponde al diagnóstico diferencial de los granulomas tuberculoideos.

Tratamiento

Consiste en infiltración intralesional de Glucantime o antimonio de meglumina a la dosis de 1 a 2 c.c. por lesión, en una o dos sesiones separadas por 14 días de intervalo, o aplicado por vía intramuscular de 10 a 20 mgrs. por kilogramo de peso, durante 10 a 30 días.

La extirpación quirúrgica se puede realizar en casos dudosos, si bien hemos ob-

servado recidivas múltiples en los bordes de la cicatriz. También es necesaria en la reparación estética de cicatrices.

No existe suficiente experiencia con la crioterapia con nitrógeno líquido, si bien se puede intentar al ser un método sencillo e inofensivo.

Existen vacunas procedentes de Israel para utilizar en las áreas endémicas obtenidas con cepas de *Leishmania Major* congelada, y sería interesante poder disponer de las mismas en plan preventivo para paliar la diseminación de la enfermedad en la comunidad balear, como dijimos cada vez más frecuente y extendida la Leishmaniasis Cutánea.

Para prevenirla hay que controlar la proliferación de los insectos vectores.

Bibliografía

1. Armijo M, Camacho F. Dermatología. Pgs. 651-654. Ed. Cea. Madrid 1987.

2. Farah FS. Infecciones de protozoos y helmintos. En Fitzpatrick T.B. Dermatología en Medicina General. Pgs. 1645-1650. Ed. Med. Panamericana. Buenos Aires 1980.
3. García Pérez A. Dermatología Clínica. Pgs. 172-176. Gr. Cervantes. Salamanca 1976.
4. Huszar M, Shor R, Trau H, Gazit E, Pasewell JH. The cell phenotypes in the lesion of patients with cutaneous leishmaniasis. Clinical and Experimental Dermatology, 12. Pgs. 103-107, 1987.
5. Ridley DS, Ridley J. The evolución of the lesion in cutaneous leishmaniasis. J. Pathology, 14, Pgs. 83-96, 1986.
6. Ridley D.S. Histopathogenic mechanism in leishmaniasis. Patológica 75. Pgs. 471-479, 1983
7. Harman RRM. Gusanos y protozoos parásitos. En Rook A. Tratado de Dermatología. Pgs. 1120-1127. Ed. Doyma. Barcelona 1989.

Programa de Premios para el Curso 1991

La Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca, abre Concurso para conceder, durante el año 1991, el Premio de esta Real Academia, de Título de Académico correspondiente y *cien mil pesetas*, al autor del mejor trabajo presentado sobre un tema de Medicina.

También se concederá el Premio D. Juan Femenía Perelló, de Título Académico Correspondiente y *ciento cincuenta mil pesetas*, al autor del mejor trabajo presentado sobre un tema de *Cirugía*.

Bases

1.^a Los aspirantes a los Premios deberán remitir sus trabajos antes del 1.º de noviembre del año en curso, en sobre cerrado y lacrado, en cuya parte exterior se escribirá únicamente el lema del mismo, consignando además, en la parte superior izquierda, lo siguiente: «Para el Concurso del Premio de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca». En sobre aparte, cerrado y lacrado, irá en su interior una cuartilla con el nombre, apellidos, residencia, domicilio y título profesional del aspirante y en su exterior el mismo lema del trabajo.

2.^a Los trabajos se presentarán en **cuadruplicado ejemplar**, escritos a máquina por un solo lado, a dos espacios y en lengua castellana o catalana. Serán inéditos

y deberán remitirse a la Secretaría General de esta Corporación (Calle de Morey, 8, Palma de Mallorca).

3.^a A estos Premios podrán concursar todos los Doctores o Licenciados en Medicina y Cirugía o en ciencias afines, españoles o de los países de Hispanoamérica.

4.^a En caso de que un trabajo premiado fuera de más de un autor, el Título de Académico Correspondiente sólo será otorgado obligatoriamente al primer firmante.

5.^a Los Premios no podrán dividirse. La Junta de Gobierno podrá además conceder accésit, consistente en el Título de Académico Correspondiente a los autores de aquellos trabajos que crea merecedores de tal distinción.

6.^a Los trabajos premiados en este Concurso, será propiedad de la Academia y se publicarán en nuestra revista «Medicina Balear».

7.^a El resultado de este Concurso será dado a conocer por la prensa local. Igualmente será comunicado oficialmente a los autores premiados, cuya entrega tendrá lugar en la Solemne Sesión Inaugural del Próximo Curso Académico de 1992.

Palma de Mallorca, 24 de enero de 1991.
El Secretario General Perpetuo, Santiago Forteza. V.ºB.º El Presidente, José M.º Rodríguez Tejerina.