



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Lesión genital inusual simulando carcinoma epidermoide: un desafío diagnóstico



Unusual genital lesion mimicking squamous cell carcinoma: a diagnostic challenge

Marta Cebolla-Verdugo^{a,b,*}, David Moyano-Bueno^{a,b}, Álvaro Prados-Carmona^{a,b}
y Ricardo Ruiz-Villaverde^{a,b}

^a Departamento de Dermatología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

^b Instituto Biosanitario de Granada, Ibs, Granada, España

Descripción clínica del caso

Presentamos el caso de un varón de 75 años, residente de una zona rural del sur de Andalucía, que acudió al servicio de Dermatología por una úlcera persistente indolora en el pene de más de seis meses de evolución. Negaba relaciones sexuales de riesgo. No presentaba fiebre, pérdida de peso ni otra sintomatología sistémica. Después de la aparición de la úlcera se le prescribieron varios tratamientos tópicos, incluidos corticosteroides, antifúngicos y antibióticos, durante 6–8 semanas, sin mejoría. En su historia clínica constaba una circuncisión realizada en el servicio de Urología en 2021 por lesiones sugestivas de candidiasis.

En el examen físico, se observó una úlcera de 3x1 cm con bordes elevados en la cara dorsal del pene (fig. 1). No se palpaban adenopatías inguinales. No se detectaron otras lesiones cutáneas o mucosas. Se realizaron analíticas, las cuales revelaron una hipergammaglobulinemia IgM lambda monoclonal. Las pruebas de función hepática fueron normales. Las serologías para VDRL, VIH, VHC y VHS fueron negativas. Se evidenció una infección pasada por VHB. Ante la sospecha inicial de carcinoma epidermoide, se realizó una biopsia.

Evolución y diagnóstico

El análisis histopatológico confirmó una dermatitis linfocítica ulcerada prepucial (balanopostitis) con un marcado componente de células plasmáticas, secundario a una infección activa por *Leishmania* (fig. 2). La PCR del genoma para leishmania resultó positiva. Para tipificar la especie de *Leishmania* (más probable *infantum*), se requería extraer ADN de la muestra restante para enviarla a un centro de referencia. Dada la urgencia de iniciar el tratamiento, se decidió no esperar los resultados del tipaje exacto.



Figura 1. Ulceración con bordes elevados en el prepucio a nivel de cara dorsal del pene.

En una sesión clínica con el Departamento de Enfermedades Infecciosas, se decidió tratar al paciente como leishmaniasis visceral, dado el tiempo de evolución y riesgo de diseminación, con anfotericina B liposomal a una dosis de 5 mg/kg intravenoso en los días 1, 5 y 10 (dosis total 15 mg/kg)¹, según el protocolo empleado en el hospital. El paciente respondió favorablemente, sin evidencia de recurrencia a los seis meses de seguimiento.

La leishmaniasis es una enfermedad infecciosa tropical causada por parásitos protozoarios del género *Leishmania*, transmitida por la picadura de flebótomos infectados. La capacidad de estos parásitos para evadir el sistema inmunológico humano y residir en macrófagos, junto con la variabilidad clínica de la enfermedad, plantea desafíos diagnósticos y terapéuticos significativos. La leishmaniasis genital es una entidad clínica rara en comparación con otras formas de la enfermedad. Se ha informado en diversas regiones tropicales y subtropicales, incluyendo Latinoamérica, África, Oriente Medio y Asia². Las lesiones genitales pueden aparecer cerca de las

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: martacevers@gmail.com (M. Cebolla-Verdugo).

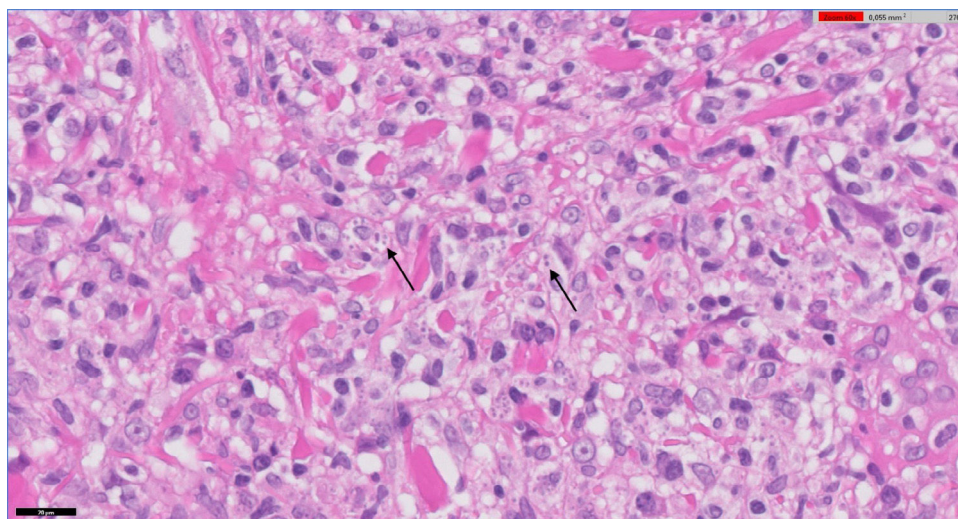


Figura 2. Estudio histopatológico de la lesión. Hematoxilina-eosina. Las flechas indican la presencia de amastigotes de *Leishmania*.

picaduras de flebótomos o ser el resultado de la diseminación sanguínea de la infección. Condiciones como la leishmaniasis cutánea diseminada y la infección por VIH pueden estar asociadas con la afectación genital³. Nuestro paciente no tenía inmunosupresión ni otros factores de riesgo reconocidos asociados con presentaciones atípicas.

Los síntomas de la leishmaniasis genital son variables, aunque generalmente incluyen úlceras genitales persistentes, lesiones nodulares y adenopatías inguinales. Estas manifestaciones pueden ser confundidas con otras infecciones de transmisión sexual o neoplasias genitales, lo que a menudo conduce a un diagnóstico tardío³, como el caso que presentamos.

Según las guías de la OMS¹, el tratamiento de la leishmaniasis cutánea (LCL) causada por *Leishmania infantum* depende de la gravedad de la enfermedad y de las comorbilidades del paciente. Para la enfermedad leve (menos de cuatro lesiones, cada una menor de 4 cm, pacientes no inmunocomprometidos), el tratamiento incluye el cuidado de heridas con vendajes, limpieza con desinfectantes, antimoniales intralesionales o crioterapia superficial, y ungüentos que contengan paromomicina. La enfermedad moderada (hasta cuatro lesiones, cada una menor de 4 cm, en áreas potencialmente desfigurantes) se trata con una combinación de crioterapia superficial y antimoniales intralesionales, o solo antimoniales si no hay equipo de crioterapia disponible, con la termoterapia como método alternativo. La enfermedad grave (lesiones mayores de 4 cm, más de cuatro lesiones, periorificiales o cerca de pequeñas articulaciones, diseminación linfática significativa, inmunosupresión o comorbilidades severas) requiere tratamiento sistémico con antimoniales pentavalentes (20 mg Sb5+/kg intramuscular o intravenoso durante 10-20 días) o miltefosina (50 mg tres veces al día durante 28 días). El tratamiento adecuado y precoz es esencial para reducir la morbilidad y prevenir complicaciones graves.

Fuentes de financiamiento

Este artículo no cuenta con fuente de financiamiento.

Consentimiento informado

Se ha obtenido el consentimiento para la publicación de todas las fotografías de pacientes e información médica.

Declaración de uso de IA

Durante la preparación de este trabajo, los autores usaron ChatGPT-4 (OpenAI, California, EE. UU.) con revisión humana para mejorar la redacción del trabajo. Tras usar esta herramienta, los autores revisaron y editaron el contenido necesario y se declaran responsables del contenido de esta publicación.

Declaración de disponibilidad de datos

Los datos que respaldan estos hallazgos están disponibles del autor correspondiente, MCV, previa solicitud razonable. El autor correspondiente tuvo acceso completo a todos los datos en este manuscrito y asume la responsabilidad de su integridad.

Conflicto de intereses

Los autores no tienen conflictos de interés que declarar.

Referencias

1. Gradoni L, López-Vélez R, Mokni M. Manual on case management and surveillance of the leishmaniases in the WHO European Region [Internet]. Denmark: World Health Organization; 2017 [consultado 4 Jun 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789289052511>.
2. Naeem F, Nathan K, Chivinski J, Ekmekjian T, Libman M, Barkati S. Intravenous liposomal amphotericin B efficacy and safety for cutaneous and mucosal leishmaniasis: a systematic review and meta-analysis protocol. *BMJ Open*. 2021;11:e045707.
3. Souza MD, Falqueto A, Morais GL, Salomão ADS, Pereira FD. Challenges in diagnosis of genital ulcers: a genital leishmaniasis case series. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2021;54:e0772-2020.