



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

347/1559 - LEISHMANIASIS CUTÁNEA

Á. Baldonado Suárez^a, R. Serrano Miralles^b, E. Grimaldi Miranda^c y R. de Iracheta Chicchiarini^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Orden. Huelva. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Rosales. Huelva. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Rosales. Huelva.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 43 años sin AP de interés, acude a consulta de Atención Primaria por aparición de una mácula eritematosa de $0,5 \times 0,5$ cm de diámetro en mejilla izquierda de 10 días de evolución, para lo cual su MAP pauta ácido fusídico/betametasona tópica. Consulta de nuevo por mala evolución, siendo tratada en este momento con cloxacilina oral. Tras dos meses de evolución, es reevaluada por su MAP, presentando una pápula de $1 \times 0,8$ cm con queratosis central, sin ulceración, por lo que es derivada a Dermatología. En consultas de Dermatología se objetiva aumento de la lesión, de $1,2 \times 1,2$ cm, tras 3 meses de evolución, con impresión diagnóstica de botón de oriente, indicándose biopsia, que confirma el diagnóstico, y pautándose antimonio de meglumina (Glucantime[®]) intralesional quincenal (2 sesiones) y posteriormente dada la ausencia de mejoría, imiquimod durante 6 semanas, con reacción local inflamatoria posterior. La paciente continúa en seguimiento por Dermatología 8 meses después de la aparición de la lesión, sin mejoría clínica. Se ha realizado de nuevo biopsia para estudio histológico y microbiológico. Está pendiente de valorar, en función de la evolución, tratamiento con anfotericina B liposomal tópica o nanogel micelar de paromomicina al 5%. La paciente niega picadura de insecto o viajes recientes.

Exploración y pruebas complementarias: Biopsia cutánea: hallazgos histológicos compatibles con Leishmania cutánea. Tinción de auramina: no se observan BAAR. Cultivo de micobacterias: negativo después de 40 días de incubación. Ecografía abdominal anodina. Hemograma y bioquímica normales. Serologías hepática y VIH negativas.

Orientación diagnóstica: Botón de Oriente.

Diagnóstico diferencial: Queratoacantoma. Pseudolifoma. Linfoma cutáneo.

Comentario final: Es interesante realizar una revisión del tema, dada la poca experiencia clínica del MAP en el diagnóstico de leishmaniasis cutánea, a pesar de ser una enfermedad parasitaria endémica en el sur de España y la cuenca mediterránea. Las formas clínicas de presentación son extraordinariamente variadas, lo que dificulta el diagnóstico. Por ello es importante realizar una adecuada anamnesis, considerando los antecedentes epidemiológicos del paciente y la cronicidad de la enfermedad, para poder realizar un diagnóstico correcto.

Bibliografía

1. García-Almagro D. Leishmaniasis cutánea. Actas Dermosifiliogr 2005;96:1-24.

Palabras clave: Botón de Oriente. Leishmania.