

Diagnóstico a primera vista

Dolor e inflamación del pabellón auricular

Pain and inflammation of the pinna

Antoni Nadal-Nadal^{a,*}, Cristina Nadal-Lladó^a, Fernando Terrasa-Sagrístà^b y María Paz Díaz-Antolín^c

^a Servicio de Dermatología, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, España

^c Servicio de Microbiología, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, España

Descripción clínica del caso

Varón de 33 años, residente en Mallorca, sin antecedentes patológicos ni familiares de interés ni viajes recientes; remitido al servicio de dermatología de nuestro hospital por una llamativa inflamación del pabellón auricular derecho de 2 meses de evolución, mostrándose edematizado, con zonas costrosas y descamativas (fig. 1).

Había recibido varios tratamientos tópicos (pomada de gentamicina, betametasona y clotrimazol) y sistémicos (amoxicilina-clavulánico y ciprofloxacino) sin ninguna mejoría.

Evolución

Se realizó un frotis con escobillón y una biopsia de la lesión, dividiéndose en 2 porciones, para estudio anatomopatológico y microbiológico.

Los cultivos en medios habituales resultaron negativos. Los cortes histológicos con tinción de hematoxilina-eosina y el frotis con tinción de Giemsa mostraron numerosos amastigotes (fig. 2). Se cultivó en medio bifásico de agar sangre (NNN) y se identificó la especie *Leishmania infantum* mediante técnicas de reacción en cadena de la polimerasa.

El tratamiento consistió en antimonio de meglumina intramuscular (10 mg/kg/día) durante 20 días, obteniendo la resolución completa del cuadro (fig. 3).

Discusión

Las leishmaniasis son producidas por la infección de protozoos del género *Leishmania*, inoculados por hembras de dípteros *Phlebotomus* y *Lutzomyia*. La leishmaniasis cutánea por *L. infantum* es frecuente en España, especialmente en determinadas áreas geográficas, como las Islas Baleares^{1,2}. El diagnóstico de leishmaniasis



Figura 1. Pabellón auricular de aspecto inflamado y descamativo.

cutánea es difícil por la diversidad de presentaciones clínicas y la necesidad de medios de cultivo específicos.

Las manifestaciones clínicas son muy variadas, dependiendo del tropismo de la especie y de su capacidad infectiva, así como factores propios del vector y de la situación de inmunocompetencia del huésped¹. Existen formas viscerales (kala-azar), mucocutáneas y cutáneas. Dentro de las lesiones cutáneas encontramos desde el más frecuente botón de oriente hasta las formas en placa, hiperqueratósicas, verrugosas y papilomatosas, zosteriformes,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: toninadal1@hotmail.com (A. Nadal-Nadal).

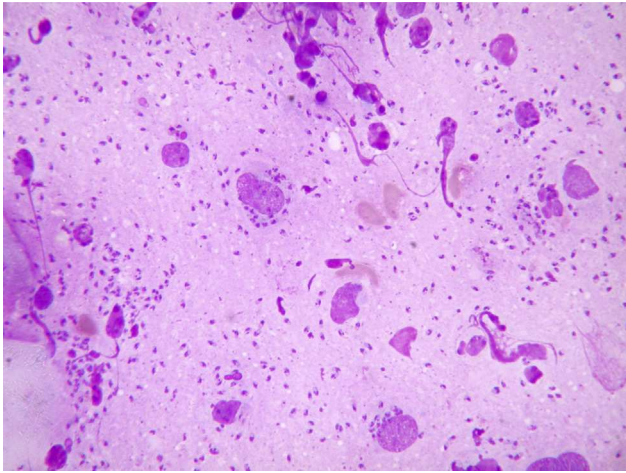


Figura 2. Amastigotes dentro y fuera de los macrófagos. Tinción del frotis con Giemsa a 600×.



Figura 3. Aspecto de la lesión a las 8 semanas del tratamiento.

El tratamiento sistémico con antimoniales pentavalentes es la medicación de primera línea cuando está indicado el tratamiento sistémico. Se utilizan el antimoniato de meglumina y el estibogluconato de sodio. Las pautas habituales son de 10–20 mg/kg/día, por vía intramuscular o intravenosa, durante 10–20 días^{8–10}, vigilando efectos secundarios típicos, como síntomas gastrointestinales, y otros graves, como alteraciones electrocardiográficas, elevación de las transaminasas, pancreatitis y neuropatía periférica. Existen otras alternativas, como anfotericina B liposomal¹¹, con eficacia similar y menos efectos secundarios aunque con un mayor coste inicial^{12,13}, y pentamidina¹⁴, con los que tenemos menos experiencia.

Con este caso pretendemos demostrar que la leishmaniasis cutánea puede adoptar una gran variedad de formas clínicas; muy diferentes al clásico botón de oriente o pápula ulcerada. Aun tratándose de pacientes inmunocompetentes, debemos tener en cuenta esta entidad en el diagnóstico diferencial de lesiones dérmicas de evolución atípica y comunicar esta sospecha al servicio de microbiología para detectar el parásito con la mayor celeridad.

Bibliografía

- García-Almagro D. Leishmaniasis cutánea. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96:1–24.
- Quiles Mora J, García de Lomas J, Sánchez Pedreño J, Marín Iniesta F, Rodríguez García F. Leishmaniasis. A current problem. *Rev Sanid Hig Publica (Madr).* 1979;53:771–807.
- Raja KM, Khan AA, Hameed A, Rahman SB. Unusual clinical variants of cutaneous leishmaniasis in Pakistan. *Br J Dermatol.* 1998;139:111–3.
- Grasa Jordan MP, Marrón Gasca J, Lazaro Pérez J, Abascal Agorreta M, del Cura Ortíz E, Vives Sendra JM, et al. Plaque leishmaniasis. *Actas Dermosifiliogr.* 1978;69:107–14.
- Pérez-Ayala A, Norman F, Pérez-Molina JA, Herrero JM, Monge B, López-Vélez R. Imported leishmaniasis: A heterogeneous group of diseases. *J Travel Med.* 2009;16:395–401.
- David CV, Craft N. Cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis. *Dermatol Ther.* 2009;22:491–502.
- Reithinger R, Dujardin JC, Louzir H, Pirmez C, Alexander B, Brooker S. Cutaneous leishmaniasis. *Lancet Infect Dis.* 2007;7:581–96.
- Koff AB, Rosen T. Treatment of cutaneous leishmaniasis. *J Am Acad Dermatol.* 1994;31 Pt 1:693–708, quiz 708–710.
- Palumbo E. Current treatment for cutaneous leishmaniasis: A review. *Am J Ther.* 2009;16:178–82.
- Mohammadzadeh M, Behnaz F, Golshan Z. Efficacy of glucantime for treatment of cutaneous leishmaniasis in Central Iran. *J Infect Public Health.* 2013;6:120–4.
- Del Rosal T, Artigao FB, Miguel MJ, de Lucas R, del Castillo F. Successful treatment of childhood cutaneous leishmaniasis with liposomal amphotericin B: Report of two cases. *J Trop Pediatr.* 2010;56:122–4.
- Brown M, Noursadeghi M, Boyle J, Davidson RN. Successful liposomal amphotericin B treatment of *Leishmania braziliensis* cutaneous leishmaniasis. *Br J Dermatol.* 2005;153:203–5.
- Solomon M, Baum S, Barzilai A, Scope A, Trau H, Schwartz E. Liposomal amphotericin B in comparison to sodium stibogluconate for cutaneous infection due to *Leishmania braziliensis*. *J Am Acad Dermatol.* 2007;56:612–6.
- Soeiro MN, Werbovetz K, Boykin DW, Wilson WD, Wang MZ, Hemphill A. Novel amidines and analogues as promising agents against intracellular parasites: A systematic review. *Parasitology.* 2013;8:1–23.

esporotricoides y las formas erisipeloides y eczematiformes^{3–5}, como la mostrada.

Aunque usualmente autolimitada, el tratamiento de la leishmaniasis cutánea está indicado para acelerar la curación, disminuir las cicatrices y evitar la diseminación del parásito en determinadas lesiones^{6,7}. Los tratamientos físicos, como la crioterapia, pueden ser utilizados solos o de forma coadyuvante. En lesiones bien delimitadas, como el botón de oriente, el tratamiento intralesional es el de elección, salvo que su localización o extensión lo desaconsejen.