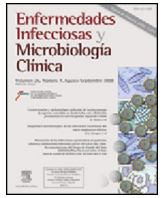




# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

## Lesiones cutáneas en un mundo globalizado

## Skin lesions in a globalized world

Magdalena Muelas-Fernandez<sup>a,\*</sup>, Florencia Medina-Jerez<sup>b</sup>, Judit Serra-Ramonet<sup>b</sup> y Antonia Flor-Perez<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Departamento Medicina Interna, Fundació Althaia de Manresa, Manresa, Barcelona, España

<sup>b</sup> Institut Català de la Salut-Catalunya Central, Sant Fruitós de Bages, Barcelona, España



### Descripción clínica del caso

Varón de 25 años, originario de Mali, con antecedentes de malaria y hematuria en la infancia. Llegó a España en julio de 2018 con un total de 12 lesiones cutáneas localizadas en tórax y extremidades. Las lesiones son pápulas y nódulos, con unas dimensiones que oscilan entre los 5 y 55 mm de diámetro. Dos de estas lesiones están ulceradas en el centro, y presentan secreción sugestiva de sobreinfección. La primera lesión, ubicada en la región pectoral derecha, apareció 3-4 meses antes de su llegada a nuestro país (entre marzo y abril de 2018), cuando estaba en Bakú (Malí), y el resto de las lesiones aparecieron progresivamente durante su migración hacia Marruecos. El paciente niega fiebre, astenia, anorexia u otros síntomas tóxicos, aunque refiere dolor ocasional de las lesiones ulceradas. En el examen físico se encuentra afebril y hemodinámicamente estable, sin alteraciones cardiorrespiratorias, neurológicas ni abdominales, a excepción de las lesiones cutáneas mencionadas con anterioridad (figs. 1 y 2).

### Evolución

Se procedió a realizar cultivo microbiológico de las lesiones con secreción y biopsia por punción de la zona periférica de varias lesiones, objetivándose en el cultivo colonias de *Staphylococcus aureus* y en la biopsia la presencia de amastigotes en el citoplasma de las células epitelioides (fig. 3).

Además, para completar el estudio de diagnóstico de sospecha, así como de paciente inmigrante se realizó: analítica sanguínea con hemograma, fórmula leucocitaria, función renal y perfil hepático dentro de la normalidad; la prueba de la tuberculina y QuantiFERON<sup>®</sup>-TB negativos; serologías de VIH, VHC, VHB, *Strongyloides stercoralis* y *Schistosoma* negativas; cuantificación de inmunoglobulinas, proteinograma y subpoblaciones linfocitarias normales; 3 muestras de heces con *Entamoeba dispar* (PCR negativa para *E. histolytica*) y 3 muestras de orina sin evidencia de parásitos.



**Figura 1.** Lesión nodular de 35 × 40 mm ulcerada en el centro, zona pretibial de la pierna izquierda.

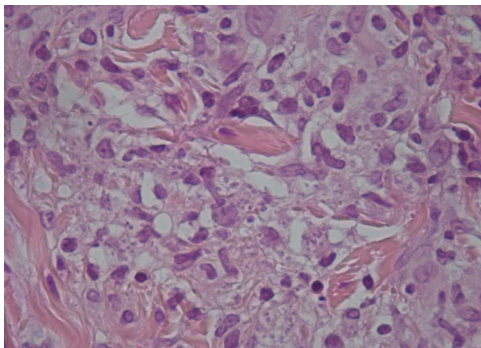
Ante el diagnóstico de sospecha, se solicitó PCR de la muestra de la biopsia previamente realizada, y en espera de resultados se inició tratamiento con antimonio de meglumina intramuscular (Glucantime<sup>®</sup>) 20 mg/kg/día/durante 20 días más 5 sesiones semanales de antimonial intralesional hasta presentar una reducción total de las lesiones, conseguida a los 6 meses del inicio del tratamiento.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: magdamu80@gmail.com (M. Muelas-Fernandez).



**Figura 2.** Lesión nodular 20 × 25 mm, dorso de la mano derecha.



**Figura 3.** Punch de la lesión de la figura 1. Se pueden observar amastigotes intracelulares.

### Comentario final

El resultado de la PCR del *punch* de una de las lesiones cutáneas fue positiva para *Leishmania major*.

Este caso nos permite revisar el diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas múltiples en subsahariano inmunocompetente.

La leishmaniosis es una enfermedad parasitaria endémica en Europa, África, Asia y Sudamérica<sup>1</sup>, causada por más de 20 especies que se transmiten a través de la mosca de la arena (*Phlebotomus*)<sup>2</sup>. Puede presentarse de diferentes formas según especie y respuesta inmune: visceral (puede ser mortal), cutánea (la más común) o mucocutánea<sup>3,4</sup>.

Este caso clínico trata de leishmaniosis cutánea diseminada, dado que encontramos más de 10 lesiones en diferentes estados en 2 o más partes del cuerpo. Esta presentación es más típica en pacientes inmunocomprometidos<sup>5</sup>. Las lesiones suelen ser asintomáticas a menos que se sobreinfecten.

El diagnóstico de sospecha se realiza por el contexto epidemiológico y clínico del paciente. Hay que tener en cuenta la distribución geográfica de los diferentes subgéneros de *Leishmania* y su presentación clínica más característica.

Para el diagnóstico se prefiere la biopsia (S50-70%) y la PCR (S97%), ya que son más eficaces que el test de Montenegro (S50%) y el cultivo en medio NNN<sup>3-5</sup>. Para aumentar su sensibilidad se deben tomar muestras de la zona afectada y del margen activo.

El tratamiento sistémico se indica en formas viscerales, cutáneas con lesiones de más de 4 cm o múltiples y/o afectación articular o cara. La primera línea de tratamiento es con antimoniales pentavalentes vía parenteral (Glucantime® 20 mg/kg/día durante 20 días en las formas cutáneas y 28 días en las formas mucocutáneas y viscerales). Hay que tener presente los posibles efectos adversos más habituales como alteraciones de la conducción cardíaca, transaminitis, pancreatitis e insuficiencia renal. Existen otros tratamientos, aunque con menos eficacia (miltefosina, ketoconazol, anfotericina B, pentamidina). A nivel local se puede tratar con cremas de paromomicina, antimoniales intralesionales o crioterapia<sup>4-6</sup>.

La *Leishmania* es considerada por la OMS una de las 7 enfermedades tropicales más importantes del mundo. España es país endémico<sup>5</sup>.

Es importante destacar la importancia de aplicar un protocolo en el paciente inmigrante para descartar las enfermedades más frecuentes según el área de procedencia.

### Bibliografía

1. McIlwee BE, Weis SE, Hosler GA. Incidence of Endemic Human Cutaneous Leishmaniasis in the United States. *JAMA Dermatology*. 2018;75247:1–8.
2. Paz C, Doumbia S, Keita S, Sethi A. Cutaneous leishmaniasis in Mali. *Dermatol Clin*. 2011;29:75–8.
3. Torres-Guerrero E, Quintanilla-Cedillo MR, Ruiz-Esmenjaud J, Arenas R. Leishmaniasis: A review. *F1000Res*. 2017;6:7507515.
4. Blum J, Desjeux P, Schwartz E, Beck B, Hatz C. Treatment of cutaneous leishmaniasis among travellers. *J Antimicrob Chemother*. 2004;53:158–66.
5. Burza S, Croft SL, Boelaert M. Leishmaniasis. *Lancet*. 2018;6736:1–20.
6. Handler MZ, Patel PA, Kapila R, Al-Qubati Y, Schwartz RA. Cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis: Differential diagnosis, diagnosis, histopathology, and management. *J Am Acad Dermatol*. 2015;73:911–26.