Caso clínico de tropismo dérmico en leishmaniasis visceral

MARÍA JESÚS SAMANIEGO RUIZ, PhD[1]; JUAN ANTONIO FERNÁNDEZ GIL[1]; HUSEIN HUSEIN-ELAHMED, MD, PhD[2]

[1]ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORDESTE DE GRANADA – GRANADA – ESPAÑA

[2]DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGÍA – HOSPITAL DE BAZA – GRANADA – ESPAÑA

Autora para correspondencia: mariaje88@gmail.com

Recibido: 1 de noviembre de 2024 – Aceptado: 21 de abril de 2025

Resumen

La leishmaniasis visceral (LV) es una enfermedad causada por un protozoo a través de la picadura de un mosquito. La LV es una enfermedad infrecuente, sobre todo en los países desarrollados porque necesita personas con sistemas inmunológicos débiles, desnutrición, viviendas precarias. Se presenta el caso de una persona jubilada con enfermedad de Crohn. Varón procedente de Reino Unido que vino a vivir a una cueva del sur de España. Ingresó en medicina interna por ortopnea, edematización y aparición de hematomas espontáneos por todo el cuerpo. A las tres semanas, presentaba unas treinta lesiones cutáneas. Clínicamente desarrolló empeoramiento progresivo, con descompensación cardiaca y renal. Ante esta situación las pruebas complementarias se ampliaron, incluyendo la punción-aspiración de médula ósea que confirmó la leishmania. La descripción de este caso puede hacer una contribución a la literatura por la presentación atípica que presenta en este paciente, donde destacamos la importancia del reconocimiento temprano de los síntomas cutáneos para el tratamiento integral precoz.

Palabras clave. Leishmaniasis visceral – Úlcera cutánea – Informe de caso.

Abstract

Clinical case of dermal tropism in visceral leishmaniasis.

Visceral leishmaniasis (VL) is a disease caused by a protozoan through a mosquito bite. VL is a rare disease, especially in developed countries because it affects people with weak immune systems, malnutrition, and poor housing. The case of a retired man with Crohn's disease is presented. The man was originally from the United Kingdom and came to live in a cave in southern Spain. He was admitted to the Internal Medicine Department due to orthopnea, edema, and spontaneous hematomas all over his body. Three weeks later, he presented approximately 30 skin lesions. In the face of progressive clinical worsening with cardiac and renal decompensation, it was decided to perform a bone marrow aspiration, which confirmed leishmania. The description of this case may contribute to the literature due to the atypical presentation in this patient. We emphasize the importance of early recognition of skin symptoms for early comprehensive treatment.

Keywords. Visceral leishmaniasis – Skin ulcer – Case report.

INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis es una enfermedad causada por el protozoo leishmania, que es un parásito transmitido por la picadura del mosquito flebótomo hembra infectado. Se estima una incidencia anual de entre 700.000 y 1 millón de casos nuevos,[1] pero solo una pequeña parte de las personas infectadas acabarán desarrollando la enfermedad [2] porque se desarrolla en personas inmunocomprometidas, o en estado de desnutrición, habitantes de viviendas precarias, etc.

Existen tres formas principales: la que afecta a la piel, la que afecta a las mucosas, y la que afecta al cuerpo entero que se conoce como leishmaniasis sistémica o visceral.

La leishmaniasis visceral (LV) es la forma más grave ya que, en ausencia de tratamiento, suele ser mortal en más del 95% de los casos. Se caracteriza por episodios irregulares de fiebre, pérdida de peso, agrandamiento del bazo y del hígado, y anemia. El período de incubación suele ser de 2 semanas a 18 meses. Se estima que cada año se producen entre 50.000 y 90.000 casos nuevos en el mundo se esta forma de leishmaniasis. La mayoría de los casos ocurren en Brasil, África oriental e India.[1]

En Europa la leishmaniasis cutánea y visceral es endémica. En España y referido al año 2023, se notificaron 394 casos, de los que el 99% autóctonos (evolución que ha sido ascendente desde 2016). Las comunidades más afectadas

fueron Baleares, Murcia y Comunidad Valenciana, con una frecuencia de LV del 52,2%.[3]

La excepcionalidad de estos casos nos llevó a describir un caso de leishmaniasis visceral con el fin de comprender mejor la enfermedad y su manejo.

CASO CLÍNICO

Varón de 69 años autónomo para las actividades básicas de la vida diaria. Procede del extranjero y convive en una cueva con su mujer y perros.

Presenta antecedentes personales de enfermedad de Crohn, aneurisma de aorta abdominal infrarrenal, espondiloartrosis y coxartrosis. En tratamiento inmunosupresor con infliximab, mesalazina, y azatioprina, además de atorvastatina y ácido acetilsalicílico.

Acudió a urgencias por disnea, donde se objetivó pancitopenia, por lo que se retiró la mesalazina y azatioprina, y se pautó prednisona y fumarato de formoterol dihidrato. Tras la persistencia de la disnea con tos con expectoración se suspendió infliximab, se añadió moxifloxacino y se reinició masalazina. Ante la persistencia de la disnea con ortopnea, edematización y aparición de hematomas espontáneos por todo el cuerpo es ingresado en medicina interna. La exploración clínica y radiológica, que incluyó una ecocardiografía en la que se objetivó una insuficiencia mitral ligera, no permitieron filiar el cuadro.

A las dos semanas, los hematomas derivaron en lesiones cutáneas (**Imagen 1**). A las tres semanas, presentaba más de 30 lesiones (**Imagen 2**).

Imagen 1. Lesiones cutáneas por leishmaniasis visceral.

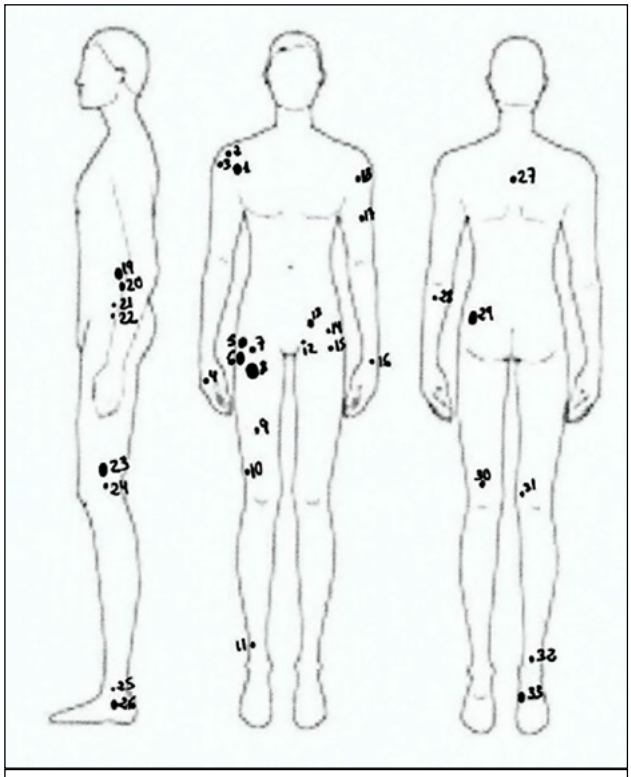

Imagen 2. Localización de las lesiones cutáneas por leishmaniasis visceral.

Clínicamente desarrolló empeoramiento progresivo, con descompensación cardiaca y renal. Ante esta situación se ampliaron las pruebas complementarias realizadas. El cultivo microbiológico de las lesiones no aportó información útil. El estudio anatomopatológico de las lesiones mostró reacción xantogranulomatosa y células gigantes multinucleadas junto con infiltrado linfoide sobre piel fibrótica que se extendía hasta hipodermis, con moderada paniculitis con CD68+, más fragmentación colágena y elastofagia, por lo que en el diagnóstico diferencial se incluyó el diagnóstico de pioderma gangrenoso. Sin embargo, la realización de una punción-aspiración de médula ósea confirmó el diagnóstico de infección por leishmania; merece resaltar que la PCR frente a leishmania realizado en la muestra de la biopsia cutánea resultó negativo. Ante este hallazgo se inició tratamiento con anfotericina B liposomal.

Imagen 3. Evolución a los 6 meses de las lesiones cutáneas por leishmaniasis visceral.

Al mes y medio del ingreso, el paciente se encontraba en una situación de dependencia severa con edemas generalizados, múltiples lesiones cutáneas e incapacidad para la bipedestación. Se realizó trabajo colaborativo con nefrología (broncodilatador), intensivista (betabloqueante), hematología (dos concentrados de hematíes), vascular (diuréticos), dermatología, infecciosos (anfotericina) y enfermería (cuidados y curas mediante desbridamiento y apósitos de cura en ambiente húmedo). Una vez completado el ciclo de tratamiento con anfotericina B liposomal, fue trasladado a una residencia para continuar con cuidados básicos. Al día siguiente de encontrarse en la residencia, ingresó en cuidados intensivos por empiema pulmonar derecho que precisó drenaje. Tras el abordaje holístico fue dado de alta a su domicilio donde se consiguió la resolución a los 6 meses con un tratamiento consistente en curas locales de las lesiones con fomentos de solución antimicrobiana de polihexanida-betaína, y apósitos de fibras o de espuma de poliuretano según el estado y exudado de la lesión (**Imagen 3**).

DISCUSIÓN

Hemos comunicado el caso de un paciente adulto inmunosuprimido y habitando en condiciones higiénicas mejorables que desarrolló la variante visceral de infección por leishmania.

La LV es una entidad infrecuentemente comunicada. De hecho, en Andalucía tan solo hemos hallado una publicación en 2010 en Sevilla, de un lactante de 18 meses que vivía en un ámbito rural en contacto con perros, cabras, etc.[4] Al igual que en nuestro caso, los perros son el principal reservorio zoonótico, factor que se sospechó en nuestro caso, pero no se confirmó. Apareciendo en otros reportes, como un caso que no tenía animales, pero sí había convivido con gente con perros.[5] Otro que refirió que había perros vagabundos que merodeaban cerca de su trabajo.[6] Asi, hay un caso que refirió que su perro había muerto a consecuencia de una leishmaniasis.[7]

Las publicaciones encontradas en España suelen reportarse en varones como en nuestro caso, encontrándose en España una frecuencia del 64,6% de leishmaniasis en hombres durante el 2023.[3] Así, los casos publicados coinciden en adultos como nosotros, siendo la edad media reportada en España de 54 años, aunque las incidencias más elevadas en el año 2023 se dieron en menores de 1 año.[3] Así, en 2023 se

publicó el caso de un varón inmunodeprimido de 35 años residente en Bilbao que consultaba por fiebre y malestar general. Era camarero, fumador de 5 cigarros al día, bebedor y consumidor habitual de hachís y ocasionalmente cocaína inhalada. Como antecedentes médicos de interés presentaba diabetes mellitus tipo 2.[5] Similar a otro caso en 2008 en una zona rural cerca de Madrid, de un varón de 41 años con antecedentes patológicos de polinosis con asma y nefrolitiasis. Fumador y bebedor ocasional, que consultó por fiebre sin focalidad, cefalea y escasa tos seca.[6] En 2006 se publicó otro caso en Madrid de un varón de 72 años, diabético y con colitis ulcerosa con fiebre de predominio vespertino de varios meses de duración, acompañado de astenia intensa y episodios ocasionales de sudoración profusa y escalofríos.[8] Estos casos,[5,8] han reportado que existe una mayor incidencia en pacientes diabéticos, no siendo así en nuestro caso. Los grupos de mayor riesgo suelen ser las personas inmunodeprimidas y los niños. Así en las publicaciones, se aprecia la presencia de factores que alteran el sistema inmunitario, ya que dos casos coinciden en la diabetes y otros dos en la presencia de hábitos tóxicos. Asimismo, hay un caso en un varón de 40 años VIH positivo.[7] A esto, habría que añadir la consideración de enfermedad inflamatoria intestinal aspecto que comparten el caso de Madrid y el nuestro.

En cuanto, a la sintomatología la mayoría presentaba persistencia de cuadro febril con predominio vespertino y hallazgo de pancitopenia;[5-6,8-9] siendo esta última común a todos los casos incluido el nuestro. En los casos reportados en lactantes además se apreció decaimiento con distensión abdominal con hepatoesplenomegalia.[4,9-10] A nivel cutáneo, en los lactantes se reportó palidez cutánea,[4,9] y en un caso adulto marcadas telangiectasias malares[8], y en otro pequeñas úlceras de fondo eritematoso y blando en pene.[6] A pesar de que la leishmaniasis visceral es una enfermedad caracterizada por un tropismo dérmico significativo, no ha sido un aspecto reportado en los casos; siendo la carga parasitaria cutánea consistentemente mayor que la carga parasitaria sanguínea.[11] En esta línea, se ha reportado un mayor número de casos notificados en los meses de invierno, probablemente debido al retraso diagnóstico de las formas cutáneas.[3]

El diagnóstico de la leishmaniasis visceral se basa en la combinación de signos clínicos y pruebas parasitológicas o serológicas.[1] De modo que, la mayoría obtuvieron serologías positivas.[4,9-10] Aunque en un caso, la ausencia de hallazgos en las pruebas complementarias llevó a solicitar un estudio de médula ósea donde se confirmó la leishmania,[5] como en nuestro caso. Y en otros fue por biopsia hepática[6] o estudio histopatológico tras colonoscopia.[8] Así, en uno de los casos el hallazgo se encontró al estudiar histológicamente un carcinoma epidermoide perianal, que posteriormente se confirmó con médula ósea.[7]

Otro aspecto a tener en cuenta, es la localidad. En los casos publicados, se han encontrado 1 en Andalucía,[4] 2 en Madrid,[6,8] 2 en Comunidad Valenciana,[7,10] 1 en Sevilla,[4] 1 en Bilbao,[5] y 1 en Zaragoza,[9] siendo el 50% de los casos notificados durante el 2023 en España en Andalucía, C. Valenciana y Madrid.[3] Por lo que, aunque la evolución varía según las regiones si se puede apreciar una consistencia en el tiempo en algunas comunidades que podría ayudar a su diagnóstico.

En relación al abordaje terapéutico, con la anfotericina B liposomal se consiguió la resolución en la mayoría de los casos,[5-7,9-10] encontrando un caso de LV refractaría a la anfotericina que requirió de un segundo ciclo añadiendo una séptima dosis,[4] y un caso que se trató con antimoniales pentavalentes.[8] En nuestro caso, también se utilizó la anfotericina B liposomal por ser el tratamiento con mayor eficacia y menor toxicidad para la LV.[12]

La leishmaniasis cutánea es la más común. Sin embargo, la visceral es la más grave, presentando síntomas que suelen ser sistémicos, como fiebre prolongada, pérdida de peso, anemia y esplenomegalia. Aunque, en algunos casos, antes de que estos síntomas sistémicos aparezcan, puede formarse un granuloma primario en la piel.[13] Por tanto, la presencia de pápulas, nódulos o úlceras nos pueden ayudar en el diagnóstico temprano de la LV.

Las investigaciones futuras deberían centrarse en estudiar cómo se manifiesta esta enfermedad a nivel cutáneo en sus primeras fases para facilitar el diagnóstico precoz, y cómo la piel podría prevenir la replicación del parásito; centrándose en comprender cómo el parasitismo de la piel del huésped y el microambiente inmunitario relacionado favorece o previene la replicación cutánea del parásito.

CONCLUSIÓN

La leishmaniosis en humanos en su forma sistémica puede llevar a complicaciones mortales, aunque las tasas de recuperación son altas si se lleva a cabo un abordaje adecuado. La sospecha clínica es fundamental para su diagnóstico, por lo que el reconocimiento temprano de los síntomas cutáneos va a ser clave para el tratamiento integral precoz.

CONFLICTOS DE INTERESES: NINGUNO

El paciente consintió la publicación de las fotografías y la publicación del caso obtuvo un informe favorable por el Comité de Ética de Investigación Biomédica provincial de Granada.

Bibliografía

[1] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Leishmaniasis, https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis; 2023 [consultada el 23 marzo de 2024].

[2] MONTANER-ANGOITI E, LLOBAT L. Is leishmaniasis the new emerging zoonosis in the world? Vet Res Commun. 2023;47(4):1777-9. http://doi.org/10.1007/s11259-023-10171-5

[3] CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA. Instituto de Salud Carlos III. CIBERESP. Informe epidemiológico sobre la situación de la leishmaniasis en España. Año 2023. Madrid: Red Nacional de Vigilancia Epidemiología, https://higieneambiental.com/sites/default/files/images/control-plagas/informe_renave_leishmania_2023.pdf; 2023 [consultada el 07 agosto de 2024].

[4] OLBRICH P, HURTADO MINGO A, BALTASAR NAVAS C, ANCHÓRIZ ESPOSITO M, NETH O. Manejo diagnóstico y terapéutico de un niño afecto de una Leishmaniasis visceral refractaria al tratamiento con Anfotericina B liposomal. Vox Paediatrica 2010; 17(2):63-66

[5] Momeñe-Rojas N, Pereda-Barroeta J, Villamandos-Tellaeche E, Díaz-Fernández M, Franco-Vicario R. Leishmaniasis visceral en paciente inmunocompetente. Rev Esp Casos Clin Med Intern [Internet]. 31 de agosto de 2023 [citado 7 de mayo de 2024];8(2):77-9. DOI: https://doi.org/10.32818/reccmi.a8n2a6

[6] CABALLERO SÁNCHEZ M, ARANDA GARCÍA Y, REVIRIEGO JAÉN G. Leishmaniasis visceral en paciente inmunocompetente. Diagnóstico diferencial de la fiebre de origen desconocido. SEMERGEN. 2008;34(6):303-7. DOI: 10.1016/S1138-3593(08)71908-7

[7] ARMENGOT-CARBÓ M, CARMENA-RAMÓN R, RODRIGO-NICOLÁS B, FERRANDO-MARCO J. Leishmaniasis visceral insospechada infiltrando un carcinoma epidermoide. Actas Dermosifiliogr. 2012; 103 (4): 321-323. DOI: 10.1016/j.ad.2011.04.016

[8] LÓPEZ COTÓN S, REDONDO FERNÁNDEZ R, MANZANO ESPINOSA L. Leishmaniasis visceral: a propósito de un caso de fiebre de origen desconocido. SEMERGEN. 2006;32(1):41-2. DOI: 10.1016/S1138-3593(06)73217-8

[9] SANGRÓS GIMÉNEZ A, SUBIRÓN ORTEGO R, GUERRERO LALEONA C, DE ARRIBA MUÑOZ A, BUSTILLO ALONSO M. Leishmaniasis visceral pediátrica. A propósito de un caso. 2018;48(1): 85-87

[10] PALOMARES GIMENO MJ, SEGURA NAVAS L, RENAU SOLAZ S, BUENO CLAROS D. Leishmaniasis cutáneo-visceral, sospecharla para diagnosticarla. Rev Pediatr Aten Primaria. 2020; 22(85): 49-53.

[11] ARUMUGAM S, SCORZA BM, PETERSEN C. Visceral Leishmaniasis and the Skin: Dermal Parasite Transmission to Sand Flies. Pathogens. 2022;11(6):610. https://doi.org/10.3390/pathogens11060610

[12] MONGE-MAILLO B, LÓPEZ-VÉLEZ R. Anfotericina B liposomal en el tratamiento de la leishmaniasis visceral. Rev Iberoam Micol. 2021;38(2):101-4. http://doi.org/10.1016/j.riam.2021.04.002

[13] ARÓSTEGUI AGUILAR J, DIAGO A, CARRILLO GIJÓN R, ET AL. Granulomas en dermatopatología: principales entidades: Parte I. Actas Dermo-sifiliográficas. 2021; 112: 682-704.