

Leishmaniasis cutánea diseminada. Presentación de caso tratado exitosamente con anfotericina B

Disseminated cutaneous leishmaniasis. Case presentation successfully treated with amphotericin B

Regina Beatriz Espínola Espínola¹ 

*Gloria Celeste Samudio Domínguez¹ 

María Julia Martínez Lezcano² 

Luis Celias² 

Aline Profeta Daláqua¹ 

Teobaldo Filipe Daláqua¹ 

¹Universidad María Auxiliadora. Facultad de Ciencias de la Salud. Asunción, Paraguay

²Instituto de Previsión Social. Asunción, Paraguay

RESUMEN

La leishmaniasis es una parasitosis de áreas tropicales, que afecta piel, mucosas y vísceras. Además de la forma visceral, puede presentarse como forma cutánea, mucocutánea y en forma diseminada. La hipersensibilidad y funcionalidad de los neutrófilos juegan un papel importante en el desarrollo de la última forma de presentación. Responden bien al tratamiento convencional. Se presenta el caso de un adulto varón, con respuesta al tratamiento con anfotericina B.

Palabras clave: Leishmaniasis, leishmaniasis cutánea diseminada, anfotericina B, tratamiento, hipersensibilidad, cardiopatía.

ABSTRACT

Leishmaniasis is a parasitic disease of tropical areas, which affects skin, mucous membranes and viscera. In addition to the visceral form, it can present as cutaneous, mucocutaneous and disseminated forms. Hypersensitivity and functionality of neutrophils play an important role in the development of the latter form of presentation. They respond well to conventional treatment. We present the case of an adult male, who responded to treatment with amphotericin B.

Keywords: Leishmaniasis, disseminated cutaneous leishmaniasis, amphotericin B, treatment, hypersensitivity, heart disease.

Autor correspondiente: Gloria Celeste Samudio Domínguez. Correo: gsamudio.samudio@gmail.com

Fecha de recibido: 10/09/2025

Fecha de aceptado: 31/10/2025

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Financiación: El estudio contó con financiación propia.

Contribuciones de los autores: Los autores Espínola y Samudio han participado en la idea, redacción. Martínez y Celias participaron en la recolección de datos, análisis de imágenes, Daláqua Aline y Daláqua Filipe participaron en la recolección y ordenamiento de los datos. Todos los autores participaron en la redacción y revisión final de manuscrito.

Editor: Dr. Virgilio Lezcano. Sociedad Paraguaya de Infectología. Instituto de Medicina Tropical. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Paraguay. <https://orcid.org/0009-0003-7958-0932>

Revisor: Dr. Fernando Galeano. Instituto de Medicina Tropical, Sociedad Paraguaya de Infectología, Sociedad Paraguaya de Pediatría, Universidad Nacional de Asunción <https://orcid.org/0000-0002-3906-6571>

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la leishmaniasis cutánea es considerada una de las enfermedades ignoradas, afectando a aproximadamente 100 países, con 350 millones de personas en riesgo de padecer la enfermedad. El total de la población mundial afectada es de 12 millones de personas⁽¹⁾. Es una parasitosis causada por el protozoo *Leishmania*, transmitido por insectos flebótomos hembras de la subfamilia *Phlebotominae*. Dependiendo de la especie de *Leishmania*, se puede presentar de diversas formas: cutánea localizada (LC) que afecta piel, leishmaniasis mucocutánea (LMC) que puede afectar tanto piel, mucosa y cartílagos, y la forma visceral (LV). La leishmaniasis tegumentaria americana (LTA) se considera una cuarta forma de presentación, ya que además de la afectación cutánea y mucocutánea, puede presentarse como una forma difusa o diseminada⁽²⁾.

Si bien la LC se caracteriza por una sola lesión ulcerada, en algunas ocasiones puede diseminarse, presentándose con múltiples úlceras y pápulas, siendo esta presentación la que caracteriza a la leishmaniasis cutánea diseminada (LCD); forma muy rara de presentación⁽³⁾ y cuya base inmunológica se basa en una alta hipersensibilidad de las células T con pocos parásitos en la lesión cutánea y disminución del estallido respiratorio de los neutrófilos, lo cual contribuiría a sobrevida y diseminación del parásito⁽⁴⁻⁶⁾.

En el Paraguay, el agente causal de esta enfermedad es la *Leishmania brasiliensis*; reportándose en la última década 86 casos anuales de LTA con una tasa de 5,8 casos por cada 100 000 habitantes. La proporción de casos de LTA actualmente es de 60% LM y 40% LC⁽⁷⁾.

El diagnóstico diferencial de la LCD se debe realizar con varias entidades. Entre ellas úlcera de Buruli, causada por *Mycobacterium ulcerans*, infecciones por *Mycobacterium marinum*, lesiones con hiperqueratosis causadas por hongos, lesiones ulcerativas causadas por *Sporothrix schenckii*, *Rickettsia*, bacilo de Hansen, carcinoma de células escamosas, amebiasis cutánea y pioderma gangrenoso. Para el diagnóstico de laboratorio, se utiliza la serología para leishmaniasis por inmunofluorescencia indirecta y la anatomía patológica de biopsias de lesiones mucosas y cutáneas. El tratamiento de la LCD debe ser administrado por vía sistémica⁽⁸⁾.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Paciente masculino, de 68 años, agricultor, procedente de área rural

Historia actual: acude por presentar lesiones ulcerosas y papulosas en varias partes del cuerpo, tanto en piel como en mucosas, de un año de evolución. Lesiones ulcerosas en rostro, tronco, miembros superiores e inferiores, todas de más de un centímetro de diámetro, múltiples, no dolorosas, sin signos de infección bacteriana. (Figuras 1 y 2)

Se constata úlcera en tabique nasal con destrucción de cartílago del septo nasal de 5 meses de evolución, sin deformidad en el momento de la consulta. Resto del examen físico sin particularidades.

Antecedentes patológicos personales: conocido hipertenso diagnosticado como portador de cardiomegalia por ecografía. Bloqueo Grado I en el ECG. Tratado con antagonista de receptores de angiotensina II y espironolactona.

Frecuencia cardíaca 92 x minuto, frecuencia respiratoria 20 x minuto Tensión arterial 130/80 mmHg.



Figura 1: Úlcera de 4 x 4 cm de diámetro, redondeada, bordes netos, cortados a pico, moldeados en trinchera



Figura 2: Evolución de úlceras en las primeras etapas del tratamiento.

El hemograma reveló Hb de 12 gr/dL, Hto 36 Leucocitos 6 800/mm³, Polimorfonucleares 67%, linfocitos 33% Plaquetas 280 000/mm³. Urea 25 mg/dL Creatinina 0,9 mg/dL, ALT 32 U/L, AST 30 U/L FA 130 U/L Glicemia en ayunas 95/dL, Colesterol HDL 50 mg/dL. Triglicéridos 110 mg/dl

Se descartó leishmaniasis visceral por RK 39 y la búsqueda de BAAR en linfa cutánea descartó Enfermedad de Hansen. Los cultivos para Mycobacterias, bacterias comunes y hongos fueron negativos.

La biopsia de las lesiones permitió realizar el diagnóstico de leishmaniasis (Figura 3).

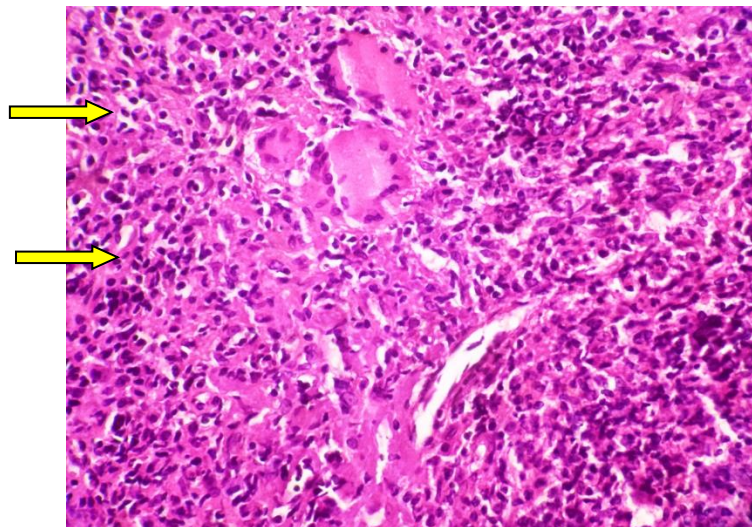


Figura 3: Microscopía de biopsia de piel, con tinción de Giemsa. Se observa células gigantes, conteniendo amastigotes, agrupados en la periferia. (Flechas amarillas)

Debido a la presencia de cardiopatía, se inició anfotericina B, a fin de evitar la posibilidad de efectos adversos cardiológicos de los antimoniales pentavalentes. Se llegó a un total de 2,8 gr de anfotericina B. La duración total de tratamiento fue de 50 días.

El paciente presentó buena evolución, con retroceso de las lesiones y sin aparición de nuevas a los dos años de seguimiento.

En las figuras 4 y 5 pueden observarse las lesiones al culminar el tratamiento con anfotericina B.



Figuras 4 y 5: Lesiones en tórax y cabeza, en resolución a los 3 meses del seguimiento

DISCUSIÓN

La leishmaniasis cutánea puede ocurrir en diferentes formas: cutánea, mucosa, cutánea diseminada y formas diseminadas⁽⁹⁾. Afecta a 12 millones de personas, y aproximadamente 2 millones de personas se enferman cada año. Es una enfermedad endémica en muchos países. La OMS lo clasifica como una enfermedad descuidada y descontrolada^(1,5).

La forma diseminada se caracteriza por la aparición de lesiones ulceradas, y con el tiempo se suman múltiples lesiones papulares no ulceradas que se distribuyen por todo el cuerpo, principalmente a cabeza y tronco. Se cree que la diseminación del parásito se hace a través de vía hematógena y linfática, ubicándose las lesiones nuevas en lugares distantes de la lesión primaria; independientemente de si el paciente recibe tratamiento desde el inicio del cuadro. En 30% de los casos puede acompañarse de lesiones en mucosas. La aparición de síntomas y signos generales tales como fiebre, anorexia, malestar y otros indican la posibilidad de parasitemia^(4,10). Esta forma de presentación es rara y se reportan pocos casos en la literatura. En Paraguay solo existe un reporte previo al que aquí se presenta⁽¹¹⁾.

El diagnóstico se basa en la evidencia del parásito en material obtenido por biopsia. El uso de reacción en cadena de polimerasa (PCR) es extremadamente útil, pero no siempre disponible en países en vías de desarrollo. La Intradermo reacción de Montenegro (IDRM) es negativa en la mayoría de los casos⁽⁵⁾. Nuestro caso se confirmó mediante la visualización de amastigotes en muestra de tejido.

El tratamiento de esta afección no está consensuado ya que faltan estudios que demuestren sólidamente los beneficios de su uso. Entre los tratamientos propuestos figuran antimoniales pentavalentes, uso de medicaciones sistémicas no antimoniales, administración de terapias intralesionales o inmunoterapia. El uso de antimoniales puede tener resultados variables y no siempre exitosos en los casos de LCD⁽¹⁰⁾. En las formas atípicas, como es el caso de la cutánea diseminada, el fármaco de elección es la anfotericina B, ya que se ha reportado fracasos terapéuticos con el uso de antimoniales^(9,12).

Por otro lado, en los pacientes con cardiopatías y alteraciones del ritmo cardíaco, los antimoniales deben evitarse, por el riesgo de muerte por arritmias causadas por estos medicamentos⁽¹³⁾. Basado en estos conocimientos, nuestro paciente recibió anfotericina B dexocolato, ya que, además de ser portador de arritmias, el paciente tenía el diagnóstico de LCD. La evolución fue buena, con remisión de las lesiones primaria y las difusas durante su seguimiento.

CONCLUSIONES

La leishmaniasis cutánea diseminada es una presentación rara de la leishmaniasis cutánea. Se presenta con lesiones ulceradas primarias típicas, además de lesiones papulares dérmicas múltiples, y en ocasiones, involucramiento de la mucosa nasofaríngea. La forma de elección para el diagnóstico es la biopsia con visualización del parásito o bien por PCR, ya que la IDRM puede ser negativa. El tratamiento de elección es la anfotericina B, debido a que los antimoniales puede no ser efectivos.

Declaración de los autores: todos los autores aprobaron el manuscrito y declaran no tener conflictos de interés.

Ética: Aprobado por el Comité de ética de la Universidad María Auxiliadora.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Control of Neglected Tropical Diseases. World Health Organization. Geneva: WHO; 2020. http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/#. Accessed 14 Dec 2020.
2. Martins AL, Barreto JA, Lauris JR, Martins AC. American tegumentary leishmaniasis: correlations among immunological, histopathological and clinical parameters. *An Bras Dermatol*. 2014;89(1):52–58. doi: 10.1590/abd1806-4841.20142226.
3. Dantas ML, Oliveira JM, Carvalho L, Passos ST, Queiroz A, Guimarães LH, Machado P, Carvalho E, Arruda S. Comparative analysis of the tissue inflammatory response in human cutaneous and disseminated leishmaniasis. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2014;109(2):202-9. doi: 10.1590/0074-0276130312.
4. Silveira FT, Lainson R, Corbett CE. Clinical and immunopathological spectrum of American cutaneous leishmaniasis with special reference to the disease in Amazonian Brazil: a review. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2004;99(3):239–251. doi: 10.1590/S0074-02762004000300001.
5. de Vries HJC, Schallig HD. Cutaneous Leishmaniasis: A 2022 Updated Narrative Review into Diagnosis and Management Developments. *Am J Clin Dermatol*. 2022;23(6):823-840. doi: 10.1007/s40257-022-00726-8.
6. Cardoso T, Bezerra C, Medina LS, Ramasawmy R, Scheriefer A, Bacellar O, de Carvalho EM. *Leishmania braziliensis* isolated from disseminated leishmaniasis patients downmodulate neutrophil function. *Parasite Immunol*. 2019;41(5): e12620. doi: 10.1111/pim.12620.
7. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Leishmaniasis cutánea y mucosa <https://dgvs.mspbs.gov.py/enfermedades/intoxicaciones-agudas-por-plaguicidas-2/#:~:text=Reservorio,de%20transmisi%C3%B3n%20de%20Leishmania%20braziliensis>. Visitado el 02 de diciembre de 2024
8. Marta Ferran-Farrés, Agustí Toll-Abelló, Ramon M Pujol-Vallverdú. Diagnóstico diferencial de úlceras infecciosas en pacientes procedentes de países tropicales y subtropicales. *Piel. Formación continuada en dermatología* 2005; 20 (8.): 396-404. DOI: 10.1016/S0213-9251(05)72312-1
9. Guimarães LH, Machado PR, Lago EL, Morgan DJ, Schriefer A, Bacellar O, Carvalho EM. Atypical manifestations of tegumentary leishmaniasis in a transmission area of *Leishmania braziliensis* in the state of Bahia, Brazil. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2009;103(7):712-5. doi: 10.1016/j.trstmh.2009.04.019.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de vigilância da leishmaniose tegumentar [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília. Ministério da Saúde, 2017. 189 p: il. Edição eletrônica da 2ª edição do livro: Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana, atualizado. Modo de Acesso: World Wide Web: ISBN 978-85-334-2474-6

11. Aldama Arnaldo, García Jesús Manuel, Aldama Juan Guillermo, Pereira José. Leishmaniasis Cutánea Difusa por Leishmania (Viannia) brasiliensis. A propósito de un caso. An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción) [Internet]. 2020 Aug [cited 2024 Dec 06]; 53(2): 145-152. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492020000200145&lng=en . <https://doi.org/10.18004/anales/2020.053.02.145>.
12. Pinart M, Rueda JR, Romero GA, Pinzón-Flórez CE, Osorio-Arango K, Silveira Maia-Elkhoury AN, Reveiz L, Elias VM, Tweed JA. Interventions for American cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis. Cochrane Database Syst Rev. 2020 27; 8(8): CD004834. doi: 10.1002/14651858.CD004834.pub3.
13. Lago ASD, Nascimento M, Carvalho AM, Lago N, Silva J, Queiroz JR, Carvalho LP, Schriefer A, Wilson M, Machado P, Carvalho EM. The Elderly Respond to Antimony Therapy for Cutaneous Leishmaniasis Similarly to Young Patients but Have Severe Adverse Reactions. Am J Trop Med Hyg. 2018; 98(5): 1317-1324. doi: 10.4269/ajtmh.17-0736