

# Leishmaniasis verrucosa cutánea: reporte de caso

Stalin Moreno-Villacis <sup>(1)</sup>, Paola Veintimilla-Quintana <sup>(2)</sup>, Monzerrat Holguín-Pacheco <sup>(3)</sup>

Rev Fac Cien Med (Quito) 2013; 38: 89-90.

## Contexto

La Leishmaniasis cutánea corresponde a una parasitosis de la piel, mucosas y vísceras, transmitida al hombre por la picadura del mosquito hembra del género *Lutzomyia*, vector que inocula al protozooario del género *Leishmania*, del cual existen varias especies que producen diversos cuadros clínicos. Las manifestaciones clínicas son variables y dependen de una compleja interacción de factores del huésped y del parásito <sup>[1]</sup>. Las variantes clínicas inusuales descritas en la literatura médica son: esporotricóide, psoriasiforme, verrugosa, lupoide, erisipeloide, micetomatosa, panadizo like, periungueal, eccematoide, chancriforme, zosteriforme, anular, palmo-plantar, cicatricial, vegetante, impetiginóide y carcinoma espinocelular like <sup>[2-4]</sup>.

## Presentación del caso

Se trató de un paciente masculino de 39 años de edad, casado, nacido en Quito (Región Sierra) y residente en Putumayo (Amazonía Ecuatoriana). Militar en servicio activo. Sin antecedentes personales ni familiares de importancia. Consultó por cuadro clínico de tres meses de evolución, el cual inició con una pústula en la punta nasal, que progresivamente aumentó de tamaño y ocasionó prurito. De acuerdo a la anamnesis, el paciente acudió a centro de salud particular dos semanas antes de la consulta actual, en donde prescribieron ungüento de gentamicina dos veces al día y dicloxacilina 500mg cada 8 horas durante 6 días, sin mejoría en el cuadro. Al examen físico se observó lesión constituida por una placa de color rojo violáceo, con superficie escamosa y verrugosa, de bordes definidos; de 30mm de longitud por 10 mm de ancho; localizada en punta nasal y extendida hacia la colúmbela derecha; **fotos 1, 2 y 3.**

Entre las posibilidades diagnósticas se consideró: leishmaniasis verrucosa, tuberculosis verrugosa, cromomicosis, histoplasmosis, lobomycosis, carcinoma verrugoso, y leproma verrugoso <sup>[5, 6]</sup>. Fue realizada una coloración con Giemsa del material obtenido mediante raspado de los bordes de la lesión y el resultado reportó positivo para Leishmaniasis. Con ese diagnóstico se inició tratamiento con antimonio de meglumina, a razón de 20 mg/kg/día por 20 días. El paciente acudió a nuevo control a las tres semanas, con resultados de enzimas hepáticas y bilirrubinas dentro de parámetros normales y una disminución considerable del tamaño de la lesión inicial. En los controles subsiguientes mostró resultados favorables. Al momento el paciente se encuentra asintomático.

**1** Médico, Dermatólogo; Jefe del Servicio de Dermatología, Hospital General de las Fuerzas Armadas (HG-1), Quito-Ecuador. Profesor de Dermatología, Facultad de Ciencias Médicas, UCE.  
**2** Médico, Posgradista R-1 de Dermatología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador.  
**3** Médico asistencial, Servicio de Dermatología, Hospital General de las Fuerzas Armadas (HG-1), Quito-Ecuador.

**Correspondencia:**  
Dr. Stalin Moreno.

**Email:**  
stabam38@yahoo.com

**Palabras clave**  
Leishmaniasis cutánea, Leishmaniasis verrucosa, Ecuador, Reporte de caso.

**Recibido:**  
27 – Octubre – 2013  
**Aceptado:**  
05 – Diciembre – 2013



Artículo con licencia  
Creative Commons 4.0  
Internacional  
para Reconocimiento  
– No comercial  
– Sin obras Derivadas



**Foto 1.** Vista panorámica – Se aprecia placa eritematosa de superficie verrucosa, que compromete punta y ala derecha de nariz. El resultado de la coloración Giemsa fue positivo para Leishmaniasis.



Foto 2: Acercamiento lateral – Se aprecia que la placa verrucosa tiende a extenderse hacia el dorso nasal.



Foto 3: Vista frontal – Se destaca que la dermatosis respeta el ala izquierda de la nariz.

### Comentario

La Leishmaniasis es endémica en 88 países del mundo y constituye un problema de salud pública<sup>[7]</sup>. El Ecuador es uno de los países en donde es habitual esta zoonosis ya que se registran casos en la mayoría de provincias<sup>[8]</sup>. Las manifestaciones clínicas son variables y su expresión depende de varios factores como son la cepa de *Leishmania*, el medio ambiente y la respuesta inmune del huésped.

Nuestro caso se trató de una *Leishmania* cutánea verrucosa. Se ha visto que esta tipo de manifestación clínica es rara y está relacionada con la especie *Leishmania braziliensis*<sup>[5]</sup>. La variedad verrucosa es una manifestación poco frecuente y de prevalencia desconocida; se han reportado casos en países vecinos como Colombia y Perú<sup>[5, 9]</sup>.

Los antimoniales pentavalentes son la medicación de primera elección cuando está in-

dicado el tratamiento sistémico. Se utilizan el antimonio de meglumina y estibogluconato de sodio. Otras opciones terapéuticas sistémicas de segunda línea son la pentamidina, anfotericina B, imidazólicos: alopurinol, ketoconazol, itraconazol. Está descrito el uso tópico de paromomicina, imiquimod intralesional, extirpación quirúrgica de lesiones pequeñas, crioterapia y electroterapia<sup>[10]</sup>.

La conjunción de los antecedentes epidemiológicos (procedencia, residencia, viajes y/o el trabajo rural dentro de las áreas endémicas) y los hallazgos clínicos son de gran importancia en la presunción diagnóstica.

### Conflictos de interés

Ninguno declarado por los autores.

### Financiamiento

Fondos propios de los autores.

### Referencias

1. Mercè-Alsina M, Llambrich-Mañes A. Leishmaniasis en pacientes infectados por el VIH. *Piel* 2002; 17: 208-13.
2. Sindhu PS, Ramesh V. Unusual presentation of cutaneous leishmaniasis. *Indian J Dermatol* 2012; 57: 55-57.
3. Omidian M, Mapar MA. Chronic zosteriform cutaneous leishmaniasis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2006; 72: 41-42.
4. Urrutia S. Leishmaniasis cutánea. *Piel* 2001; 16: 253-57.
5. Mejía PA, Restrepo R, Toro AM. Leishmaniasis mucocutánea verrucosa: una manifestación inusual. Reporte de Caso. *Rev Asoc Col Dermatol* 2008; 16 (2): 97-99.
6. Lloveras S, Moreno D, Bava AJ, Orduna T. El diagnóstico de la leishmaniasis cutánea: a propósito de un caso. *Acta Bioquím Clín Latinoam* 2011; 45 (1): 133-36.
7. Markle WH, Makhoul KM. Cutaneous leishmaniasis: recognition and treatment. *Am Fam Physician* 2004; 69: 1455-60.
8. Calvopiña M, Armijos RX, Hashiguchi Y: Epidemiology of Leishmaniasis in Ecuador: Current Status of Knowledge – A Review. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2004; 99: 663-72.
9. Salluca A, Sáenz E, Alcocer G. Leishmaniasis cutánea verrucosa: expresión morfológica inusual. *Dermatol Perú* 2012; 22 (3): 158-61.
10. García-Almagro D. Cutaneous leishmaniasis. *Actas Dermosifiliogr* 2005; 96: 1-24.