

COMUNICACIÓN DE CASOS

LESIONES VERRUCOSAS EN LA CARA DE UNA NIÑA PREESCOLAR

Warty lesions in the face of a preschool girl

Diana Carolina Madrigal Ramos¹, Pedro José Cousseau Iglesias², Alejandra Jazmín Granizo Rubio.³

¹Dermatóloga adscrita al Servicio de Dermatología Hospital Marco Vinicio Iza, Lago Agrio Ecuador.

²Médico adscrito al servicio de Dermatología Clínica Cevallos, Lago Agrio, Ecuador.

³Médico interno rotativo, Hospital Eugenio Espejo, Quito - Ecuador.

RESUMEN

La leishmaniasis cutánea es una enfermedad parasitaria granulomatosa crónica que se transmite por la picadura de flebótomos infectados, esta patología afecta a todos los grupos etarios y los menores de 12 años constituyen únicamente el 10%, las manifestaciones clínicas dependerán de factores como el estado inmune y la especie de Leishmania, la forma clínica de leishmaniasis cutánea representa el 99% en los pacientes pediátricos siendo así la más frecuente, el diagnóstico se basa en criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio. El tratamiento en la edad pediátrica puede hacerse con antimonio de meglumina con buena respuesta como en los casos que presentamos a continuación.

Palabras clave: leishmaniasis, cutánea, niños, antimonio de meglumine.

ABSTRACT

Cutaneous leishmaniasis is a chronic granulomatous parasitic disease that is transmitted by the bite of infected sandflies, this pathology affects all age groups and those under 12 years constitute only 10%, the clinical manifestations depend on factors such as the immune status and the species of leishmania, the clinical form of cutaneous leishmaniasis represents 99% in pediatric patients being the most frequent, the diagnosis is based on clinical, epidemiological and laboratory criteria. Treatment in the pediatric age can be done with meglumine antimonate with good response as in the cases presented below.

Keywords: leishmaniasis, cutaneous, children, meglumine antimoniate.

Contacto del autor: Diana Carolina Madrigal Ramos
Guayaquil y Eloy Alfaro, Clínica Cevallos 2do piso. Lago Agrio, Ecuador.
CP: 210150
Teléfono: 0987928933
Email: carolina_madrira@hotmail.com
Conflictos de interés: los autores declaran que no existen conflictos de interés.

Dermatol. Pediatr. Latinoam. (En línea). 2019; 14 (1): 22 – 33.

Caso clínico 1

Paciente femenina de 4 años de edad, presenta dermatosis en mejilla derecha de 2 meses de evolución. El cuadro inicia al acudir a una finca para realizar labores de agricultura con su madre, su hermana mayor presenta las mismas lesiones. En el primer nivel de atención se diagnosticó leishmaniasis para la que recibió tratamiento con antimonio de meglumina por 20 días sin mejoría.

Al examen físico se observan dos placas verrugosas de bordes elevados eritematosos de 0.9 y 1.3 cm de diámetro (Foto 1).

Se solicitó un nuevo frotis por sospecha de persistencia de leishmaniasis cutánea y se realizó examen directo de las lesiones, se encontraron formas parasitarias de Leishmania. Los exámenes paraclínicos restantes fueron normales.

Con estos resultados y el cuadro clínico se instauró tratamiento con antimonio de meglumina 20 mg/kg/día intramuscular por 20 días con infiltración intralesional (1cc) en bordes a las 12, 3, 6, 9 cada 7 días. El tratamiento se mantuvo por 20 días con aplanamiento total y cicatrización de las lesiones cutáneas (Foto 2).

La paciente no presentó lesiones en el seguimiento clínico los días 20 y 45 después del tratamiento.

Caso clínico 2

La hermana mayor de la paciente anterior, 7 años de edad, presentó una placa verrugosa de 2 cm de diámetro en la mejilla derecha (Foto 3). Inició al mismo tiempo que la de su hermana, después de estar en una finca. Recibió antimonio de meglumina por 20 días sin respuesta, por lo que se realizó examen directo de las lesiones, en el que se encontraron formas parasitarias de Leishmania. Los exámenes paraclínicos restantes fueron normales. Se instauró tratamiento con antimonio de meglumina 20 mg/kg/día intramuscular por 20 días con infiltración intralesional (1cc) en bordes a las 12, 3, 6, 9 cada 7 días. El tratamiento se mantuvo por 20 días con aplanamiento del centro de la lesión, pero por persistencia del borde elevado y eritematoso y crecimiento de una lesión satélite (Foto 4a) dermatoscopia (Foto 4b) se decidió continuar 8 días más con aplanamiento total de las lesiones (Foto 5).



FOTO 1. Placas verrucosas, de bordes elevados eritematosos de 1.3 cm de diámetro la mayor y de 0.9 cm de diámetro la menor. Sin tratamiento.



FOTO 2. Lesión cutánea en resolución tras tratamiento con antimoniato de meglumina en el día 20.



FOTO 3. Placa verrucosa de bordes elevados eritematosos de 2 cm de diámetro en mejilla derecha.

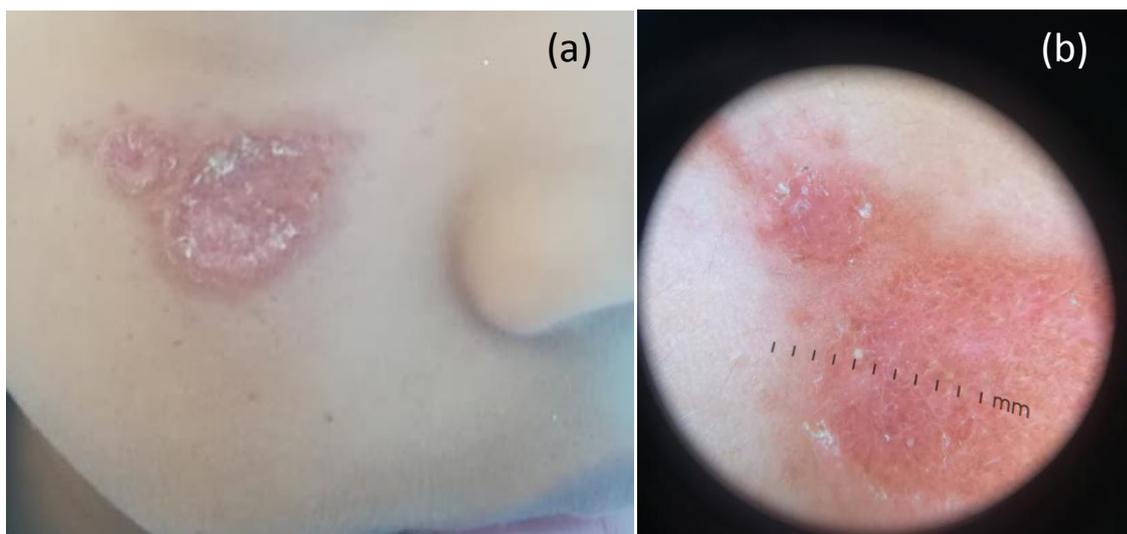


FOTO 4 a - b. Lesión cutánea en resolución tras tratamiento con antimonioato de meglumina en el día 20 (a) y dermatoscopia (b).



FOTO 5. Lesión cutánea en resolución tras tratamiento con antimonio de meglumina en el día 28.

COMENTARIOS

La leishmaniasis cutánea es una enfermedad granulomatosa crónica poco frecuente, que afecta a todos los grupos etarios, los pacientes menores de 12 años representan únicamente el 10 % de este grupo.¹ En el Ecuador la leishmaniasis es una enfermedad de notificación obligatoria sujeta a vigilancia epidemiológica.

Esta enfermedad está causada por el protozoo intracelular obligado, flagelado del género *Leishmania* y es transmitido por las picaduras de flebótomos infectados.

Las manifestaciones clínicas dependen de factores individuales como el estado inmunológico y especie de *Leishmania* que produce la infección.²

La forma cutánea localizada es la más frecuente y representa el 99% de casos de leishmaniasis en pacientes pediátricos en un estudio realizado en Venezuela.³

La forma clásica se caracteriza por uno o varios nódulos que tienden a la ulceración. Las úlceras tienen bordes sobreelevados, eritematovioláceos, con fondo granulomatoso y secreción serohemática.

Otras formas de leishmaniasis cutánea localizada son: verrugosa, forunculoide, atrófica, similar a queloide o similar a psoriasis.⁴ En los niños la topografía más común es la cara, seguida de las extremidades y el 60% de casos presenta lesiones únicas.¹

La leishmaniasis cutánea difusa corresponde a la variante anérgica de la enfermedad y se debe a la diseminación parasitaria por vía sanguínea, en Venezuela se describió que el 0,25% de casos en niños presentan esta variante, la mayoría de pacientes que sufren esta forma clínica en la edad adulta, presentaron una primoinfección localizada en la infancia.³ Clínicamente se caracteriza por pápulas, placas o nódulos que se diseminan de forma generalizada con predominio en extremidades. Por lo general estas lesiones no tienden a la ulceración.⁵

La leishmaniasis mucocutánea es poco frecuente en niños, en Brasil se reportó que el 1,6% de casos pediátricos corresponden a esta variedad. Existen múltiples factores que predisponen a la diseminación vía cutánea, hematogena o linfática del parásito, entre los que destacan: sexo masculino, lesiones primarias de gran tamaño, persistencia mayor a un año de lesiones cutáneas sin tratamiento o con tratamiento erróneo.⁶

La leishmaniasis visceral o kala-azar es mucho menos frecuente en niños y se caracteriza por la presencia de fiebre, hepatoesplenomegalia, linfadenopatía, pérdida de peso progresiva, pancitopenia, hiper o hipoalbuminemia y mortalidad elevada, por lo que el enfoque multidisciplinario es importante en estos pacientes.⁶

La leishmaniasis puede presentar diferentes formas morfológicas, por lo que la sospecha clínica y el uso de medios diagnósticos hasta llegar a un diagnóstico definitivo es muy importante, el frotis con Giemsa y la biopsia con la identificación directa de los amastigotes de leishmania son de gran utilidad, el test de Montenegro también es útil, sin embargo, su resultado dependerá del estado inmunológico previo y del contacto previo del paciente con el parásito.

Otros métodos como PCR, fluorescencia directa con anticuerpo monoclonales, inmunoperoxidasa, hibridación en nitrocelulosa no se encuentran al alcance de la práctica rutinaria en los centros hospitalarios en Ecuador.⁸

El tratamiento incluye: antimoniales pentavalentes, como el antimonio de meglumina, macrólidos poliénicos como la anfotericina B, análogos de la fosfocolina como miltefosine, entre otros.⁵

Al iniciar el tratamiento se debe garantizar la limpieza de la lesión, la aplicación de antibióticos orales o tópicos se realizará si la úlcera presenta signos de infección;¹ al escoger el fármaco para tratar al agente etiológico se deberá tomar en cuenta el protocolo nacional, las políticas de salud pública, la disponibilidad del fármaco, el paciente y sus comorbilidades.

Los tratamientos de primera línea son los antimoniales pentavalentes que se transforman en trivalentes en los macrófagos, la molécula activa es el estibogluconato (Sbv) que mediante la inhibición de la glucólisis y la oxidación beta de ácidos grasos reduce el ATP y GTP en el parásito.¹

La atención de los pacientes requiere evaluación clínica y paraclínica para descartar alteraciones cardíacas, hepáticas o renales antes de iniciar terapia con antimoniales. A los individuos mayores de 45 años y a quienes se les detecten alteraciones clínicas, deberá realizarse además un electrocardiograma.⁹

Cuando existe una o pocas lesiones se puede iniciar con antimonial pentavalente intradérmico: 1 a 2 ml infiltrado en la lesión si es un nódulo y en el borde y la base de la lesión si es una úlcera y debe repetirse cada 3 a 7 días durante 2 a 4 semanas. Una vez la curación empieza, el tratamiento puede pararse y la curación continuará.

Cuando las lesiones son extensas o el caso es grave se utiliza el antimonial sistémico, que puede ser administrado de forma intramuscular o intravenosa a una dosis de 20 mg/kg/día sin dosis límite, el tiempo de tratamiento para leishmaniasis cutánea es 20 días y para la forma mucocutánea o sistémica 28 días.⁹

La aplicación intravenosa se debe hacer por infusión, diluyendo la cantidad de antimonial en diez veces su volumen en dextrosa al 5% en agua o solución salina 0.09% y pasando la mezcla en dos horas bajo supervisión de personal de salud.⁹

Los efectos adversos comúnmente asociados al uso del antimonio son mialgias, artralgias, cefalea, anorexia, síntomas gastrointestinales, erupciones cutáneas, herpes, trastornos hepáticos, renales y alteraciones cardíacas por lo cual la supervisión médica es muy importante durante el tratamiento.⁹

Se recomienda controles al terminar la terapia, a los 45 días y a los 6 meses, si la úlcera ha disminuido un 50% del tamaño inicial no se administrará más medicación.

Los criterios de curación son aplanamiento del borde activo, desaparición de la induración de la base, cicatrización, desaparición de la linfangitis si la hubo, en algunos casos, pruebas parasitológicas negativas y biopsia sin inflamación ni parásitos.⁹

Como tratamiento de segunda línea tenemos a la anfotericina B, la dosis es de 0,5 – 1mg/kg/día IV hasta un máximo de 50 mg/día, esta se debe administrar hasta la curación clínica, generalmente cuando se llega a una dosis acumulada de 1 a 1,5 gramos.¹¹

Otras opciones son isetionato de pentamidina, ketoconazol, fluconazol¹¹ o itraconazol.^{12, 13} La literatura refiere una tasa de curación del 94% con el uso de miltefosina.¹⁴

Existen tratamientos prometedores como el uso de imiquimod 7.5% combinado con antimonio de meglumina, o inyección diaria de interferón y junto con antimoniales pentavalentes.¹¹

Entre los métodos físicos descritos están el calor local, curetaje y crioterapia, aunque el mejor tratamiento sigue siendo la prevención,¹¹ la cual se logra conociendo la distribución geográfica y características de la infección en la casa y en la zona con educación sanitaria a la población y al personal sanitario, además se recomienda el uso de insecticidas, mosquiteros y cortinas impregnadas con piretroides.¹²

La leishmaniasis cutánea puede presentar numerosas formas clínicas, la sospecha médica y el uso de medios diagnósticos hasta llegar a un diagnóstico definitivo es muy importante, el frotis y la biopsia son de gran utilidad. El manejo integral e interdisciplinario es clave para el correcto abordaje terapéutico y para prevenir eventos adversos esperados por la medicación; se debe escoger la mejor vía de administración en cada paciente para mejorar la adherencia y culminación del tratamiento, la dosis calculada debe ser exacta ya que la infra-dosificación causa recidivas, el combinar la terapia intramuscular e intradérmica en estos casos mejoró los resultados clínicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. González F, Zerpa O. Leishmaniasis cutánea en la infancia. *Dermatol Pediatr Lat.* 2004; 2(2):97-108.
2. Jimenez P. Leishmaniasis Cutánea. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica* lxxiii. 2016; (618): 17-21.
3. Castro Grüber S, Zerpa Rangel O, Rondón Lugo A. Leishmaniasis en la infancia. *Med Cutan Iber Lat Am* 2003; 31(6): 351-361.
4. Secretaría de Salud. Dirección general de Epidemiología. Manual para el diagnóstico, tratamiento y control de las leishmaniasis. México. 2015.
5. Zerpa O, Convit J. Leishmaniasis cutánea difusa en Venezuela. *Gazeta Médica de Bahía.* 2009;79(3):30-34.
6. Bittencourt AL, Barral A, Costa JM. Tegumentary Leishmaniasis in Childhood. *Pediatr Dermatol.*1996; 13: 455-463.
7. Cruz Hernández V, León Tapia S, Cruz Reyes MA, Sosa López R, Arango Díaz A, González Sánchez E. Leishmaniasis visceral, reporte de cuatro casos y revisión de la bibliografía. *Med Int Mex.* 2013; 29 (2):204-209.
8. CDC. Diagnosis of Leishmaniasis. Practical Guide for Laboratory Diagnosis of Leishmaniasis. CDC's Parasitic Diseases Branch. 2013.
9. Echeverry M, Gaona Narváez J, Gualtero Trujillo S, Agudelo Calderón C, Pardo R, Gaitán H. Guía de atención de la leishmaniasis. Ministerio de Salud. Disponible en: <http://www.acin.org/acin/new/Portals/0/Templates/Guia%20Leishmania.pdf>. 2012.
10. Natalia G, Rosalba V, Vidal N, Arboleda M. Successful Treatment with Intralesional Meglumine Antimoniate in Recurrent Cutaneous Leishmaniasis: Case Report. *J Dermat Cosmetol.* 2017; 1(2): 00011. DOI: 10.15406/jdc. 2017.01.00011.

11. Gutiérrez M, Caballero R, Montalbán E, Hernández R, Verne E. Leishmaniasis cutánea. In *Anales de Pediatría*. 2010; 72(2):154-156.
12. Sánchez Cárdenas C, et al. Leishmaniasis cutánea: presentación atípica en un adolescente. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*. 2017; 15 (3): 173 -175.
13. Castaño M, et al. Leishmaniasis cutánea con buena respuesta al tratamiento con itraconazol. *Medicina Cutánea Ibero – Latino - Americana*. 2017; 45(2):134 -136.
14. Soto J, Toledo P, Gutiérrez R, Nicholls J, Padilla J. Treatment of American cutaneous leishmaniasis with miltefosine, an oral agent. *Clin Infect Dis*.2001; 33:57-61.