

LEISHMANIASIS MUCOCUTÁNEA RECIDIVANTE: REPORTE DE UN CASO.

Autores: Guido Berrios; Lilia Cáceres; Stefanny Cahuatico; Mayra Saico

1. Hospital Regional del Cusco, Cusco, Perú

2. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Cusco, Perú

Resumen

La leishmaniasis mucocutánea, causada por especies del género *Leishmania* como *L. braziliensis* y *L. peruviana*, representa una preocupación significativa en regiones tropicales y subtropicales alrededor del mundo, incluyendo áreas específicas de Perú como la Amazonía y regiones de la sierra. Esta enfermedad crónica se transmite a través de la picadura de mosquitos flebotómicos infectados y presenta desafíos en la estimación precisa de la carga de enfermedad debido a variaciones en la notificación y vigilancia epidemiológica. En el presente artículo presentaremos un caso de Leishmaniasis mucocutánea diagnosticada en el Hospital Regional del Cusco, se trata de un paciente varón de 60 años que acude por dolor de garganta persistente, disfonía y reciente deformidad nasal. Dentro de los antecedentes se informa Leishmaniasis cutánea a los 17 años y consumo diario de alcohol. El diagnóstico se realizó mediante el antecedente de Leishmaniasis y examen de frotis mucocutáneo, siendo confirmado mediante biopsia faríngea. Posteriormente se indicó tratamiento con Anfotericina B.

Palabras clave: Leishmaniasis, leishmaniasis mucocutánea.

Abstract

Mucocutaneous leishmaniasis, caused by species of the genus *Leishmania* such as *L. braziliensis* and *L. peruviana*, represents a significant concern in tropical and subtropical regions around the world, including specific areas of Peru such as the Amazon and highland regions. This chronic disease is transmitted through the bite of infected sandfly mosquitoes and presents challenges in accurately estimating the disease burden due to variations in reporting and epidemiological surveillance. In this article we will present a case of mucocutaneous leishmaniasis diagnosed at the Regional Hospital of Cusco, a 60-year-old male patient who comes with persistent sore throat, dysphonia and recent nasal deformity. The history includes cutaneous leishmaniasis at the age of 17 and daily alcohol consumption. The diagnosis was made based on a history of Leishmaniasis and a mucocutaneous smear examination and was confirmed by pharyngeal biopsy. Treatment with Amphotericin B was subsequently indicated.

Key words: Leishmaniasis, mucocutaneous leishmaniasis

INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis mucocutánea (LMC) es una forma crónica de leishmaniasis, una enfermedad tropical desatendida causada por protozoos parásitos del género *Leishmania* y transmitida por mosquitos flebotómicos.

Aunque la leishmaniasis cutánea simple es la forma más común, la variante mucocutánea recidivante se caracteriza por episodios de

reaparición de lesiones ulcerativas en mucosas después de un período de aparente curación, lo que presenta desafíos clínicos y de manejo significativos. En este artículo, se detalla la epidemiología global de la LMC con un enfoque particular en su situación en Perú, destacando las especies de *Leishmania* involucradas, los factores de riesgo asociados, las estrategias de control implementadas y los desafíos actuales en la prevención y tratamiento

de esta enfermedad. Asimismo, se hablará sobre el proceso fisiopatológico del parásito en cuestión y la clínica de la enfermedad, para luego analizar exhaustivamente el caso presentado.

FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología de la LMC comprende diversos procesos entre estos tenemos:

Infección inicial:

La enfermedad comienza cuando un flebótomo (tábano) infectado pica a un huésped, transmitiendo los promastigotes de *Leishmania*. Los promastigotes son fagocitados por macrófagos en la piel y se transforman en amastigotes intracelulares. Los amastigotes se multiplican dentro de los macrófagos, evadiendo la respuesta inmune (1,2).

Respuesta inmune:

La respuesta inmune celular es crucial. Los linfocitos T CD4+ y CD8+ reconocen los antígenos de *Leishmania* y liberan citocinas como interferón- γ (IFN- γ). El IFN- γ activa los macrófagos, que intentan eliminar los parásitos. Sin embargo, los amastigotes pueden evadir la destrucción al inhibir la fusión del fagosoma con los lisosomas (1,2).

Lesiones cutáneas y mucosas:

Las lesiones cutáneas se caracterizan por úlceras, nódulos y placas. En la LMC, los amastigotes pueden diseminarse a través de los nervios periféricos hacia las mucosas. La inflamación crónica y la respuesta inmune desregulada provocan la destrucción progresiva de los tejidos mucosos, especialmente en la nariz y la boca (1,2).

Factores de riesgo:

La genética, la inmunidad del huésped y la especie de *Leishmania* influyen en la gravedad de la enfermedad. La recurrencia puede deberse a la persistencia de parásitos latentes o a la reactivación de infecciones previas.

CLÍNICA

La LMC es una enfermedad crónica causada por el protozoo flagelado *Leishmania*. Sus manifestaciones clínicas incluyen:

Úlceras cutáneas y mucosas: Las lesiones pueden aparecer en la piel y las membranas mucosas, como la boca, la nariz y la garganta. Estas úlceras son crónicas y pueden ser dolorosas (2,3).

Deformidades faciales: Si no se trata, la LMC puede causar deformidades en la cara, como la destrucción del tabique nasal y el paladar blando.

Epistaxis: La afectación de la mucosa nasal puede provocar sangrado nasal recurrente (2,3).

Compromiso de las vías respiratorias superiores: Puede haber dificultad para respirar debido a la obstrucción de las vías respiratorias (3).

EPIDEMIOLOGÍA

En Perú, la LMC es endémica en diversas zonas geográficas, especialmente en la Amazonía y áreas de la sierra. Las especies prevalentes incluyen *L. peruviana* y *L. braziliensis*, con factores de riesgo que incluyen la exposición a áreas rurales y forestales donde los flebotómicos son prevalentes. La prevalencia exacta varía, pero la enfermedad representa una carga significativa para el sistema de salud peruano, con esfuerzos de control centrados en la vigilancia epidemiológica mejorada, diagnóstico temprano, tratamiento adecuado y medidas preventivas como el control vectorial y la educación comunitaria.

REPORTE DE CASO:

Paciente masculino de 60 años de edad, procedente de Coricancha (Chincho-Cusco), cuya ocupación es la agricultura. Presenta el antecedente de haber padecido Leishmaniasis cutánea a los 17 años de edad, para lo cual recibió tratamiento incompleto; además tenía el hábito de consumir alcohol diariamente.

Respecto al cuadro clínico actual, el paciente refiere presentar desde hace 3 años dolor de garganta, a lo cual no le daba importancia.

Después de 2 años y medio aproximadamente, se agrega disfonía y un mes después, un aumento de volumen de la punta de su nariz.

Al examen físico, se destaca una deformidad nasal con destrucción parcial del cartílago septal nasal, resultando en una nariz achatada (Fig. 1). Al examinar la garganta, se observa una lesión granulomatosa en la mucosa faríngea y una deformidad en la úvula. En el resto del examen físico, no se encuentra ninguna alteración relevante en el tórax, abdomen y extremidades.



Figura 1. Destrucción parcial del cartílago septal nasal.

Respecto a los exámenes auxiliares, el hemograma mostró: hemoglobina, 17,9 g/dl; hematocrito, 52%; leucocitos, 5,600 leuc/mm³; eosinófilos, 1%; abastados 1%; segmentados, 73 %; linfocitos, 23%; monocitos, 2% y plaquetas, 250,000 /mm³. El análisis bioquímico sanguíneo mostró: glucosa, 93,6 mg/dl; creatinina, 0,85 mg/dl; urea, 40,5 mg/dl; alanina aminotransferasa (ALT), 37,2 U/L; aspartato aminotransferasa (AST), 26,8 U/L; fosfatasa alcalina, 119,6 U/L; bilirrubina total, 1,22 mg/dl; bilirrubina directa, 0,34 mg/dl y bilirrubina indirecta, 0,88 mg/dl.

El resultado del examen de frotis mucocutáneo indicó la observación de escasos amastigotes de

Leishmania. Así también, el informe de la biopsia faríngea indicó la presencia de algunos microorganismos morfológicamente sugestivos de amastigotes.

Posteriormente, se estableció el diagnóstico de Leishmaniasis Mucocutánea y se indicó tratamiento con Anfotericina B.

DISCUSIÓN

La LMC produce afección mayormente en la mucosa oral y el tracto respiratorio. En conjunto, las localizaciones más frecuentes son: nariz, boca y garganta.

La LMC puede coexistir con la afectación cutánea, o más comúnmente aparecer tras una aparente resolución de esta. Las lesiones mucosas normalmente se manifiestan dentro de los 2 años posteriores a la aparición cutánea (4); sin embargo, se han visto reportes de LMC después de hasta 30 años de la forma cutánea (5). Los factores de riesgo más importantes para una nueva presentación de LMC o recidiva son: el estado inmunocomprometido del paciente y, un inadecuado, incompleto o falta del esquema de tratamiento.

En este caso, el desarrollo de LMC o la recidiva están relacionados a ambos factores de riesgo. En primer lugar, el paciente se sometió a un tratamiento que no logró completar. Por otro lado, al tener el perfil de bebedor crónico de alcohol, el paciente poseía un estado inmunocomprometido, pues el alcohol causa desregulación de las respuestas inmunes innatas y adaptativas, las personas que abusan del alcohol producen macrófagos con actividad fagocítica y microbicida disminuida (6). Adicionalmente, hay estudios que encontraron asociación significativa entre el consumo excesivo de alcohol y Leishmaniasis cutánea diseminada (6).

En conclusión, es indispensable tener a LMC como posibilidad diagnóstica ante pacientes con lesiones en mucosa oral y respiratoria, sobre todo en pacientes que provienen de zonas endémicas o que reportan haber tenido viajes o

contacto con personas de dichos lugares. Asimismo, es importante orientar al paciente a cumplir con los esquemas de tratamiento dados, para así evitar las futuras recidivas hacia la forma mucocutánea, ya que esta última es una de las formas más severas y puede dejar secuelas problemáticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espinal-Gonzalez E, et al. Leishmaniasis cutánea y mucocutánea. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2021; 112(7): 601-618. doi: 10.1016/j.ad.2021.02.008. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-leishmaniasis-cutanea-mucocutanea-articulo-S0001731021001083>
2. Rosal Rabes T. del, Baquero-Artigao F., García Miguel M.J. Leishmaniasis cutánea. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2010 Jun; 12(46): 263-271. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000300009&lng=es
3. Ramos GA, et al. Leishmaniasis: Epidemiología, Diagnóstico y Tratamiento. *Revista de Medicina UCSG*. 1999; 5(2): 135-147. Disponible en: <https://rmedicina.ucsg.edu.ec/archivo/5.2/RM.5.2.14.pdf>
4. Molina Avila IJ, Pimentel Sola JM, García Bustos MF, Pimentel Sola J, Marco Jorge Diego, Brunetto Guadalupe, et al. Leishmaniasis Mucocutánea con manifestación Oral: Reporte de un Caso. *Int. J. Odontostomat*. [Internet]. 2020 Sep; 14(3): 342-347. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2020000300342&lng=es
5. 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(6): 911-26; doi: 10.1016/j.jaad.2014.09.014. PMID: 26568336.
6. Sousa AQ, Filho PDTS, Cavalcante DIM, Frutuoso MS, Pereira FF, Lima JWO, Santos LPS, Queiroz JAN, Maguire JH, Pearson RD, Pompeu MML. Disseminated Cutaneous Leishmaniasis and Alcohol Misuse, Northeast Brazil, 2015-2018. *Emerg Infect Dis*. 2021; 27(9): 2462-2465. doi: 10.3201/eid2709.203714. PMID: 34424171; PMCID: PMC8386797.