

Leishmaniasis mucocutánea laríngea recidivante: Presentación de un caso clínico.

Autora: Luz Ingrid Ramos Mendoza

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

Resumen

Las leishmaniasis son un grupo de enfermedades parasitarias zoonóticas, producidas por diferentes especies de protozoarios del género *Leishmania*, transmitida por insectos dípteros hematófagos, correspondientes a diferentes especies de flebótomos o lutzomyias. Estas enfermedades se caracterizan por comprometer la piel, mucosas y vísceras dependiendo de la especie de *Leishmania* y la respuesta inmune del huésped. La leishmaniasis mucocutánea conlleva a mayor gravedad si existe compromiso de la vía aérea superior, porque puede producir secuelas incapacitantes e incluso la muerte. Presentamos un caso de leishmaniasis laríngea diagnosticada en el Hospital Regional del Cusco, se trata de un paciente que acude al nosocomio por secreción acuosa amarillenta nasal, disfonía y disfagia progresiva, trabajador de minería, sin antecedentes de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El único antecedente relevante es la toma crónica de esteroides inhalados como consecuencia del asma bronquial que padecía. El diagnóstico se realizó por antecedente de leishmaniasis mucocutánea y la biopsia confirmatoria. El tratamiento empleado para este paciente ha sido la anfotericina B.

Palabras clave: Leishmaniasis, leishmaniasis mucocutánea.

Abstract

Leishmaniasis are a group of zoonotic parasitic diseases, produced by different protozoan species of the *Leishmania* genus, transmitted by blood-sucking dipterous insects, corresponding to different species of sand flies or lutzomyias. These diseases are characterized by compromising the skin, mucosa and viscera depending on the *Leishmania* species and the host's immune response. Mucocutaneous leishmaniasis is more serious if there is compromise of the upper airway, because it can produce disabling sequelae and even death. We present a case of laryngeal leishmaniasis diagnosed at the Regional Hospital of Cusco, it is a patient who comes to hospital for a yellowish-watery nasal discharge, dysphonia and progressive dysphagia, a mining worker, with no history of infection by the human immunodeficiency virus (HIV). The only relevant antecedent is the chronic intake of inhaled steroids as a consequence of the bronchial asthma that he suffered. The diagnosis was made by a history of mucocutaneous leishmaniasis and confirmatory biopsy. The treatment used for this patient has been amphotericin B.

Key words: Leishmaniasis, mucocutaneous leishmaniasis

Introducción

Las Leishmaniasis son zoonosis silvestres, caracterizadas por varios síndromes clínicos cutáneos, mucocutáneos y viscerales causados por un protozoo intracelular obligado del género *Leishmania*, transmitida por insectos dípteros hematófagos y que clínicamente expresan diversos rangos de severidad de lesiones con serias repercusiones desfigurantes, las mismas que representan riesgo de infecciones sistémicas fatales. Constituyen un importante problema de salud pública por el gran impacto social que producen y por que enfrentan inconvenientes en el tratamiento por resistencia a los medicamentos, recaídas y reinfecciones, sin contar con que existe escaso interés de las compañías farmacéuticas para el desarrollo de nuevos fármacos anti-leishmaniásicos.

Epidemiología

La leishmaniosis es una enfermedad de alta prevalencia en muchas regiones tropicales y subtropicales del mundo. En el Perú constituye una endemia que afecta a 12 departamentos del país, constituyendo la segunda endemia de tipo tropical y la tercera causa de morbilidad por enfermedades transmisibles luego de la malaria y la tuberculosis. Los lugares de contagio más importantes en Perú son Satipo (Junín), Nueva Barranca (Loreto), Pichanaqui (Junín), Caballococha (Loreto) y Pichari (Cuzco). Las Leishmaniasis son consideradas enfermedades ocupacionales, las poblaciones más frecuentemente afectadas son agricultores, militares, mineros, madereros.

Clínica

Se describe aparición de lesiones mucosas entre los 20 y 30 años después de la resolución de la lesión primaria. Las lesiones mucosas se inician principalmente a nivel del tabique nasal cartilaginoso (septum cartilaginoso) y, raramente, en el piso de la nariz. Pero, pueden comenzar en otras partes de las vías aéreas superiores. Al inicio solo se aprecia una discreta secreción de moco, como si el enfermo tuviera una rinitis o un resfriado. Luego, se produce la inflamación de la mucosa, que se vuelve eritematosa, edematosa y dolorosa; la lesión se profundiza y produce una pericondritis. Hay hipertrofia vascular y de los orificios pilosebáceos, que produce abundante seborrea. Cuando las lesiones están avanzadas, se presenta exudación y ulceración de la mucosa. Luego, se compromete el cartílago y se produce la perforación del tabique, que si destruye parcial o totalmente el tabique determinará la caída de la punta de la nariz. El eritema, edema y la infiltración producen aumento del volumen de la punta de la nariz y el ala, que puede sobrepasar el surco nasogeniano. A esta nariz grande de la leishmaniasis se la conoce con el nombre de 'nariz de tapir'. La perforación del tabique nasal y el achatamiento de la nariz sin ulceración son propias de la leishmaniasis mucocutánea (espundia) y no son observadas en la leishmaniasis cutánea andina, en la que, de preferencia, las alas de la nariz son carcomidas cuando se afecta la garganta, la voz es ronca y hay dificultad para respirar y deglutir los alimentos. También se puede hallar compromiso gingival e interdentario. Las lesiones de la hipofaringe, laringe y tráquea se caracterizan por un compromiso de los repliegues aritepiglóticos y aritenoides, que dan lesiones hipertrofiantes que producen disfonía, afonía y asfixia. La epiglotis también puede estar comprometida y las cuerdas vocales infiltradas. Si no hay tratamiento, la enfermedad puede llevar a la muerte. La leishmaniasis mucocutánea, en los primeros años de su evolución, no afecta el estado general del

paciente, el que puede realizar su labor normalmente. Sin embargo, cuando las lesiones mucosas están muy avanzadas y comprometen la mucosa de la boca y la laringe, la respiración y la alimentación, el estado general del enfermo se altera.

La leishmaniasis aislada de laringe es una forma muy poco frecuente de leishmaniasis mucosa, hasta tal punto que su presentación en la clínica habitual es excepcional

Diagnóstico

La aproximación diagnóstica más exacta considera tres criterios que deberán abordarse en el siguiente orden:

- 1. Antecedentes epidemiológicos
- 2. Cuadro clínico sugestivo de leishmaniasis,
- 3. Exámenes de laboratorio: métodos directos e indirectos. En las lesiones mucosas. En relación con las formas mucosas únicas o múltiples, los procedimientos generalmente utilizados son la biopsia con ayuda de pinzas cortantes especiales (cutting-biopsy punch) y los frotises de las biopsias

Tratamiento

Droga de elección: Antimoniales pentavalentes (antimoniato de N-metilglucamina, estibogluconato de sodio), a la dosis de 20 a 50 mg/kg de peso/día, IV o IM, por 30 días, aplicación diaria.

A continuación se presenta un caso de leishmaniasis mucocutánea con afectación de vía aérea superior, la misma que de no ser diagnosticada y tratada oportunamente, puede poner en riesgo la vida del paciente.

REPORTE DE CASO

Paciente varón de 55 años de edad, procedente de Cusco con antecedente de Tuberculosis

pulmonar y en el 2017 de Leishmaniasis mucocutánea, recibió tratamiento por 3 meses; trabajador de minería, que consultó derivado del Servicio de Otorrinolaringología por lesiones en paladar. El paciente refería disfonía, disnea progresiva y disfagia para sólidos. Presentó en múltiples oportunidades rinorrea acuosa por fosa nasal derecha de color amarillo y por ello obstrucción de fosas nasales.

Examen físico

Se observaba el tabique desviado lado derecho. Lesiones granulomatosas que comprometían: paladar blando, lengua, pilares, y hacia atrás se extendía a pared posterior de faringe (Fig.1).



Figura 1.

Mucosa de paladar y lengua infiltrada con lesiones de aspecto granulomatoso.

Exámenes auxiliares

Hematológico (07/09/19)

- Hematocrito: 43.1% (VN: 40 – 54)
- Hemoglobina: 13.8 g/dL (VN: 12 – 16)
- Glóbulos blancos: 6.66×10^3 /uL (VN: 4 - 10)
- Neutrófilos: 4.01×10^3 /uL (VN: 2 - 7)
- Linfocitos: 1.64×10^3 /uL (VN: 0.8 - 4)

Perfil hepático (07/09/19)

- Transaminasa TGP/ALT: 19 U/L (VN: 3-35)
- Transaminasa TGO/ALT: 29 U/L (VN: 8-33)
- Fosfatasa alcalina: 216 U/L (VN: 34- 114)

Función renal (07/09/19)

-Urea: 29 mg/dL (VN: 17-43)

-Creatinina: 0.92 mg/dL (0.60-1.50)

Perfil lipídico (07/09/19)

-Glucosa: 98 mg/dl (VN: 70-110)

-Colesterol total: 149 mg/dl (VN: 120-200)

-Triglicéridos: 87 mg/dl (VN: 30-150)

Informe anatomopatológico

Muestra de la fecha: (08/03/17)

Tras laringoscopia se observa tejido de granulacion en region glotica con disminucion de la luz laríngea que dificultaba apertura de las cuerdas vocales. A partir de este tejido se obtuvieron muestras de biopsia de 0.1 cm y otro 0.2 cm ,en el estudio histopatológico se observó infiltrado inflamatorio crónico granulomatoso compuesto por macrófagos, linfocitos y polimorfonucleares y estructuras compatibles con amastigotes de leishmania. Dando como confirmado el diagnóstico de Leishmaniosis laríngea.

Muestra de la fecha (05/08/19)

En el estudio histopatológico de la muestra de mucosa lingual se observó erosión del epitelio ,infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario severo agudo y crónico, necrosis y numerosas estructuras compatibles con amastigotes de leishmania sugestivo de Leishmaniasis de cavidad oral (Fig. 2).



Figura 2. Infiltrado inflamatorio con histiocitos, linfocitos y células plasmáticas (H-E 100X).

Diagnóstico y tratamiento

Tras biopsia confirmatoria se estableció el diagnóstico de Leishmaniasis Mucocutánea y se instauró tratamiento con Anfotericina B 0,5 mg/kg/día por vía endovenosa, hasta completar el tratamiento a 1260 mg.

DISCUSIÓN

El estado inmunitario del huésped es un factor que guarda directa relación con el desarrollo de cualquier forma de Leishmaniasis, aunque de igual manera influyen factores como la especie de leishmania, la carga parasitaria en el inóculo y el sitio del mismo. La forma mucocutánea constituye una de las presentaciones más severas ,debido al daño que desarrolla en las mucosas y las secuelas en el tracto respiratorio producto del mismo.

En el caso clínico presentado ilustramos la presencia de un factor de riesgo de relevancia para el desarrollo de la LMC o recidiva de la misma ,se trata de la incompleta ,inadecuada o falta de cumplimiento del esquema de tratamiento de este cuadro , factor que se describe en este individuo debido a que el mismo había presentado un cuadro similar y esta segunda presentación era una recidiva por un déficit inmunitario probable ,que contribuyó al desarrollo de la infección.

En conclusión resulta indispensable tener a la leishmaniosis mucocutánea como diagnóstico diferencial ,cuando enfrentamos a un paciente con lesiones en mucosas de la vía respiratoria y digestiva superior ,más aún en aquellos con el antecedente epidemiológico de proceder o haber viajado a zonas endémicas de esta especie e incluso cuando no presente antecedentes patológicos de enfermedad cutánea porque esta lesión primaria en algunos casos puede pasar desapercibida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.- Alvar J, Vélez I, Bern C, Herrero M, Desjeux P, Cano J, Jannin J, den Boer M, The WHO Leshmaniasis Control Team. Leishmaniasis Worldwide and global Estimates of its Incidence. PLoS ONE, 2012;7(5): e35671
- 2.- Costa JW Jr, Milner DA Jr, Maguire JH. Mucocutaneous leishmaniasis in a us citizen. Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics 2003; 96(5): 573-577.
- 3.- Karimkhani C, Wanga V, Naghavi P, Dellavalle R P, Naghavi M. Global burden of cutaneous leishmaniasis. Lancet Infect Dis 2017; 17 (3): 264. doi: 10.1016/S1473-3099(16)30217-1.
- 4.- Carvalho E M, Llanos-Cuentas A, Romero G A S. Mucosal leishmaniasis: urgent need for more research. Rev Soc Bras Med Trop 2018; 51 (1): 120-1. <http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0463-2017>.
- 5.- Rincón M., Silva S., Dueñas R. y Lopez P. Leishmaniasis Cutánea Diseminada: Reporte de dos casos en Santander, Colombia. Revista de Salud Pública. 2009; (11) 1: 145-150.
- 6.- Ministerio de salud. Norma Técnica: Diagnóstico y tratamiento para Leishmaniosis en el Perú. 2005.
- 7.- Sandoval A, Minaya G, Rojas N, Falconi E, Cáceres O. Leishmaniosis cutánea: manifestación clínica inusual. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2014; 31(3):595-97.
- 8.- Rojas E., Guzmán J., Verduguez A. Leishmaniasis mucosa laríngea sin puerta de entrada evidente: presentación de un caso clínico. Gac Med Bol 2011; 34 (2): 91-93.
- 9.- AM Luna, M.^aA Michelena, C. Fleming, G. Arena, AM Chiavassa y P. Rafti. Leishmaniasis mucocutánea con afectación laríngea. Med Cutan Iber Lat Am 2012; 40(5):154-157.
- 10.- Organización mundial de la salud. Leishmaniasis en las Américas. Recomendaciones para el tratamiento. Organización Panamericana de la Salud, 2013.
- 11.- Sánchez L., Sáenz E., Pancorbo J., et al. Leishmaniasis. Dermatología Peruana 2004; 14(2).

