

## **Un caso de Leishmaniasis Tegumentaria Americana Diseminada ( Leishmanides )**

**Dres. Adolfo R. Pons  
Romer Fernández  
Ricardo Soto U.**

### **ESTUDIO DEL CASO**

Q.J.J., venezolano, de 18 años de edad, natural de La Fría (Estado Táchira), donde trabaja como agricultor. Ingresó al Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Maracaibo, el día 22-2-67, referido por los Dres. Adolfo R. Pons y Romer Fernández con el diagnóstico de Leishmaniasis cutáneo-mucosa.

Historia Nº 08-59-27. Apariencia general: paciente del sexo masculino, criollo, de edad aparente acorde con la cronológica, mediana estatura, bien nutrido y sin perturbación del estado consciente. No se aprecian anomalías de la marcha ni la postura, lenguaje claro.

Motivo de ingreso: ulceraciones generalizadas en la piel.

Enfermedad actual: manifiesta el paciente que hace aproximadamente 3 meses notó la aparición en la región lumbar iz-

quierda, de una pápula que fue aumentando progresivamente en extensión, pasando luego por las etapas de vesícula y pústula hasta transformarse en una úlcera. Un mes después, aparece una lesión de aspecto y evolución semejante a la anterior en el tercio superior de la cara externa de la pierna derecha y dos días después se generalizó el proceso a todo el cuerpo, con excepción del cuero cabelludo. Refiere el paciente obstrucción nasal desde hace aproximadamente 20 días y pérdida de peso.

Antecedentes personales y patológicos: sin importancia.

Aspecto de las lesiones: evolución de la enfermedad, tres meses.

Al examen clínico se aprecian abundantes lesiones diseminadas en toda la superficie cutánea incluyendo la cara. Se observan lesiones nodulares de consistencia leñosa a la palpación, adheridas a la piel que las recubre, algunas con aspecto de piel normal, otras cubiertas por piel discretamente eritematosa e incluso por áreas de hipocromías. Además, lesiones noduloulcerativas infectadas y bien delimitadas; placas infiltradas también delimitadas, eritemato-violáceas, algunas coronadas de pústulas o de escamocostras sumamente adheridas. En el tercio superior externo de la pierna derecha, se observa una lesión ulcerosa de aproximadamente 5 centímetros en su eje mayor, de bordes netos, levantados, eritemato-violáceos, de superficie en parte granulosa y en parte cubierta de escamocostras discretamente rezumantes.

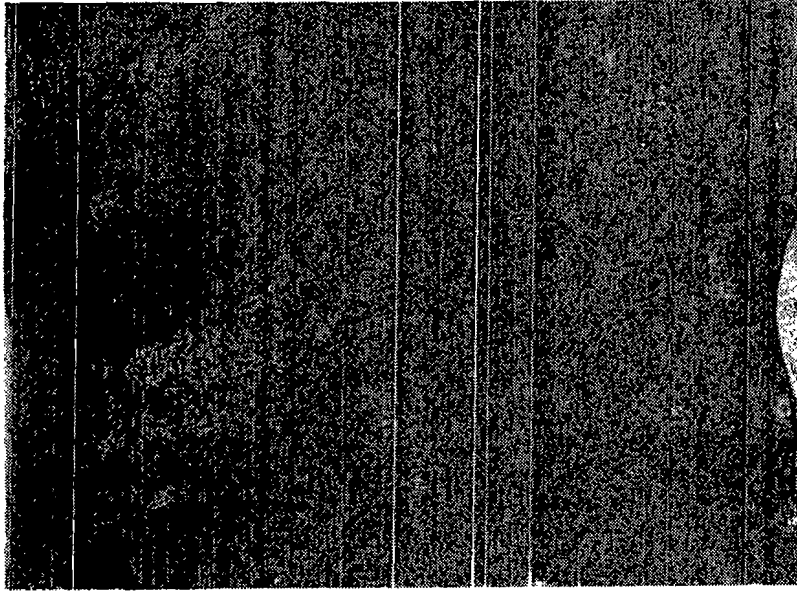
En la región lumbar izquierda se aprecia una placa verrugosa con áreas papuloescamocostrosas, de 8 centímetros en su diámetro mayor, con numerosas lesiones satélites del mismo tipo. Además, se observa infiltración y edema del lóbulo de la oreja izquierda con excoriación exudativa y cubierta de costra.

La mucosa nasal muestra infiltración y ulceración en ambos lados del tabique nasal a nivel de su porción cartilaginosa. El resto de la mucosa de la esfera O.R.L. es normal.

Otros órganos y aparatos sin datos patológicos.

**Exámenes de laboratorio.**— Orina: normal. Heces: presencia de huevos de ancilostomídeos, áscaris y tricocéfalos; quistes de

Giardia. Hematología: Glóbulos blancos, 12.650 por milímetro cúbico. Fórmula: segmentados 76% — eosinófilos 8% — linfocitos 16%. Hemoglobina: 12 grs. % — 82% Hematócrito: 40%. Serología para sífilis: No reactiva. Urea: 30 mgrs.%. Glucosa: 111 mgrs.%

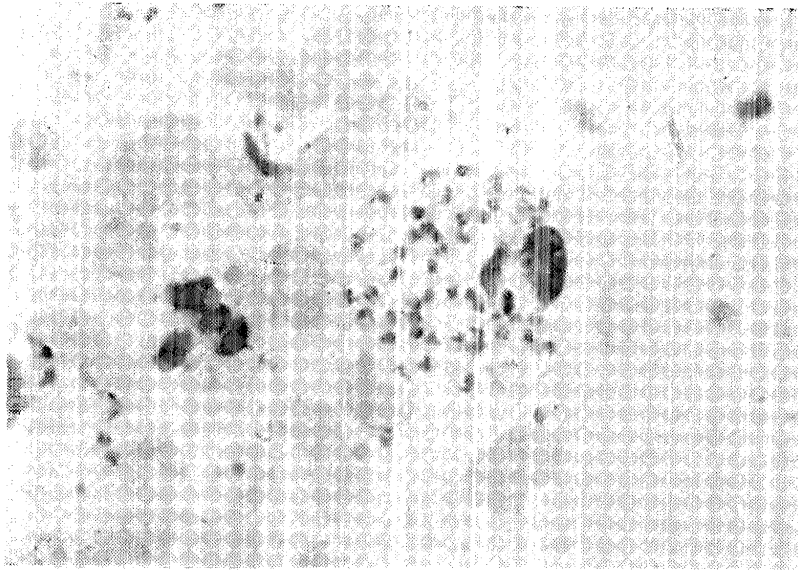


**Fig. 1. Aprécianse lesiones diseminadas de Leishmaniasis.**

Electroforesis de proteínas sanguíneas practicada el 5-3-67:

	%	Grs. %
Albúmina	40.7	2.73
Alfa 1	5.7	0.38
Alfa 2	11.4	0.76
Beta	10.8	0.73
Gamma	31.4	2.11
Totales:	100.0	6.71

Interpretación: hipergammaglobulinemia con hipoalbuminemia. Intradermorreacción con Leishmanina, practicada el día 22-2-67, dio resultado negativo a las 72 horas.



**Fig. 2. Macrófago lleno de leishmanias, que también se observan extracelularmente.**

**Estudio parasitológico.**— Material obtenido por raspado de las lesiones cutáneas y mucosa nasal, coloreado con Giemsa mostró abundantes Leishmanias de un tamaño mucho mayor que las habitualmente observadas. El moco nasal fue también positivo para Leishmanias.

Biopsia tomada de una lesión de piel muestra: presencia de numerosos pequeños corpúsculos redondeados u ovals incluidos intracitoplasmáticamente en macrófagos.

Conclusión Leishmanias. Ziehl-Neelsen: no se encuentra bacilos ácido-alcohol resistentes. Giemsa: se confirma la presencia de corpúsculos con aspecto de Leishmania en número escaso.

Cultivo en medio N.N.N.: no se logró aislar el parásito.

**Tratamiento.**— Glucantime (Antimoniato de N-metilglucamino), en ampollas de 1,50 gramos. Dosis inicial: 1 ampolla intramuscular profunda el primer día, a partir del segundo día 2 ampollas intramusculares diarias con intervalo corto de reposo.

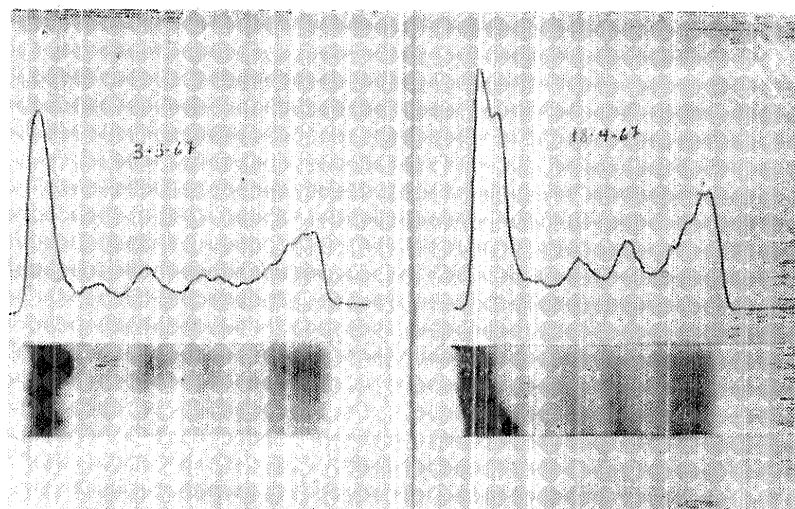


Fig. 3. a) Electroforesis de proteínas, antes del tratamiento. b) Electroforesis de proteínas, después del tratamiento.

Dosis total: 77 ampollas = 115,50 gramos.

**Evolución.**— Fecha de ingreso: 22-2-67. Fecha de egreso: 27-4-67. Tiempo de hospitalización: 65 días.

Durante la evolución de la enfermedad no apareció fiebre ni otra manifestación que indicara una afectación del estado general.

En el transcurso del tratamiento y hospitalización se observó la siguiente evolución: en el 8º y 9º días, presentó fiebre que fue atribuida a proceso inflamatorio (celulitis), en ambas piernas, por lo que se instaló tratamiento a base de Oxitetraciclina (Terramicina), desapareciendo la fiebre y la inflamación durante el resto de la hospitalización.

El tratamiento a base de Glucantime se inició con 1 ampolla intramuscular profunda el primer día, en los días sucesivos 2 ampollas intramusculares diarias en forma ininterrumpida durante 33 días, al cabo de los cuales fue necesario suspender el tratamiento por presentar el paciente manifestaciones de intolerancia a la droga; se dio un reposo por 6 días, al cabo de los

cuales se restableció el tratamiento a igual dosis durante 5 días más. Tratamiento total en días: 38.

Al 5º día del tratamiento, se apreció mejoría clínica, la cual se fue haciendo cada vez más marcada, sin notarse aparición de nuevas lesiones.

Transcurridos 17 días de tratamiento, se notó proceso de cicatrización en todas las lesiones, que se completó a los 30 días.

Durante su hospitalización, el paciente presentó un síndrome depresivo que fue tratado por especialista.

**Controles:** A los 30 días, ocurrida la cicatrización de las lesiones en piel, se practicó la investigación de Leishmanias en el moco nasal, observándose escasas formas en fase degenerativa. Control en la esfera O.R.L. reporta: existencia de una ulceración residual de 3 milímetros de diámetro, cubierta por un exudado mucoso amarillento, en la parte anteroinferior del tabique en su porción cartilaginosa, inmediatamente por detrás de la línea cutaneomucosa. Resto de la mucosa, normal.

Intradermorreacción de control practicada después de la cicatrización y leída a las 72 horas fue positiva débil.

Proteínas totales del suero practicada el 24-4-67 dio cifra de 6,90 grs.%. Albúmina = 3,78 % y Globulinas = 3,12 grs.%; relación A/G = 1,2.

Electroforesis de proteínas sanguíneas practicada el 18-4-67 reporta:

	%	Gr.
Albúmina	46,4	3,20
Alfa 1	3,6	0,25
Alfa 2	9,2	0,63
Beta	12,7	0,88
Gamma	28,1	1,94
Totales:	100,0	6,90

Se apreció un aumento de las albúminas y descenso de la Gammaglobulina, sin llegar a los límites normales.

**Hematología al egreso:** Glóbulos blancos: 12.000 por milímetro cúbico. Fórmula: Segmentados 43% — Eosinófilos 28% — Linfocitos 27% — Cayados 2%. Hemoglobina: 12 grs.% — 82%. Hematócrito: 41%.

Fue dado de alta por curación.

**Comentarios.**— Nos encontramos en presencia de un caso de Leishmaniasis Diseminada con una intradermorreacción a la Leishmanina negativa, lo que nos hace pensar en que se trata de una forma anérgica semejante a la descrita por Aguiar-Pupo (1946) y Ramos E. Silva (1949) con el término de Leishmanides, de rara incidencia en esta enfermedad.

Si nos atenemos a la bibliografía consultada, hasta el presente, sólo se habían descrito en Venezuela dos casos de esta forma anérgica de la Leishmaniasis tegumentaria: Pons y Hómez ("Kasmera", 1962 - Vol. I. Nº 2. Universidad del Zulia) y Medina R. ("Dermatología Venezolana". Vol. III. Nos. 1 y 2, 83-90, 1962. Caracas). Al igual que en nuestro caso, hubo una diseminación hematógena de las Leishmanias con lesiones múltiples de piel y ataque a la mucosa nasal, respondiendo muy bien al tratamiento.

Llama la atención en nuestro caso: la negatividad de la intradermorreacción a la leishmanina a pesar de la fuerte infección existente; el tamaño uniformemente extraordinario de las Leishmanias y la hipergammaglobulinemia, consecuencia del estado anérgico observado en el paciente.

No debe confundirse esta forma clínica con la Leishmaniasis Difusa producida por la Leishmania brasiliense pifanoi (Medina y Romero, 1957) y descrita por primera vez por Barrientos en Bolivia (1946) y en Venezuela por Convit y Lapenta (1948) en que las lesiones son resistentes al tratamiento específico y las características biológicas del parásito son diferentes.

**Resumen.**— Los autores presentan un caso de Leishmaniasis Tegumentaria Americana, en un adulto de 18 años, sexo masculino, con lesiones diseminadas en toda la superficie cutánea, incluyendo la cara, de tipo nodular, noduloulcerativas y papuloescamocostrosas.

Se demostró la existencia del parásito en material tomado por raspado de varias de las lesiones cutáneas y en el moco nasal. No fue posible aislar el parásito por cultivo y la intradermorreacción a la leishamanina fue negativa antes del tratamiento.

Se llama la atención sobre la negatividad de la intradermorreacción y la existencia de hipoalbuminemia con hipergammaglobulinemia, evidenciadas por el estudio electroforético de las proteínas sanguíneas que junto con el tamaño extraordinario de las Leishmanias, atribuyen los autores a un estado de anergia existente en el paciente que explicaría la diseminación. La intradermorreacción se hizo débilmente positiva y la electroforesis mostró una tendencia hacia la normalidad luego del tratamiento.

Concluyen los autores que se trata de un caso de Leishmaniasis Tegumentaria Americana Diseminada (Leishmanides).

Maracaibo, mayo de 1967.

**Trabajo realizado en el Departamento de Microbiología y Patología Tropical de la Universidad del Zulia y en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Maracaibo.**