



# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

[www.elsevier.es/eimc](http://www.elsevier.es/eimc)



Diagnóstico a primera vista

## Lesión cutánea esporotricoides en un paciente procedente de una región subtropical de Ecuador



### Cutaneous sporotrichoid lesion in a patient from a subtropical region of Ecuador

Manuel Calvopiña Hinojosa<sup>a,\*</sup>, Daniel Romero Alvarez<sup>a</sup>, Hiroto Kato<sup>b</sup> e Yoshihisa Hashiguchi<sup>a,c,d</sup>

<sup>a</sup> Centro de Biomedicina, Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador

<sup>b</sup> Laboratory of Parasitology, Department of Disease Control, Graduate School of Veterinary Medicine, Hokkaido University, Hokkaido, Japan

<sup>c</sup> PROMETEO, Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT), Ecuador

<sup>d</sup> Department of Parasitology, Kochi Medical School, Kochi University, Kochi, Japan

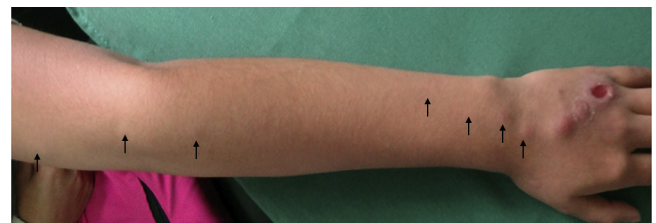
#### Caso clínico

Adolescente de 17 años nacida en Quito pero residente desde hace 8 meses en la región subtropical de Pachijal, provincia de Pichincha, Ecuador. Acudió a nuestra unidad por presentar 2 úlceras cutáneas, una del dorso de la mano izquierda seguida de lesiones nodulares a lo largo de la mano, antebrazo y brazo, y la otra en la región axilar derecha. Refiere que las 2 lesiones aparecieron hace 3 meses. Se iniciaron como picaduras de mosquitos y evolucionaron a pápulas pruríticas que posteriormente ulceraron. Concomitantemente aparecieron los nódulos y el dolor en el trayecto linfático del miembro superior izquierdo. Acudió al médico de la localidad, quien prescribió diferentes ciclos de antibióticos, sin respuesta. En ningún momento refirió fiebre. Al examen físico se observó una úlcera en el dorso de la mano izquierda de 18 × 12 mm, redondeada, con bordes prominentes y eritematosos, no dolorosa, seguida de 9 lesiones nodulares de trayectorias ascendentes en todo el miembro superior izquierdo. Los 2 primeros nódulos, de 10 mm de diámetro, estaban erosionados y de un color violáceo pero sin ulcerarse; los otros eran palpables, de menor tamaño observados a simple vista, y seguían el trayecto de los vasos linfáticos, sensibles a la palpación (fig. 1). Se tomaron muestras de la úlcera de la mano. El frotis coloreado con Diff Quik demostró al microscopio cuerpos redondeados característicos de amastigotes de *Leishmania* spp., diagnosticándose así como leishmaniasis cutánea tipo esporotricoides o llamada también «pian bois» por la diseminación a los ganglios linfáticos locales y regionales. En los exámenes histopatológicos se coloraron hongos y fueron negativos para bacilos alcohol-ácido resistentes con la coloración de Ziehl Neelsen. Del papel filtro (FTA card) se extrajo el ADN, y amplificado y secuenciado el citocromo *b* de *Leishmania* se identificó como *L. (Viannia) guyanensis* (fig. 2). La analítica básica, que incluyó

hemograma y fórmula leucocitaria, enzimograma hepático, velocidad de eritrosedimentación y proteína C reactiva, no presentó alteraciones.

#### Tratamiento y evolución

La paciente recibió intramuscularmente 20 mg SbV+/kg/día de antimonio meglumina (Glucantime®, Aventis Pharma Ltda., Brasil), correspondiéndole 2 ampollas/día, durante 11 días continuos. Progresivamente presentó mialgias, artralgias, astenia,



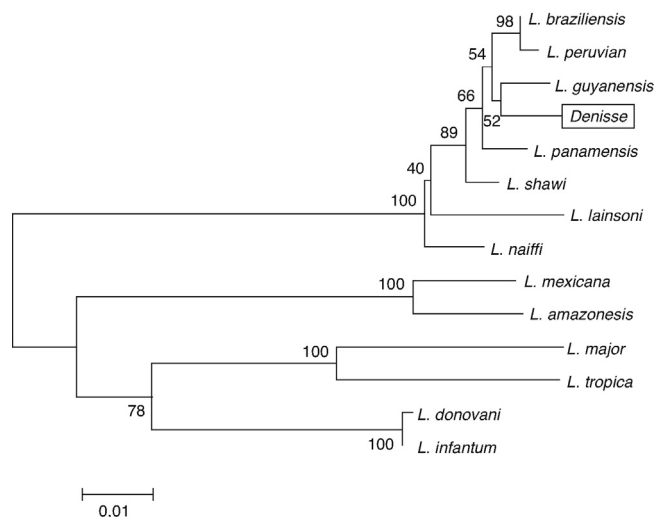
**Figura 1.** Lesión ulcerativa primaria a la que siguen 2 nódulos prominentes y escarificados en el dorso de la mano izquierda. Las flechas señalan los otros 7 nódulos eritemato-violáceos.



**Figura 2.** Cicatriz luego de 6 meses de tratamiento con Glucantime®. Los nódulos han desaparecido.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [manuelcalvopiña@gmail.com](mailto:manuelcalvopiña@gmail.com) (M. Calvopiña Hinojosa).



**Figura 3.** Árbol filogenético del gen citocromo b de 13 especies de *Leishmania*. El análisis filogenético de nuestro caso (Denisse) está más cerca de la cepa de referencia *L. guyanensis* de la OMS. La escala representa el 0,01% de divergencia entre especies.

sensación de cansancio y sequedad de la boca. A las 3 semanas de inicio del Glucantime® las úlceras —tanto de la axila como de la mano— y los nódulos disminuyeron de tamaño. A las 6 semanas las úlceras curaron clínicamente dejando cicatrices hipertróficas; los nódulos linfáticos desaparecieron dejando manchas hiperpigmentadas postinflamatorias. A los 12 meses de seguimiento no hay signos de reactivación (fig. 3).

### Comentario

La leishmaniasis tegumentaria americana es una infección de la piel y mucosas causada por varias especies del protozooario *Leishmania*. En las Américas está distribuida desde Texas (EE. UU.) hasta el norte de Argentina<sup>1</sup>. En Ecuador está presente en regiones subtropicales y tropicales de la costa del Pacífico, en la Amazonía y en ciertos valles interandinos<sup>2</sup>. La forma clínica predominante es la cutánea localizada (LC), siendo su variante ulcerativa la más frecuente. Localizada de recidiva cutis, úlcera de chiclero, diseminada y difusa son poco comunes, al igual que la forma esporotricóide o linfocutánea o «pian bois», que es poco habitual en Ecuador<sup>2</sup>. Por tanto, este caso clínico pone de manifiesto que, aunque sea poco habitual, debe considerarse en el diagnóstico diferencial con la esporotricosis linfocutánea (*Sporothrix schenckii*) y casos de infección por *Mycobacterium marinum*, infecciones que coexisten en estas mismas condiciones geográficas<sup>1,3,4</sup>. Característicamente el «pian-bois» se presenta con una o varias lesiones ulcerosas que metastatizan a lo largo de la cadena linfática, produciendo múltiples nódulos que pueden llegar a ulcerarse; la curación espontánea es extremadamente rara y las recaídas son frecuentes. Generalmente el agente

causal es *L. (V.) guyanensis*<sup>5</sup>, como evidenciamos en este caso identificado por amplificación y secuenciación del gen citocromo b. Se conoce que *L. (V.) panamensis* y *L. (L.) amazonensis* también producen esta forma clínica<sup>6,7</sup>. *L. (V.) guyanensis* y *L. (V.) panamensis* prevalecen en la región subtropical del Pacífico<sup>8</sup> donde nuestra paciente se infectó. El tratamiento recomendado por el Ministerio de Salud Pública en Ecuador para todas las variantes de LC son los antimoniales pentavalentes en forma sistémica<sup>9</sup>. En nuestra paciente el Glucantime® administrado en forma sistémica a dosis estandarizadas resultó efectivo. Un caso de «pian-bois» infectado en Nicaragua, sin identificación de la especie de *Leishmania*, no curó con Glucantime® y cedió al itraconazol<sup>10</sup>. Es obligatorio el tratamiento sistémico en la forma esporotricóide por cuanto los nódulos podrían ulcerarse, y además porque con *L. (V.) guyanensis* habría el riesgo de metástasis a nasofaringe, llegando a producirse la forma mucocutánea<sup>1</sup>. Otros fármacos recomendados para *L. (V.) guyanensis* son pentamidina y miltefosina<sup>1</sup>, que no están disponibles en Ecuador.

En conclusión, este caso representó una forma clínica rara de leishmaniasis cutánea, con diseminación linfática regional, presente en una región subtropical donde la esporotricosis linfocutánea y las infecciones cutáneas por micobacterias también se diagnostican. Además, confirmamos que esta forma esporotricóide en Ecuador fue causada por *L. (V.) guyanensis* y que cedió al anti-moniato de meglumine, sin reactivación posterior.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Buffet P. Leishmaniasis: informaciones para su control y tratamiento. 1.ª ed. Sanofi-Aventis; 2008.
2. Calvopiña M, Armijos R, Hashiguchi Y. Epidemiology of leishmaniasis in Ecuador: Current status of knowledge — A review. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2004;99:663–72.
3. Hashiguchi Y, Gómez E. Leishmaniasis. En: Fernández T, editor. *Tratado de Medicina Tropical*. 3.ª ed. Guayaquil-Ecuador: Imprenta Mariscal; 2004. p. 125–39.
4. Pérez-Fernández N, Jaka-Moreno A, de la Caba I, Goenaga-Sánchez MA. Nodular skin lesions in a patient from Nicaragua. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31:114–5.
5. WHO Expert Committee on the Control of the Leishmaniases. Meeting. Control of the leishmaniases: report of a WHO expert committee. Vol. 793. WHO; 1990.
6. Bryceson ADM. Leishmaniasis. En: Cook GC, editor. *Manson's Tropical Diseases*. 20th ed. Great Britain: The Bath Press; 1996. p. 1213–31.
7. Hashiguchi Y. Studies on New World leishmaniasis and its transmission, with particular reference to Ecuador. *Research Report Series No.1*; 1987.
8. Calvopiña M, Armijos R, Marco J, Uezato H, Kato H, Gómez E, et al. *Leishmania* isoenzyme polymorphisms in Ecuador: Relationships with geographic distribution and clinical presentation. *BMC Infect Dis*. 2006;6:139.
9. Manual de normas técnicas para la prevención, manejo y control de la leishmaniasis tegumentaria en el Ecuador. Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2011. p. 1–41.
10. Cozzani E, Sattla R, Fausti V, Cottoni F, Parodi A. Cutaneous sporotrichoid leishmaniasis resistant to pentavalent antimonial therapy: Complete resolution with itraconazole. *Clin Exp Dermatol*. 2011;36:49–51.