

Úlcera leishmaniásica de la vulva. Presentación de un caso

Drs. Francisco Llavaneras Torres, Elcy Villegas**, Nelson Velásquez***, Rafael Molina Vilchez****

RESUMEN: La leishmaniasis tegumentaria americana es una zoonosis de tipo selvático que hace brotes epidémicos en pacientes picados por flebotomos. Las lesiones se ubican generalmente en zonas descubiertas de piel y mucosas, siendo las genitales muy raras. La úlcera del pene se describió en Venezuela hace varias décadas; pero no conocemos reportes de lesiones vulvares. Aquí se presenta una paciente de Pampán, Estado Trujillo, con afección ulcerosa de la vulva causada por leishmania, que curó con tratamiento específico.

Palabras claves: Leishmaniasis. Úlcera de la piel. Úlcera de la vulva. Vulva.

SUMMARY: American integumentary leishmaniasis is a forest zoonosis with epidemic outbreaks of phlebotomus bitten human patients. Lesions are mostly located in uncovered skin and mucosa, genital involvement being very rare. Penis ulcer was described in Venezuela several decades ago, but as far as we know, there is no report on vulvar lesions. In this paper, a patient from Pampan, Trujillo State, with leishmania caused vulvar ulcer cured with specific treatment is presented.

Key words: Leishmaniasis. Skin ulcer. Vulvar ulcer. Vulva.

INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis tegumentaria americana (LTA) se describe como una parasitosis o zoonosis de carácter selvático, bastante frecuente en el medio rural venezolano, aunque aparece también en algunas áreas urbanas, que hace brotes epidémicos en humanos picados por insectos del tipo de los flebotomos, los transmisores de las diversas especies de *Leishmania* (1). La picadura del artrópodo es obligatoria para completar el ciclo epidemiológico de la enfermedad. Las lesiones se ubican con mayor frecuencia en zonas descubiertas del cuerpo (1-3).

La localización genital es, por consiguiente, bastante rara; sólo se observa de manera esporádica. En 1946, el Dr. Salvador Tálamo presentó el caso de un hombre de 29 años del Municipio Escuque, Estado Trujillo, con una ulceración en el glande y otra en la cara interna del muslo izquierdo, frotis

positivo para el protozoario y curación con doce ampollitas de tártaro emético (4). En 1964, Rafael Medina comunica una nueva observación: otro paciente masculino, de Zaraza, Guárico, con úlcera del borde prepucial (5). Bonfante Garrido y col. en Barquisimeto, encontraron úlcera genital en el asno —*Equus asinus*— (6). Pero no conocemos publicaciones nacionales sobre enfermedad vulvar humana.

En esta nota clínica presentamos una paciente con úlcera de la vulva por LTA.

Presentación del caso

Paciente de 21 años, nacida y residiendo en Pampán, Estado Trujillo, estudiante, quien consultó por dolor leve, sensación de quemadura y aparición de lesión en genitales externos, de un mes de evolución. En la historia epidemiológica, refería que unas 3 a 4 semanas antes de los primeros síntomas, había estado en una hacienda cafetalera del pie de monte andino, en el sitio llamado Piedras Negras, y que allí evacuó sus emuntorios al aire libre, siendo picada por un insecto de los que los

*Gineco-obstetra. Hospital "José Gregorio Hernández", Edo. Trujillo, Venezuela.

**Bioanalista, Hospital "José Gregorio Hernández", Trujillo.

***Gineco-obstetra, Maracaibo, Edo. Zulia.

lugareños conocen como “Coco Julio” o “Angoleta”. Los antecedentes ginecológicos carecen de importancia; tuvo la menarquía a los 13 años y era eumenorreica. Al examen físico se comprobó integridad del himen y una lesión ulcerosa localizada en el tercio inferior del labio mayor izquierdo, redondeada, de unos 3 cm de diámetro, de bordes regulares, levantados, infiltrados y fondo de aspecto granulomatoso. Se tomó muestra de los bordes de la lesión, por aposición y expresión y se coloreó con técnica de Giemsa, visualizándose al microscopio formas amastigotas del parásito. El examen de fondo oscuro y el VDRL fueron negativos. El tratamiento consistió en antimonio de meglumina o Glucantime®, por vía intramuscular una ampolla de 1 500 mg diario. La curación se logró a las cuatro semanas, quedando una cicatriz retráctil.

DISCUSIÓN

La LTA es un importante problema nacional de salud pública, pero lo es sobre todo para la región de Los Andes. Entre 1955 y 1984, la División de Dermatología Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, registró más de 20 000 casos, procedentes de 21 entidades federales. El 50% de ellos, correspondió a los tres estados andinos. Los Andes venezolanos, con 3,26% de la superficie del país, y 10,60% de su población, para 1981, concentraron 46,3% de los 3 810 casos oficialmente registrados entre 1970 y 1977. Unos 2 534 casos mensuales aparecieron en toda Venezuela en los años 1990, 91 y 92 (6).



Figura 1. Detalle de úlcera en tercio inferior de labio mayor izquierdo.



Figura 2. Aspecto de la cicatriz retráctil.



Figura 3. Frotis positivo para Leishmania.

El 10% de la población de algunos sectores trujillanos, se ha infectado con *Leishmania braziliensis*, cuyo reservorio en la zona es el *Didelphis marsupialis* (7,8). El principal insecto vector es la *Lutzomyia townsendi*, aunque en el área hay otras siete especies del mismo género. Su dinámica poblacional en relación con los ciclos de lluvia está bien estudiada (9). Desde los tiempos

coloniales se han visto las úlceras, "loras" o "picadas de Coco Julio", en los sembradores de cacao y café de las riberas del Castán y el Momboy, sobre todo con la llegada de las lluvias (10). Hoy, la LTA es una enfermedad de la misma capital trujillana (donde ocurre igualmente la forma visceral), además de su tradicional aparición rural. La LTA urbana aparece también en Barquisimeto (11). En Maracaibo, se ven pacientes procedentes de la cercana zona carbonífera del Guasare, calificada como endémica (2).

La mayoría de las lesiones se ubican en piel descubierta: miembros inferiores, cabeza y miembros superiores; y entre las mucosas, la más afectada es la nasal (1). El período de incubación tiene amplia variación; habitualmente de dos semanas a dos meses. La enfermedad suele comenzar como una pequeña pápula que crece y luego se ulcera. La úlcera es de bordes levantados e infiltrados, con un fondo granulomatoso (3). Tálamo (4) describió una úlcera redondeada cuyo tamaño no es mayor de una moneda de dos bolívares, de borde edematizado e indurado, color rojo pálido, generalmente con una costra amarillenta, bien adherida pero removible, bajo la cual se ve un fondo granuloso, asalmonado, poco doloroso y fácilmente sangrante. Puede haber miasis asociadas, así como infecciones bacterianas, principalmente estafilocócicas. A veces no se forma la úlcera, sino que la lesión es nodular, vegetante o verrugosa. Hay formas diseminadas con nódulos múltiples. La cicatriz es indeleble, de aspecto nacarado y consistencia apergamizada. Para algunos, permite un diagnóstico retrospectivo (4).

La paciente aquí presentada tiene características propias de la infección por *Leishmania braziliensis*. Bonfante Garrido y col. han comparado las lesiones producidas por la especie *braziliensis*, con la *venezuelensis* (6). La primera se caracteriza por formas ulcerosas que miden generalmente más de 20 mm de diámetro, de lento crecimiento (5 a 12 semanas), localizadas, con pocos parásitos y respuesta terapéutica rápida (4 a 6 semanas). La *Venezuelensis* se expresa en úlceras más pequeñas, diámetro menor de 20 mm, de crecimiento rápido (2 a 4 semanas), con abundantes parásitos, o formas seudotumorales y diseminadas, y respuesta lenta a los fármacos (7 a 12 semanas).

Es importante que el ginecólogo venezolano esté en conocimiento de esta enfermedad. La forma ulcerosa, la más común, debe ser tomada en consideración al plantearse el diagnóstico diferencial de algunas afecciones de la vulva.

REFERENCIAS

1. Méndez Romero H, Tarazona de Soto S. Leishmaniasis tegumentaria americana. Aspectos clínicos y diagnósticos. *Kasmera* 1982;10:35-56.
2. Méndez Romero H. Estudio epidemiológico de la leishmaniasis tegumentaria americana en la región carbonífera de "El Guasare", Estado Zulia, Venezuela. *Kasmera* 1982;10:1-34.
3. Villalobos GJ, Torres RA, Vargas de Caminos N, Flores de Durán T, Anciani ID. Leishmaniasis tegumentaria americana: aspectos clínicos, parasitológicos e inmunoalérgicos en Zipayare, Estado Zulia, Venezuela. *Kasmera* 1987;15:147-165.
4. Tálamo S. Leishmaniasis tegumentaria en el Estado Trujillo. *Rev Soc Méd Trujillo* 1946;2(6):272-280.
5. Medina R. Leishmaniasis genital. *Dermatol Venez* 1964;4:52-55.
6. Bonfante Garrido R, Meléndez E, Barroeta S, Mejía de Alejos MA, Momen H, Cupolillo E, et al. Cutáneos leishmaniasis in western Venezuela cause by infection with *Leishmania Venezuelensis* and *Leishmania Brasiliensis* variants. *Trans R Soc Trop Dis Hyg* 1992;86:141-148.
7. Scorza JV, Medina R, Pérez H, Hernández AG. Leishmaniasis in Venezuela. En: Chang KP, Blay RS, editores. *Leishmaniasis in Venezuela*. Vol 1. Amsterdam: Elsevier; .p.283-296.
8. Scorza JV, Rezzano S, Márquez JC. *Didelphis Marsupialis*, reservorio primario de *Leishmania* spp. en la ciudad de Trujillo, Venezuela. *Bol Div Malariol San Amb* 1986;26:1-5.
9. Márquez M, Scorza JV. Dinámica poblacional de *Lutzomyia Townsendi* (Ortiz, 1959) (Díptera: Psychodidae) y su paridad en Trujillo, Venezuela. *Bol Div Malariol San Amb* 1984;24:8-20.
10. Leishmaniasis cutánea. Cartilla técnica N° 1, Publicaciones del Centro José W Torrealba. ULA-NURR. Trujillo, 1994.
11. Bonfante Garrido R, Barroeta S, Mejía de Alejos MA, Meléndez E, Arredondo C, Urdaneta R, et al. Urban cutaneous leishmaniasis in Barquisimeto, Venezuela. *Bull Pan Am Health Organ* 1987;21:149-155.