

Leishmaniasis vulvar en niña de veinte meses

Drs. Francisco Llavaneras Torres, Rafael Molina Vílchez

Hospital Manuel Noriega Trigo. Instituto Venezolano del Seguro Social

RESUMEN: El propósito de esta comunicación es reportar el caso de una niña de 20 meses de edad con leishmaniasis de la vulva. La paciente procedía de la zona de San Lázaro, Trujillo, endémica para esta antropozoonosis. Muy pocas publicaciones sobre enfermedad vulvar por Leishmania existen en la literatura médica mundial.

Palabras clave: Leishmaniasis. Úlceras genitales. Vulva.

SUMMARY: The purpose of this paper is to place on record the case of a twenty months old girl with vulvar leishmaniasis. The patient was living in San Lazaro, Trujillo, endemic area for this anthroozoonosis. Very few publications on Leishmania vulvar disease exist in the world medical literature.

Key words: Leishmaniasis. Genital ulcers. Vulva.

INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis es un problema sanitario distribuido por amplias zonas del planeta. La Organización Mundial de la Salud estima una incidencia anual de 400 000 casos nuevos, con prevalencia de 12 000 000 (1), aunque se afirma que estas cifras están actualmente superadas (2). La tendencia internacional es hacia el aumento, por la continua deforestación y los viajes a lugares de endemia-enzootia.

Está diseminada por toda la América meridional, con excepción de Chile (1), y se ha diagnosticado en toda la geografía venezolana, menos en la neoespartana.

De los 400 000 casos arriba citados, más de 4 000 son venezolanos, sobre todo de localidades rurales (3). Para 1992 se calculó una tasa de 12 casos por cada 100 000 habitantes. Las entidades federales

que encabezan el orden de frecuencia son Lara y Trujillo, con casi 40 por 100 000, seguidas por Mérida y Táchira. El grupo etario más afectado es el de 10 a 19 años, con 21,2%, y en segundo lugar el de menos de 10, con 20,3%. El 59,6% de los casos corresponde al sexo masculino, con un riesgo de 1,48 respecto al femenino (1).

La leishmaniasis tegumentaria (LT) se caracteriza por lesiones ubicadas en las zonas expuestas del cuerpo. La localización genital de la antropozoonosis es rarísima. En 1998, hemos reportado en esta misma revista una ulceración leishmaniásica de la vulva, en una paciente del Estado Trujillo: la primera del país y, aparentemente, una de las primeras del mundo (4). El propósito de esta comunicación es dar a conocer una observación parecida, en una niña de la misma procedencia trujillana.

Presentación del caso

Paciente de 20 meses de edad, nacida en la ciudad de Trujillo y residenciada en el Municipio San Lázaro, zona agrícola cafetalera y endémica para

Recibido: 11-05-99

Aceptado para publicación: 16-08-00

leishmaniasis, que fue llevada a consulta por presentar lesión ulcerada en los genitales externos, de aproximadamente un mes de evolución, después de haberse iniciado con una pequeña pápula. Tenía varios antecedentes familiares de LT. La niña aparentaba buen estado de salud general, con el desarrollo pondoestatural normal para su edad. Se apreció lesión ovoide, de unos 3 cm de diámetro mayor, ubicada en la parte superior de la cara interna del labio mayor izquierdo, ulcerada, de bordes levantados, fondo rojizo y granuloso, con escasa secreción blanquecina. La piel vecina estaba algo eritematosa e indurada (Figura 1). No se palparon adenopatías satélites. El frotis, tomado por escarificación y teñido con la técnica de Giemsa, fue positivo para *Leishmania*. El PPD fue negativo.

Fue sometida a inmunoterapia, siguiendo esquema de Convit y col. (5,6), con una combinación de promastigotes de *L. Mexicana Amazonensis* muerta por el calor, con bacilos viables de Calmette y Guérin. Se declaró curada después de varios meses de tratamiento, con asistencia irregular a las citas necesarias para cumplir éste. Dos años más tarde tuvo lesión en región glútea, que se trató con antimonio de glucamina y, luego de otros tres, padeció de una úlcera en el dorso del pie derecho.



Figura 1. Lesión ovoide en parte superior de cara interna del labio mayor izquierdo.

DISCUSIÓN

Las leishmanias penetran en el organismo humano a través de la picadura de un insecto. Las formas flageladas, los promastigotes extracelulares, pasan al hospedante gracias al vector y completan su ciclo biológico al ser captadas por los macrófagos, haciéndose amastigotes, intracelulares obligadas (2). Las variaciones en la forma de presentación clínica del espectro patológico, dependen de la especie del parásito y de la inmunidad mediada por células del paciente. Convit ha hecho una comparación de los aspectos clínicos e inmunológicos de esta enfermedad con los de la lepra (7), y de otras infecciones causadas por microorganismos intracelulares, obligados o facultativos. Este investigador clasifica las manifestaciones clínicas en tres grandes grupos: formas localizadas, diseminadas e intermedias, basándose en el tipo de lesiones, cantidad de amastigotes, respuesta inmunocelular, producción de interferón-gamma y evolución con el tratamiento.

La presentación más común de la enfermedad es la úlcera, redondeada u ovoide, con bordes levantados y superficie plana, poca secreción en el fondo y piel circundante de aspecto sano. No son frecuentes las linfangitis y las adenopatías satélites. Pifano mencionado por Rondón (8) ha descrito una forma esporotricoides, con nódulos y pápulas asociados a linfangitis, una cromomicoide y otra furunculoide. Borelli destaca la forma verrugosa, e Ysmail-Dahlouk y col. una parecida al lupus discoide (9). La histopatología muestra ulceraciones necróticas o purulentas, hiper y paraqueratosis, acantosis, hiperplasia pseudocarcinomatosa o atrofia, con infiltrado celular dérmico, predominantemente de macrófagos, aunque también de plasmocitos, linfocitos, multinucleares gigantes, de tipo Langhans o de cuerpo extraño (2,10). Las leishmanias intracelulares, englobadas en los macrófagos, se aprecian más en la parte más exterior de la úlcera, cerca del borde, sitio donde se aconseja biopsiar, incluyendo tejido lesional y de la piel circundante.

Las lesiones de LT aparecen en las partes de piel y mucosas expuestas a la picadura del insecto vector, del género *Lutzomya*, varias de cuyas especies han sido bien estudiadas en Trujillo (11). Como es de esperar, son mucho más frecuentes en la piel expuesta, pero cualquier área parece vulnerable. Los genitales externos, habitualmente cubiertos, son una zona donde asienta la enfermedad sólo en ocasiones excepcionales. Aún en territorios donde

la enfermedad es fuertemente endémico-enzootica, como ciertos sitios de Venezuela, la frecuencia de esta ubicación es estadísticamente despreciable. La que más se ha encontrado es la lesión de pene (2,12,13), sobre la cual, nacionalmente, la primera presentación clínica fue la de Tálamo (12). Las observaciones de enfermedad vulvar son muchísimo más escasas.

Blickstein y col. (14), en 1993 reportan el caso de una mujer de 45 años, que durante los últimos 10 años había permanecido en una zona urbana de Israel. Según ellos, ese es el primer caso de la literatura médica mundial. Llavarenas y col. (4) han dado a conocer, a posteriori, una observación hecha en una mujer joven de Pampám, Trujillo. La LT vulvar ni siquiera se menciona en la mayoría de libros.

Hemos podido encontrar referencias a ella, sólo en el texto de Hewitt y col.: "Enfermedades de la vulva", donde, al tratar de "parasitosis tropicales excepcionales", aparece citada, junto a la equinococosis y la oncocercosis, añadiéndose que puede ser transmitida por contacto sexual (15).

La gran rareza de esta afección nos ha motivado a presentar este segundo caso venezolano, de la misma región anterior, una de las más azotadas por esta parasitosis y, particularmente llamativa por ocurrir en una niña de apenas 20 meses.

En zonas de endemia, la LT genital puede verse, sobre todo en pene, pero no debe subestimarse la posibilidad de enfermedad vulvar.

REFERENCIAS

1. D'Suze C, García C. Epidemiología de la leishmaniasis. *Dermatol Venez* 1993;31(Supl 2):4-11.
2. Cain C, Seabury Stone M, Trieberg M, Wilson ME. Non healing genital ulcers. *Arch Dermatol* 1994;130:1311-1316.
3. Convit J, Rondón A, Wrich M, Bloom B, Castellano PL, Pinaridi M, et al. Immunotherapy versus chemotherapy in localized cutaneous leishmaniasis. *Lancet* 1987;1:401-405.
4. Llavarenas Torres F, Villegas E, Velásquez N, Molina Vílchez R. Úlcera leishmaniásica de la vulva. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1998;58(3):201-203.
5. Convit J, Castellanos PL, Ulrich M, Castés M, Rondón A, Pinaridi ME, et al. Immunotherapy of localized, intermediate and diffuse forms of American cutaneous leishmaniasis. *J Infect Dis* 1989;160(1):104-115.
6. Convit J, De Lima H, Díaz D, Quiroga R, García B. Normas, pautas y procedimientos para la aplicación del tratamiento inmunoterápico de la leishmaniasis cutánea localizada. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Instituto de Biomedicina. Caracas, 1995.
7. Convit J. Leprosy and leishmaniasis. Similar clinical-immunological-pathological models. *Ethiop Med J* 1974;12:187-195.
8. Rondón Lugo AJ. Leishmaniasis tegumentaria americana. *Clín Dermatol Venez* 1993;31(2):12-17.
9. Ysmail-Dahlouk M, Amar-Khodja A, Ysmail-Dalouk S, Ait-Belkacem F. Lupoid leishmaniasis. *Ann Dermatol Venereol* 1994;121(2):103-106.
10. Reyes Flores O. Histopatología de la leishmaniasis. *Dermatol Venez* 1993;31(2):22-23.
11. 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.
12. Tálamo S. Leishmaniasis tegumentaria en el Estado Trujillo. *Rev Soc Méd Trujillo*. 1946;2(6):272-280.
13. Schubach A, Cuzzi-Maya T, Goncalvez-Costa SC, Pirmez C, Oliveira-Neto MP. Leishmaniasis of glans penis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1998;10(3):226-228.
14. Blichstein J, Dgani R, Lifschitz-Mercer B. Cutaneous leishmaniasis of the vulva. *Int J Gynecol Obstet* 1993;42:46-47.
15. Hewitt J, Pelisse M, Paniel B. Enfermedades de la vulva. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1989.p.29-61.