

Leishmaniasis cutánea: principales diagnósticos diferenciales

MARÍA EUGENIA ORTEGA-MORENO¹, GUILLERMO ALEXANDER TERÁN-ÁNGEL², MARÍA MERCEDES HERNÁNDEZ³,
DORIS BELIZARIO¹, WILMEN GALINDO¹, JOSÉ RAMÓN GUEVARA⁴

Resumen:

La leishmaniasis cutánea (LC) es una enfermedad parasitaria que se asemeja a ciertas lesiones dermatológicas debido a su amplio espectro de manifestaciones clínicas y por ello su diagnóstico podría representar un reto para los médicos. Durante el periodo 2000-2018 se atendieron un total de 610 pacientes los cuales fueron referidos a la consulta de leishmaniasis del Instituto de Biomedicina "Dr. Jacinto Convit" con diagnóstico presuntivo de leishmaniasis cutánea. Luego de corroborar la clínica, epidemiología y los aspectos inmunológicos y parasitológicos, se pudo constatar que el 73,5% de los casos correspondían a úlceras de etiología variable que estaban presentes principalmente en el sexo femenino (74,7%). Encontramos que patologías como piodermatitis, carcinomas espinocelular (CEC) y basocelular (CBC), celulitis, linfomas, foliculitis y eccema numular son patologías con las cuales se suelen confundir las lesiones de LC. Miranda, Vargas y Distrito Capital son las entidades federales de donde provenían el mayor porcentaje de casos (73,8%) con diagnóstico presuntivo de LC. La ocupación más reportada fue la de estudiantes (13,3%). Los miembros inferiores fueron la ubicación anatómica donde se registraron el mayor número de lesiones (52%), con lesiones únicas en el 86,2%. Los establecimientos de salud que mayor número de casos sugestivos de leishmaniasis refieren son los de atención primaria en salud constituidos por ambulatorios/ distritos sanitarios (25,6%) y en el área privada por los médicos dermatólogos (10%).

Palabras clave: leishmaniasis, diagnóstico diferencial, úlceras, enfermedades dermatológicas.

Cutaneous leishmaniasis: main differential diagnoses

Summary.

Cutaneous leishmaniasis (LC) is a parasitic disease that resembles certain dermatological lesions due to its wide spectrum of clinical manifestations and therefore its diagnosis could represent a challenge for physicians. During the period 2000-2018, a total of 610 patients were treated, who were referred to the consultation of leishmaniasis of the Institute of Biomedicine "Dr. Jacinto Convit" with presumptive diagnosis of cutaneous leishmaniasis. After corroborating the clinical, epidemiological and immunological and parasitological aspects, it was found that 73.5% of the cases corresponded to ulcers of variable etiology that were present mainly in the female sex (74.7%). We found that pathologies such as pyoderma, squamous cell carcinoma (SCC) and basal cell carcinoma (BCC), cellulitis, lymphomas, folliculitis and nummular eczema are pathologies with which LC lesions are usually confused. Miranda, Vargas and Distrito Capital are the federal entities from

1. Licenciado en Inspección en Salud Pública. Sección de Leishmaniasis. Instituto de Biomedicina Dr. Jacinto Convit. Caracas-Venezuela
2. MSc. en Inmunología. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida-Venezuela
3. Médico Dermatólogo. Instituto de Biomedicina Dr. Jacinto Convit. Caracas- Venezuela
4. Médico epidemiólogo, coordinador del programa control de Leishmaniasis. Instituto de Biomedicina Dr. Jacinto Convit. Caracas- Venezuela

Autor para Correspondencia:
María Eugenia Ortega-Moreno
m.a.r.u.26@gmail.com

which the highest percentage of cases (73.8%) they came with presumptive LC diagnosis. The most reported occupation was that of students (13.3%). The lower limbs were the anatomical location where the greatest number of injuries were recorded (52%), with unique lesions in 86.2%. The health establishments that refer the largest number of cases suggestive of leishmaniasis are those of primary health care constituted by outpatient clinics / health districts (25.6%) and in the private area by dermatologists (10%).

Key words: leishmaniasis, differential diagnosis, ulcers, dermatological diseases.

Introducción

La Leishmaniasis cutánea es una enfermedad infecciosa que afecta al hombre, producida por un parásito intracelular de la familia *Trypanosomatidae* del género *Leishmania*, siendo una de las enfermedades parasitarias más frecuentes a nivel mundial, donde más de 350 millones de personas están expuestas a contraer la enfermedad, y con una incidencia global de aproximadamente 0,6 – 1 millón de casos nuevos^{1,2}. En Venezuela sigue siendo un problema de salud pública por la incidencia a nivel nacional, presentándose para el año 2018 un total de 2.632 casos, con una tasa de 8,3 por cada 10.000 habitantes³. Se ha demostrado que las principales formas de *Leishmania* implicadas en la producción de leishmaniasis en el país son *L. braziliensis* y *L. mexicana*⁴, presentando un espectro clínico e inmunológico variable, siendo la Leishmaniasis Cutánea Localizada (LCL) la forma más común, con un 98% de los casos, seguido por la Leishmaniasis Cutánea Mucosa (LCM) con 1 %, la Leishmaniasis Cutánea Intermedia (LCI) con 0,7%, Leishmaniasis Cutánea Difusa (LCD) con 0,2% y 0,1% la Leishmaniasis Diseminada (LD)⁵.

El diagnóstico definitivo de la leishmaniasis cutánea se realiza a través de la demostración del agente etiológico, el cual puede evidenciarse en muestras de frotis obtenidas de las lesiones, en cortes histopatológicos o en medios de cultivos, y a pesar de que la leishmaniasis presenta claras características clínicas y epidemiológicas, comúnmente esta suele confundirse con un grupo de enfermedades infecciosas y tumorales, por lo que el estudio de estas características es de suma importancia para la identificación y diferenciación de la leishmaniasis de otras entidades clínicas⁶. En este trabajo se hace una revisión de las patologías que con mayor frecuencia suelen confundir con esta entidad parasitológica y con las que han sido referidos los pacientes a la consulta de leishmaniasis del Instituto de Biomedicina Dr. Jacinto Convit (IBJC) durante el periodo comprendido entre enero de 2000 a diciembre de 2018.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, desde enero de 2000 hasta diciembre de 2018, donde se revisaron 3.061 historias clínicas de los pacientes que acudieron a la consulta de leishmaniasis del Instituto de Biomedicina "Dr. Jacinto Convit" que fueron referidos de diferentes centros de salud con un diagnóstico presuntivo de leishmaniasis cutánea.

Los datos recolectados de las historias clínicas fueron los siguientes: datos demográficos: edad, sexo procedencia y oficio; datos clínicos: ubicación de las lesiones, número de lesiones, diagnóstico clínico presuntivo por el cual es remitido a nuestro servicio y datos del lugar de referencia, establecimiento de salud público o privado. Los datos fueron tratados con la debida confidencialidad.

El análisis estuvo delimitado a la descripción de las características demográficas y clínicas de la muestra estudiada. Los datos cualitativos se presentaron con frecuencias absolutas y relativas (en porcentajes). Los análisis estadísticos se realizaron con los programas SPSS versión 21 (IBM Corporation, New York, US), Excel 2010 (Microsoft Corporation, Redmond, US) y GraphPad Prism versión 5 (GraphPad Software Inc, La Jolla, USA).

Resultados

Durante el período comprendido entre enero de 2000 a diciembre de 2018, se analizaron un total de 3.061 historias de pacientes provenientes de distintas partes del territorio nacional que acudieron a la consulta de leishmaniasis del Instituto de Biomedicina Dr. Jacinto Convit (IBJC) referidos con un diagnóstico presuntivo de leishmaniasis cutánea (LC) por diferentes establecimientos de salud tanto públicos como privados; del total de casos vistos, 2.451 pacientes correspondieron a casos de leishmaniasis cutánea (LC) en sus distintas presentaciones clínicas (LCL, LCI, LCM,LD,LCD), mientras que 610 casos que fueron referidos como leishmaniasis cutánea correspondieron a otras patologías, representando el 20% del total de los pacientes. (Figura 1).

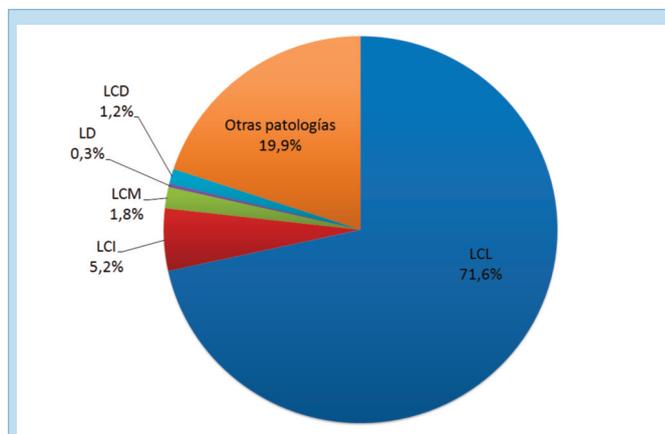


Figura 1. Porcentaje del total de casos referidos con diagnóstico presuntivo de leishmaniasis cutánea. Instituto de Biomedicina Dr. Jacinto Convit. Enero 2000 - Diciembre 2018.

De los 610 casos que resultaron con otras patologías no leishmaniasis, 322 (52,8%) correspondían al sexo femenino y 288 (47,2%) al sexo masculino. Las edades estuvieron comprendidas entre los 2 meses a 96 años de edad con una media de 42 años.

Entre las principales patologías encontradas en los pacientes que fueron referidos como leishmaniasis cutánea se encontraron lesiones ulceradas en un 73,5%, las cuales fueron de diversa etiología: úlceras crónicas (24,9%), ulceraciones de etiología infecciosa (14,3%), de tipo vascular (12,6%), granulomas por agente vivo (GAV) no leishmaniasis (6,9%), úlceras posteriores a abscesos (6,1%), esporotricosis (4,4%) y úlceras de origen traumático (4,3%). La piodermitis (5,3%), los carcinomas espinocelulares (CEC) (2,3%) y basocelulares (CBC) (2,1%) y las celulitis (2,0%) también se observaron en un número variable de casos, mientras que la tiña corporis (1,3%), los linfomas/pseudolinfomas, la foliculitis y el eccema numular (1,0%) son patologías que a pesar de no poseer características clínicas compatibles con leishmaniasis cutánea aparecen entre los quince principales diagnósticos por los cuales son referidos los pacientes como diagnóstico presuntivo de LC. (Tabla 1, Figura 2).

En menor porcentaje otras patologías frecuentes observadas en los pacientes referidos a la consulta del SAIBJC como LC están asociadas a otros agentes, como las infecciones por micobacterias tuberculosas y atípicas, micosis sistémicas o profundas, infecciones virales, tumores benignos, enfermedades autoinmunitarias, enfermedades bacterianas, entre otras. (Tabla 2, figura 3).

Tabla 1. Primeras patologías encontradas en los pacientes referidos con diagnóstico presuntivo de leishmaniasis cutánea. Instituto de Biomedicina Dr. Jacinto Convit.

Posición	Diagnóstico	Casos	%
1	Úlcera crónica	152	24,9
2	Úlcera infecciosa	87	14,3
3	Úlcera vascular	77	12,6
4	Granuloma por agente vivo	42	6,9
5	Úlcera post absceso	37	6,1
6	Piodermitis	32	5,3
7	Esporotricosis	27	4,4
8	Úlcera traumática	26	4,3
9	Carcinoma espinocelular	14	2,3
10	Carcinoma basocelular	13	2,1
11	Celulitis	12	2,0
12	Tiña corporis	8	1,3
13	Otras:		
	Linfoma cutáneo/pseudolinfoma	6	1,0
	Foliculitis	6	1,0
	Eccema numular	6	1,0

Fuente: Servicio de dermatología, Instituto de Biomedicina Dr. Jacinto Convit.

Tabla 2. Otras patologías en los pacientes referidos con diagnóstico presuntivo de leishmaniasis cutánea. Instituto de Biomedicina Dr. Jacinto Convit Enero 2000 - Diciembre 2018.

Diagnóstico	Casos	%
Liquen simple/hipertrófico crónico	5	0,8
Tuberculosis Cutánea	4	0,7
Prúrigo	4	0,7
Queratoacantoma	3	0,5
Paracoccidiomicosis	3	0,5
Infección por <i>Mycobacterium marinum</i>	3	0,5
Angioma/Hemangioma	2	0,3
Úlcera de Marjolin	2	0,3
Rosácea granulomatosa	2	0,3
Miasis	2	0,3
Lupus eritematoso cutáneo crónico (LECC)	2	0,3
Enfermedad de Hansen	2	0,3
Granuloma Telangiectásico	2	0,3
Granuloma anular	2	0,3
Fibrosis	2	0,3
Dermatitis nodular granulomatosa	2	0,3
Condritis / condrodermatitis del Hélix	2	0,3
Verruga vulgar (infección por VPH)	1	0,2
Úlcera cigomática	1	0,2
Sarcoidosis	1	0,2
Pioderma gangrenoso	1	0,2
Paniculitis interlobulillar	1	0,2
Infección por micobacteria no tuberculosa	1	0,2
Lupus eritematoso sistémico (LES)	1	0,2
LUES (sífilis)	1	0,2
Infección por <i>scopulariopsis brevicaulis</i>	1	0,2
Infección por <i>Morganella morganii</i>	1	0,2
Hiperplasia epitelial reactiva	1	0,2
Granuloma a cuerpo extraño	1	0,2
Escabiosis	1	0,2
Erisipela ampollar	1	0,2
Dermatitis intersticial superficial eosinofílica (ostiomelitis)	1	0,2
Dermatitis de contacto	1	0,2
Cromomicosis	1	0,2
Calcinosis cutis	1	0,2
No específica	3	0,5
Total	610	100,0



Figura 2. A-B: Úlceras crónicas; C: Úlcera varicosa; D-E: Granuloma por agente vivo no leishmaniasis; F: Úlcera post- absceso; G-H: Esporotricosis; I-J: Carcinoma espinocelular CEC; K: Carcinoma basocelular CBC; L: Celulitis abscedada.



Figura 3. A: Tuberculosis cutánea; B: Infección por Mycobacterium marinum; C: Pioderma gangrenoso; D: Cromomicosis.

En cuanto a la frecuencia de casos para cada patología se observó que para las primeras enfermedades por las que son referidos los pacientes como diagnóstico presuntivo de LC, las úlceras crónicas se observaron en mayor porcentaje en el sexo masculino en un 26% con respecto al femenino (23,9%), mientras que las úlceras infecciosas y vasculares predominaron más en las mujeres en un 14,9% y 18% con respecto al género masculino (13,5% y 6,6%). También se observó un mayor porcentaje en el género femenino para las úlceras post-abscesos e infecciones de la piel por piodermitis, celulitis, tiña corporis, foliculitis y eccema numular. Los granulomas por agente vivo no leishmaniasis, la esporotricosis, las úlceras por traumatismo, los carcinomas tanto espinocelulares como basocelulares y los linfomas cutáneos se observaron en mayor porcentaje en el sexo masculino (Figura 4).

En relación al lugar de procedencia de los casos con diagnóstico presuntivo de LC observamos en la tabla 3 que se presentaron en 21 estados de los 24 que conforman el país, los tres principales fueron Miranda (29,2%), Vargas (25,6%) y Distrito Capital (19,0%).

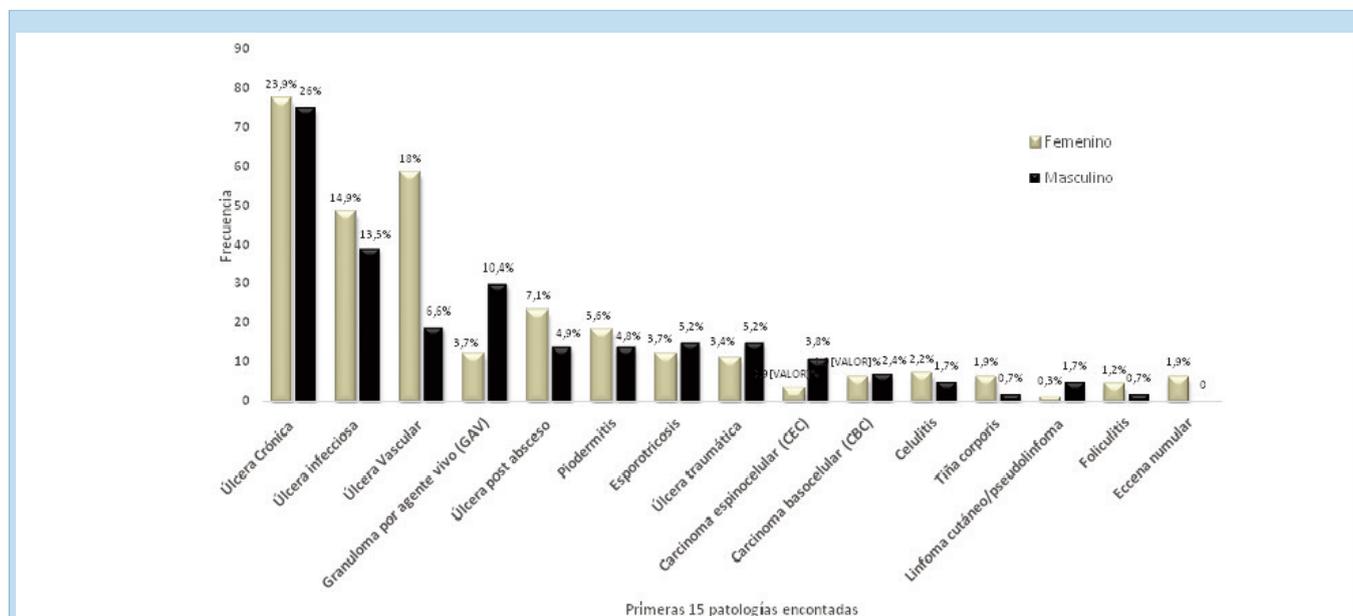


Figura 4. Frecuencia y porcentaje según sexo de las primeras 15 patologías encontradas en los pacientes referidos con diagnóstico presuntivo de leishmaniasis cutánea. Instituto de Biomedicina Dr. Jacinto Convit. Enero 2000 - Diciembre 2018.

Tabla 3. Lugar de procedencia de los pacientes referidos con diagnóstico presuntivo de leishmaniasis cutánea. Instituto de Biomedicina Dr. Jacinto Convit Enero 2000 - Diciembre 2018.

Estado	Frecuencia	Porcentaje
Miranda	178	29,2
Vargas	156	25,6
Distrito Capital	116	19,0
Aragua	15	2,5
Bolívar	6	1,0
Carabobo	5	0,8
Táchira	5	0,8
Sucre	4	0,7
Delta Amacuro	3	0,5
Guárico	3	0,5
Portuguesa	3	0,5
Yaracuy	3	0,5
Barinas	2	0,3
Falcón	2	0,3
Mérida	2	0,3
Monagas	2	0,3
Trujillo	2	0,3
Zulia	2	0,3
Cojedes	1	0,2
Lara	1	0,2
Nueva Esparta	1	0,2
No reportado	98	16,0
Total	610	100

Fuente: Servicio de dermatología, Instituto de Biomedicina Dr. Jacinto Convit.

La ocupación predominante en los pacientes fue la de estudiantes con un 13,3% seguido de adultos mayores con un 11,6%, personas con oficio del hogar con 11,3%, servicios y obreros con 10,3% y 9,8% respectivamente. (Tabla 4)

Tabla 4. Ocupación de los pacientes referidos con diagnóstico presuntivo de leishmaniasis cutánea. Instituto de Biomedicina Dr. Jacinto Convit Enero 2000 - Diciembre 2018.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	81	13,3
Adulto Mayor	71	11,6
Del Hogar	69	11,3
Servicios	63	10,3
Obrero	60	9,8
Profesional	42	6,9
Niño	35	5,7
Comerciante	12	1,9
Infante	11	1,8
Agricultor	9	1,5
Jubilado	9	1,5
Otro	3	0,6
No reportado	145	23,8
Total	610	100

Fuente: Servicio de dermatología, Instituto de Biomedicina Dr. Jacinto Convit.

Según la ubicación de las lesiones de los pacientes, el mayor porcentaje estuvo constituido por aquellos que presentaron lesiones en el miembro inferior izquierdo (27,4%), seguido por lesiones en el miembro inferior derecho (24,6%), miembro superior derecho e izquierdo en tercer y cuarto lugar respectivamente (8,9% y 6,7%) y en quinto lugar lesiones en cara

(4,6%). En cuanto al número la presentación de una lesión única se observó en más del 80% de los casos. (Tabla 5).

Tabla 5. Ubicación y número de lesiones de los pacientes referidos con diagnóstico presuntivo de leishmaniasis cutánea. Instituto de Biomedicina Dr. Jacinto Convit Enero 2000 - Diciembre 2018.

Ubicación de las lesiones	Frecuencia	Porcentaje
Miembro inferior izquierdo	167	27,4
Miembro inferior derecho	150	24,6
Miembro superior derecho	54	8,9
Miembro superior izquierdo	41	6,7
Cara	28	4,6
Pie derecho	24	3,9
Miembro inferior derecho e izquierdo	22	3,6
Pie izquierdo	22	3,6
Nariz	14	2,3
Pabellón auricular	11	1,8
Tronco anterior	11	1,8
Cuello	10	1,6
Mano izquierda	10	1,6
Tronco posterior	10	1,6
Glúteos	8	1,3
Mano derecha	8	1,3
Abdomen	7	1,1
Miembro superior derecho e izquierdo	4	0,7
Cuero cabelludo	2	0,3
Párpado	2	0,3
Generalizadas	1	0,2
Mama	1	0,2
Mucosa nasal	1	0,2
Pie derecho e izquierdo	1	0,2
Pene	1	0,2
Total	610	100,0

Número de lesiones	Frecuencia	Porcentaje
1	526	86,2
2	45	7,4
3	18	3,0
4	6	1,0
5	5	0,8
más 5	10	1,6
Total	610	100,0

Fuente: Servicio de dermatología, Instituto de Biomedicina Dr. Jacinto Convit.

Con respecto a los establecimientos de salud de donde son referidos los pacientes con diagnóstico presuntivo de leishmaniasis cutánea, observamos que el 59,5% de los casos provenían de centros de salud públicos, de diferentes especialidades médicas, mientras que solo un 17,7% provenían de médicos privados. (Tabla 6).

Tabla 6. Tipo de establecimiento de salud de los pacientes referidos con diagnóstico presuntivo de leishmaniasis cutánea. Instituto de Biomedicina Dr. Jacinto Convit Enero 2000 - Diciembre 2018.

Establecimiento de salud público	Frecuencia	Porcentaje
Ambulatorio /distrito sanitario	156	25,6
Hospital servicio de dermatología	58	9,5
Seguro Social/IPASME	29	4,7
Hospital servicio de medicina interna	25	4,1
Servicio Regional de Dermatología Sanitaria	24	4,0
Centro de Diagnóstico Integral (CDI)	19	3,1
Hospital servicio de cirugía	15	2,5
Hospital servicio de pediatría	7	1,1
Servicio Médico de institución pública	6	0,9
Hospital servicio de infectología	4	0,7
Medicina Tropical	4	0,7
Paciente cuenta propia	4	0,7
Hospital servicio de Medicina General	5	0,8
Hospital servicio de cardiología	2	0,3
Cruz Roja	1	0,2
Hospital servicio de traumatología	1	0,2
Médico rural	1	0,2
Servicio municipal de salud epidemiología	1	0,2
Total establecimientos públicos	362	59,5
Establecimiento de salud privado	Frecuencia	Porcentaje
Dermatólogo	61	10
Médico internista	14	2,3
Médico Cirujano	9	1,5
Médico Ocupacional	8	1,3
Médico Cardiólogo	6	0,9
Médico General	3	0,4
Médico Ginecólogo	2	0,3
Servicio médico de empresa privada	2	0,3
Microbiólogo	1	0,2
Rescarven	1	0,2
Médico traumatólogo	1	0,2
Total establecimientos privados	108	17,6
No reportado	140	22,9
Total General	610	100

Fuente: Servicio de dermatología, Instituto de Biomedicina Dr. Jacinto Convit.

Discusión

La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria cuyas manifestaciones clínicas pueden abarcar un espectro clínico variable el cual incluye lesiones ulceradas (LCL), verrugosas (LCI), nodulares (LCD), acneiformes (LD) hasta perforaciones y destrucción del tabique y la mucosa nasal (LCM)⁷⁻¹⁰, estas manifestaciones clínicas comúnmente pueden ser confundidas con una gran variedad de enfermedades dermatológicas frecuentes que abarcan desde úlceras crónicas, infecciones

bacterianas y fúngicas, lesiones tumorales, entre otras. Desde el año 2000 hasta el 2018 se atendieron un total de 3.061 pacientes en la consulta de leishmaniasis del SAIB provenientes de diferentes centros de salud, tanto públicos como privados, de distintos estados de Venezuela, quienes fueron referidos con un diagnóstico presuntivo de leishmaniasis cutánea, en la mayoría de los casos debido únicamente a las manifestaciones clínicas. De estos pacientes atendidos, después de correlacionar la clínica y realizar las pruebas pertinentes para el descarte de leishmaniasis cutánea (toma de frotis de las lesiones para la visualización del parásito, toma de biopsias y la aplicación de la prueba de inmunidad retardada - leishmanina), se pudo evidenciar los errores en el diagnóstico presuntivo, pudiéndose constatar que el 61,9% de los pacientes presentaban lesiones ulceradas de distintas etiologías (crónicas, infecciosas, varicosas, post abscesos, traumáticas), que a diferencia de las úlceras leishmánicas se caracterizan por ser lesiones abiertas, con centro purulento, fondo limpio y de bordes planos que delimitan el área de la lesión¹¹, lo cual contrasta con las úlceras provocadas por parásitos de leishmania ya que estas tienen un fondo granulomatoso, sin o con poca secreción purulenta, centro excavado con bordes elevados acompañada de un centro costroso^{12,13}. Entre las principales úlceras crónicas, no varicosas ni infecciosas, se encuentran las úlceras por trastornos inmunológicos, metabólicos, hematológicos o aquellas originadas por presión, que afectan a ambos sexos^{11,14-16}, durante el periodo estudiado las úlceras crónicas ocasionadas por trastornos inmunológicos y hematológicos fueron las más comunes y afectaron más al sexo masculino.

Las úlceras varicosas a su vez tienden a aparecer entre la mitad inferior de la pantorrilla y 3 cm por debajo del maléolo y suelen estar asociadas a factores como la edad (personas mayores principalmente) y obesidad, estas lesiones poseen contornos irregulares, se observan venas superficiales, hiperpigmentación de la piel, tornándose de un color rojo oscuro hasta marrón, eritema y descamación, con presencia de exudado melicérico-sanguinolento y con hinchazón, dolor y pesadez a nivel del tobillo^{17,18} a pesar que este tipo de lesiones puede afectar a ambos sexos, las úlceras varicosas son más frecuentes en mujeres que en hombres, debido a factores como el embarazo que puede influir en el desarrollo de insuficiencia venosa aumentando el riesgo de sufrir ulceraciones vasculares¹⁸⁻²⁰, propensión observada en los pacientes estudiados, esta diferencia entre sexos resultó ser estadísticamente significativa ($P=0,002$).

En algunos casos para el diagnóstico definitivo se realizaron biopsias de piel las cuales arrojaron la presencia de un granuloma por agente vivo, con prueba de leishmanina negativa, por lo cual

fueron referidos a dermatología clínica para profundizar en el estudio de la patología. En pacientes con biopsias que reportan un GAV es necesario ahondar en la epidemiología (lugar de infección), en la inmunología (prueba de leishmanina, serología para leishmania) para evitar dar falsos positivos de leishmaniasis, tomando en cuenta que existe una amplia gama de enfermedades cuya clínica es fácilmente confundible con esta enfermedad parasitaria. En nuestro estudio la infección por GAV fue más común en hombres (10,4%) que en mujeres (3,7%).

Entre las quince primeras patologías observadas con las que son confundidas las lesiones de LC, encontramos la piodermitis, la cual es una infección bacteriana que afecta la capa córnea de la piel, caracterizada por la aparición de ectima que surge posterior a una lesión previa, formándose una pústula que progresa a una úlcera necrótica, con mayor predominio en el sexo masculino, posiblemente debido a la mayor producción de sudor, sebo y factores hormonales^{21,22}; en nuestro estudio se observaron lesiones en ambos sexos con una incidencia mayor en mujeres que no fue estadísticamente significativa.

Otra de las patologías observadas con mayor frecuencia en la consulta de leishmaniasis es la esporotricosis que es una infección causada por el hongo dimórfico *Sporothrix schenckii*, cuyas características clínicas asemejan a las lesiones de LC, lesiones ulceradas con trayecto linfático es lo más común en estos casos (esporotricosis *in situ* y esporotricosis difusiva)^{23,24}. La epidemiología juega un papel fundamental en el diagnóstico diferencial de ambas patologías, ya que las zonas endémicas de leishmaniasis y de esporotricosis varían, por otra parte la ocupación es otra variable a considerar cuando se interroga al paciente, personas con ocupaciones como jardineros, aserraderos, floristas, albañiles, carpinteros tienen mayor probabilidad de infectarse con *Sporothrix schenckii*²⁵, mientras que ganaderos, agricultores, militares, cazadores, están expuestos a los vectores que transmiten la *leishmania spp*⁵. La esporotricosis por ser una enfermedad con riesgo ocupacional tiene mayor incidencia en el sexo masculino por ser estos quienes desempeñan actividades a las que se les atribuye mayor riesgo de infección²³⁻²⁵, como ocurre con los pacientes de nuestro estudio.

Las lesiones tumorales como los CEC, CBC, los pseudolinfomas y linfomas cutáneos pueden confundirse con la leishmaniasis cutánea localizada²⁶ por lo que son uno de los principales diagnósticos diferenciales sobre todo en los casos de lesiones en cara. En nuestro estudio los CEC estuvieron entre las quince primeras patologías con las que son confundidos los casos de leishmaniasis afectando mayormente al sexo masculino siendo estadísticamente significativo, tendencia reportada por otros

autores^{27,28} mientras que los CBC afectaron en similar proporción a ambos sexos. Estudios sugieren que los CBC están más relacionados a fototipos claros y a la exposición solar acumulada a lo largo de los años (infancia y adolescencia) lo que explica la aparición en ambos sexos, mientras que los CEC están relacionados a exposiciones solares crónicas y a riesgos ambientales debido a actividades laborales, por lo que esto puede justificar la mayor incidencia en el sexo masculino²⁹⁻³¹, como lo observado. Por su parte los pseudolinfomas que son proliferaciones linfocitarias cutáneas de naturaleza benigna y los linfomas cutáneos que son procesos linfoproliferativos malignos de linfocitos T ó B, predominaron en el sexo masculino con respecto al femenino, no se conoce con exactitud la incidencia, prevalencia ni distribución geográfica de estas patologías^{32,33}.

Las celulitis son infecciones de partes blandas producidas por diversos microorganismos, principalmente el *Staphylococcus aureus*, que debido a factores que pueden convertirse en puerta de entrada para estos agentes como heridas, infecciones de la piel y quemaduras, ocasiona la aparición de placas eritematosas, dolorosas, con sensación térmica, que en algunos casos puede abscedarse. Durante el periodo 2000-2018 se atendieron 12 pacientes que fueron referidos como LC a nuestro servicio con un diagnóstico definitivo de celulitis, observándose una incidencia mayor de esta patología en mujeres lo cual ha sido reportado por otros autores³⁴⁻³⁶.

Durante el periodo estudiado diferentes patologías dermatológicas han sido equivocadamente señaladas como lesiones de leishmaniasis, como la tiña corporis, la foliculitis y el eccema numular, entre muchas otras, por lo que la LC representa un conflicto diagnóstico como lo han mencionado varios autores^{6,26} por lo tanto el manejo de cualquier lesión similar deberá ser evaluada a profundidad para evitar posibles fallos terapéuticos.

De los estados de procedencia de los casos sospechosos de LC, el mayor porcentaje provenían de Miranda y Vargas, siendo dos estados endémicos para leishmaniasis, sin embargo al interpelarlos muchos pacientes indicaban zonas de estos estados donde no se han presentado casos de LC⁵, de igual forma un importante número de pacientes procedían del Distrito Capital y señalaban no haber concurrido a ninguna zona endémica de LC previo a la aparición de las lesiones, por lo que el interrogatorio epidemiológico es de suma importancia para orientar el descarte de los casos de leishmaniasis y establecer un diagnóstico acertado.

Ocupaciones como estudiantes, adultos mayores y mujeres con oficios del hogar presentaron el mayor porcentaje de los pacientes referidos, a diferencia de los casos de leishmaniasis que, a pesar que en la actualidad se ha domiciliado la enfermedad por el aumento de los asentamientos poblacionales en zonas endémicas, sigue teniendo importancia las ocupaciones relacionadas a la explotación agrícola, ganadera y minera que exponen a las personas a la picadura del vector transmisor de *leishmania spp*^{5,37}.

Más del 60% de los casos referidos presentaron lesiones en miembros inferiores (52%) y superiores (15,6%) siendo la localización común de presentación de las ulceraciones típicas de leishmaniasis^{38,39}, por ser áreas expuestas que facilitan la picadura de vectores, por lo que la ubicación anatómica puede ser fácilmente motivo de confusión para el diagnóstico diferencial con otras patologías, en especial las lesiones ulceradas de origen infeccioso, vascular o por traumatismo, por lo que el apoyo en los aspectos epidemiológicos y parasitológicos juegan un importante papel para el descarte de LC. El número de lesiones predominante en todos los casos observados fue de una lesión (86%) lo cual también ha sido reportado para los casos de LCL³⁸.

Los servicios de salud que refieren al mayor número de pacientes con diagnóstico presuntivo de leishmaniasis son establecimientos de salud públicos, siendo los principales los ambulatorios y distritos sanitarios (25,6%) seguido por los servicios de dermatología de diferentes hospitales (9,5%), siendo los primeros las infraestructuras de servicios gratuitos convencionales del Ministerio del Poder Popular para la Salud⁴⁰, por lo que los pacientes acuden en primera instancia, y debido a la carencia de personal de salud calificado en estos centros, son referidos a los servicios de dermatología de los hospitales, en los cuales muchas veces debido a la falta de experiencia en el manejo de enfermedades tropicales como la leishmaniasis y ante lesiones sugestivas de esta patología, suelen contra referir a los pacientes a nuestra consulta. En cuanto a los establecimientos de salud privados es de destacar que los principales lugares de referencia son médicos dermatólogos de consultas privadas (10%) seguido por médicos internistas (2,3%), suponemos que debido a que el tratamiento de la leishmaniasis es gratuito y debe ser controlado, siendo el SAIBJC el ente encargado de la distribución del mismo, los dermatólogos refieren a los pacientes con lesiones sugestivas de esta enfermedad a esta consulta para controlar el tratamiento, en muchas ocasiones sin ser evaluados correctamente ni realizarse otros estudios que descarten otras patologías dermatológicas por las que suelen confundir a la LC.

Conclusiones

Para los médicos el diagnóstico diferencial de la LC representa un desafío, a menudo los casos de esta enfermedad se confunde con otras patologías dermatológicas como infecciones fúngicas, bacterianas, úlceras crónicas, varicosas entre otras, debido a las diversas manifestaciones clínicas de la LC que puede ir desde ulceraciones, placas eritematosas, lesiones acneiformes y formas verrugosas y nodulares, lo cual puede ocasionar un retraso en el diagnóstico exacto y oportuno de otras patologías exponiéndolos a tratamientos inadecuados y ocasionándoles posibles eventos adversos.

En muchas ocasiones los pacientes consultan a varios médicos antes del diagnóstico de LC, y aunque este a veces puede basarse en los criterios clínicos, es necesario realizar un interrogatorio exhaustivo para establecer las características epidemiológicas que permitan orientar al médico, aparte de esto, las pruebas inmunológicas y parasitológicas para la identificación del agente son esenciales para establecer un diagnóstico concluyente.

Es necesario facilitar en los postgrados y al personal de salud tanto público como de entes privados información para la identificación de LC y el diagnóstico diferencial. ●

Referencias

- OMS. Leishmaniasis. Nota descriptiva Abril 2017 de la Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2014 [citado en diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs375/es/>.
- OMS. Control de las Leishmaniasis.: Serie de Reportes Técnicos. Ginebra. Ed.OMS. Vol. 949. 2010, Ginebra: OMS. 216.
- Sección de Leishmaniasis SAIBJ. Informe de la Tasa de Incidencia de Leishmaniasis cutánea. Instituto de Biomedicina UCV-MPPS. Caracas-Venezuela 2018.
- Rodríguez N, Cardona M, Zerpa O *et al.* Aplicación de herramientas moleculares en el diagnóstico y caracterización de *Leishmania* spp en áreas endémicas de Venezuela. *Bol Malariol y San Amb.* 2001; XLI (1-2): 21-26.
- Ortega-Moreno ME, Belizario D, Galindo W *et al.* Actualización epidemiológica de la leishmaniasis cutánea americana en Venezuela. Periodo 2010-2014. *Dermatol Venez.* 2015. 53(1): 17-21.
- Swain Santosh K, Behera Ishwar C, Sahu Mahesh C *et al.* Isolated cutaneous leishmaniasis over face – A diagnostic dilemma. *Alexandria Journal of Medicine.* 2016; 52:343-346.
- Convit J, Ulrich M, Fernández CT *et al.* The clinical and immunological spectrum of American cutaneous leishmaniasis. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 1993; 87(4): 444-48.
- Ortega- Moreno ME, Lugo DA, Belizario D *et al.* Comparación Clínica de la Leishmaniasis Cutánea Difusa y Leishmaniasis Diseminada en Venezuela. *Dermat Venez.* 2014; 51(2): 29-35.
- Gómez M, Pittana P, Urquijo P *et al.* Leishmaniasis Mucocutánea diseminada. *Arch. Argent. Dermatol.* 2012; 62: 193-196.
- Fernández TE, Almeida RT. Reporte de lesiones mucosas en leishmaniasis tegumentaria americana en el Litoral (Costa) Ecuatoriano. *Revista De Patología Tropical.* 2012; 41(3): 356-366.
- Barbeito S, Barreda M, Lancianese K *et al.* Úlceras crónicas: modelo de integración entre patología vascular, inmunológica e infecciosa. *Vitae.* 2011; disponible en http://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_4386.pdf
- Zerpa O, Ponte-Sucre A. American Tegumentary Leishmaniasis. En: Zerpa O, Ponte-Sucre A. *Drug Resistance in Leishmania Parasites.* Caracas. Springer. 2013; 199-211.
- Santi AC. Úlceras por leishmaniasis. *Flebología.* 2017; 43:43-48.
- Velasco M. Aspectos diagnósticos y terapéuticos de las úlceras de las piernas. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2011; 102(10): 780-790.
- Fernández Sarratea P. Manejo diagnóstico y terapéutico de las úlceras cutáneas crónicas infectadas. *Jano: Medicina y humanidades.* 2011; 1767: 61-65.
- Palomar Llatas F, Fornes-Pujalte B, Arantón-Areosa L *et al.* Diferenciación de las úlceras en pacientes encamados y con enfermedades crónicas. Influencia de la humedad, fricción, cizalla y presión. *Enfermería Dermatológica.* 2013;7(18): 14-25.
- Guimarães Barbosa JA, Nogueira Campos LM. Directrices para el tratamiento de úlcera venosa. *Enfermería global.* 2010; 20: 1-13.
- Tavizon ROE, Alonzo-Romero PL. Algunos aspectos clínico-patológicos de la úlcera de pierna. *Dermatol Rev Mex.* 2009;53(2):80-91
- Morales- Gordillo V. Úlceras crónicas en los miembros inferiores. *Úlceras venosas.* *Piel.*2008; 23(4):195-7.
- Rial Horcajo R, Serrano Hernando FJ, Moñux Ducajú G *et al.* Enfermedad venosa crónica. Conceptos actuales y avances terapéuticos. *Medicine.* 2017; 12(41):2448-57.
- Darias Domínguez C, Guerra Castro MM, Tambasco Fierro M. Piodermitis. Comportamiento en el Servicio Provincial de Dermatología del Hospital Universitario "Faustino Pérez Hernández". Matanzas. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2013 35(2). [citado: marzo de 2018]; Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v35n2/tema03.pdf>
- Pereiro Ferreirós Jr M, Toribio Pérez J. Infecciones bacterianas de la piel. Clasificación. Formas clínicas. Enfermedades mediadas por toxinas. Diagnóstico diferencial. Actitudes terapéuticas. *Medicine* 2002; 8(88):4737-4743.
- Rubio G, Sánchez G, Porras L *et al.* Esporotricosis: prevalencia, perfil clínico y epidemiológico en un centro de referencia en Colombia. *Rev Iberoam Micol.* 2010;27(2):75-9.
- Borelli Dante. Divulgaciones Micológicas: Esporotricosis. *Dermatol Venez.*2014; 4(1 y 2): 89-105.

25. Martínez Méndez D, Hernández Valles R, Alvarado P *et al.* Las micosis en Venezuela: casuística de los Grupos De Trabajo en Micología (1984-2010). *Rev Iberoam Micol.* 2013; 30(1):39-46.
26. Torres RA. Leishmaniasis. La enfermedad de las mil caras. *Kasmera.* 1999; 27(2): 1-10.
27. Vásquez M, Garay I, Kurpis M *et al.* Carcinoma espinocelular cutáneo invasivo de alto riesgo: uso de clasificaciones actuales. *Rev argent dermatol.* 2017;98(3):0-0.
28. Iregui Piñeros ML, Ronderos Osorio J. Cáncer de piel: Una realidad cotidianamente ignorada. *Cart Comunitaria.* 2016;24(137):48-78
29. Buendía-Eisman A, Muñoz Negro JE, Serrano Ortega S. Epidemiología del cáncer cutáneo no melanoma. *Piel.* 2002; 17(1):3-6.
30. López Cruz ZC. Incidencia de carcinoma basocelular y epidermoide. *Dermatol Rev Mex.* 2007; 51(4):149-53.
31. Ruiz Lascano A, Kuznitsky R, Garay I *et al.* factores de riesgo para carcinoma basocelular estudio de casos-controles en Córdoba. *Medicina.* 2005;65(6):495-500.
32. Molina A, Requena L. Seudolinfomas cutáneos. *Dermatología práctica Ibero-Latinoamericana. Atlas, enfermedades sistémicas asociadas, dermatocósmética y terapéutica. Tomo II. 2 da Edición. México. 2012: 137.1-137.12.*
33. Curiel Lewandrowski C, Randolph Byers H, Torres Lozada V. Linfomas cutáneos y procesos linfoproliferativos. *Dermatología práctica Ibero-Latinoamericana. Atlas, enfermedades sistémicas asociadas, dermatocósmética y terapéutica. Tomo II. 2 da edici. México. 2012: 138.1-138.30.*
34. Ibáñez Barceló M, Pomar Solchaga V, Castañeda S. Infecciones de partes blandas. *Medicina clínica.* 2009; 133(4):139-146.
35. Moyano M, Peuchot A, Giachetti AC *et al.* Infecciones de piel y partes blandas en pediatría: consenso sobre diagnóstico y tratamiento. *Arch Argent Pediatr.* 2014;112(2):183-191.
36. Concheiro J, Loureiro M, González-Vilas D *et al.* Erisipelas y celulitis. Estudio retrospectivo de 122 casos. *Actas dermo-sifilograficas.* 2009; 100(10):888-894.
37. Aparicio S, Gómez A. Medio ambiente, salud de los trabajadores y transformaciones agrarias. [citado en diciembre de 2018]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Susana_Aparicio/publication/228586187_Medio_ambiente_salud_de_los_trabajadores_y_transformaciones_agrarias/links/0912f513f3d7ade1fe000000.pdf
38. De Lima H, Borges RH, Escobar J *et al.* Leishmaniasis cutánea americana en Venezuela: un análisis clínico epidemiológico a nivel nacional y por entidad federal, 1988-2007. *Boletín de malariología y salud ambiental.* 2010; 50(2): 283-300.
39. Ortega Díaz JE, Zerpa O, Sosa A *et al.* Estudio Clínico, Epidemiológico y Caracterización Taxonómica de Leishmaniasis Cutánea en el Estado Vargas, Venezuela. *Dermatol Venez.* 2004; 42(4):10-16.
40. Giovannella L, Fidelis de Almeida P, Vega Romero R *et al.* Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde em Debate.* 2015; 39 (105): 300-22.