

Tirza De León<sup>1</sup>, Liliana De Gracia<sup>1</sup>, Aracelis Miranda<sup>2</sup>, Kadir González<sup>2</sup>, Juan M. Pascale<sup>2</sup>, Azael Saldaña<sup>2</sup>, José E. Calzada<sup>2</sup>

1. Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía, MINSA  
2. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud

## INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis es un problema importante de salud pública que afecta alrededor de 12 millones de personas que habitan en regiones tropicales y subtropicales. Puede presentarse con diferentes manifestaciones clínicas, dependiendo principalmente de la interacción entre la especie-cepa de *Leishmania* involucrada en la infección y la respuesta inmune del huésped. En Panamá se presentan alrededor de 3,000 casos anuales, en su mayoría de la forma cutánea localizada.

La confirmación del diagnóstico es clave porque las lesiones de la piel pueden ser muy similares clínica y epidemiológicamente a las producidas por otros agentes patógenos. A su vez, la caracterización del parásito involucrado en la infección es de suma importancia ya que la especie-cepa de *Leishmania* determina en gran medida las manifestaciones clínicas de la enfermedad y su respuesta al tratamiento.

En este estudio presentamos resultados clínico-epidemiológicos de un caso que presentó una variante clínica muy rara, conocida como Leishmaniasis Cutánea Difusa (LCD).



Fig. 1. Cuadro clínico de paciente con LCD

## CASO CLÍNICO

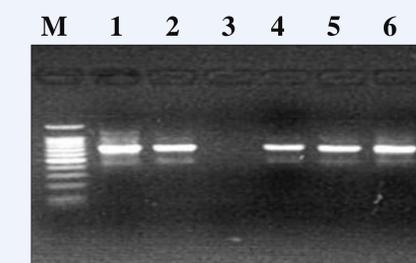
Se trata de un niño VIH positivo sin tratamiento, de 10 meses de edad referido de Changuinola. A su ingreso presentaba hepatoesplenomegalia y adenopatías. En la piel se observaron múltiples lesiones verrugosas - costrosas de la cara y extremidades de 4 semanas de duración (Figura 1). Los hallazgos de de laboratorios fueron:

- VIH positivo, Carga La carga viral: 566 copias/ml;
- Células T CD4 851 (18.8%).
- Hemograma: HB: 9.4 g/dL, GB: 17600, Ne: 40%, Li: 47%, Mo: 8.4%, PLT: 373.000.
- LCR: GB: 5 xmm<sup>3</sup> Glc: 55 mg/dL, Prot: 32 mg/dL.
- Frotis y cultivos por bacterias, hongos y Baar negativos.
- Las pruebas serológicas a CMV, EBV, Toxotest, Hepatitis B y VDRL, resultaron negativas.

En las biopsias de piel teñidas con Giemsa se observaron organismos intra y extracelulares redondeados.

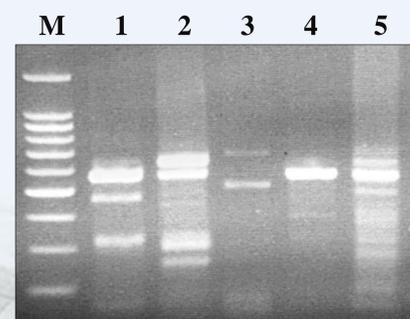
Los estudios moleculares (PCR, PCR-RFLP y secuenciación) realizados a partir del ADN extraído de las biopsias, confirmaron que se trataban de *Leishmania Viannia panamensis* (Figuras 2 y 3).

El paciente fue tratado con Antimoniato de meglumina por 30 días con mejoría en 90% del cuadro inicial. Sin embargo dos semanas después del tratamiento se observó una reactivación de las lesiones.



Carril 1: M: marcador molecular; Carriles 1 y 2: *Leishmania Viannia C* (+); Carril 3: C (-); Carriles 4, 5 y 6: Muestras de Caso clínico

Fig. 2. PCR diagnóstico para *Leishmania* subgénero *Viannia*



M: Marcador molecular; Carril 1: *L. braziliensis*; Carril 2: *L. panamensis*; Carril 5: Muestra de caso clínico

Fig. 3. PCR-RFLP especie-específico para *Leishmania* (Miranda et al., 2009)

## CONCLUSIONES

- Hemos caracterizado clínica y molecularmente un caso de LCD causado por *L. V. panamensis* en un niño VIH positivo procedente de Changuinola.
- Esta variante clínica es muy rara y se ha descrito en la región principalmente asociada con *L. amazonensis* y *L. braziliensis*.
- La inmunodepresión en el paciente debido a la coinfección con VIH probablemente haya sido determinante para esta severa forma clínica.
- En áreas endémicas de Panamá, esta variante atípica puede confundir a los clínicos, retrasando el diagnóstico etiológico y el consecuente tratamiento.