

## Manifestaciones oftalmológicas de la leishmaniasis: reporte de un caso

### *Ophthalmologic manifestations of leishmaniasis: a case report*

**Dra. Doralys Erlinda Gallo Borrero<sup>I</sup>; Dra. Lidice Schueg Saavedra<sup>II</sup>; Dra. Chadia Álvarez Padrón;<sup>I</sup> Dra. Rosa Varela Sarduy<sup>I</sup>; Dr. Gaetano Di Vasto Cuellar<sup>I</sup>**

I Hospital Pediátrico Provincial Docente Eduardo Agramonte Piña. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba.

II Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Habana, Cuba.

---

### RESUMEN

**Fundamento:** la leishmaniasis es una enfermedad producida por un protozoo del género *leishmanias*, que se transmite por la picadura del mosquito del género *phlebotomus* y una mosca del tipo *lutzomyia* (mosca de arena o *sandfly*, en inglés) y puede causar enfermedad de la piel y enfermedad sistémica. Se pueden distinguir tres formas: leishmaniasis visceral, leishmaniasis cutánea y leishmaniasis mucocutánea. La forma sistémica puede ser mortal, pero el tratamiento con antimonio logra una tasa de curación alta.

**Objetivo:** presentar un caso típico de leishmaniasis que desarrolló alteraciones oftalmológicas no comunes en el mismo.

**Caso clínico:** se recogió el antecedente de haber estado en zona endémica de leishmaniasis antes de la presentación clínica. El cuadro clínico, los antecedentes, los exámenes de laboratorio y los cultivos de piel, confirmaron la presencia de una leishmaniasis.

**Conclusiones:** las leishmaniasis son un conjunto de enfermedades de manifestaciones diversas, pero todas ellas tienen efectos devastadores, por ello siempre se debe tener presente esta enfermedad en el diagnóstico diferencial sobre todo en zonas endémicas.

**DeCS:** LEISHMANIASIS MUCOCUTÁNEA; INFECCIONES POR PROTOZOOS; ANTIMONIO/uso terapéutico; ADOLESCENTE; ESTUDIOS DE CASOS.

## ABSTRACT

**Background:** leishmaniasis is a disease caused by protozoan of the genus *leishmanias*, transmitted by the bite of the sand fly of the genus *phlebotomus* and a sand fly of genus *Lutzomyia* (mosca de arena en español). It can cause skin disease and systemic disease. Three forms can be distinguished clinically: visceral leishmaniasis, cutaneous leishmaniasis, and mucocutaneous leishmaniasis. Systemic form can be deadly, but treatments that contain antimony achieve a high percent of recovery.

**Objective:** to present a typical case of leishmaniasis that developed uncommon ophthalmic alterations in the disease.

**Clinical case:** it was found out that the person had been in an endemic area of leishmaniasis before having the clinical symptoms. Clinical manifestation, backgrounds, laboratory tests and skin culture confirmed the presence of leishmaniasis.

**Conclusions:** leishmaniasis are a group of diseases of diverse manifestations, however all of them have potentially devastating effects. Consequently, this disease should be always taken into account in differential diagnosis, mainly in endemic areas.

**DeCS:** LEISHMANIASIS, MUCOCUTANEOUS; PROTOZOAN INFECTIONS; ANTIMONY/therapeutic use; ADOLESCENT; CASE STUDIES.

---

## INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis son un grupo de enfermedades causadas por la infección producida por protozoos del género *Leishmania*, que parasitan las células del sistema reticuloendotelial. El primer antecedente de la enfermedad aparece en el papiro de Ebers hacia 1600 a.c, en el año 650 a.c, en la antigua Babilonia, se encuentran descripciones de leishmaniasis cutánea; sin embargo no es hasta 1903 que de manera independiente, Leishman y Donovan la describen en la India con esta terminología. La enfermedad, según cita García Almagroa D,<sup>1</sup> es endémica en 88 países y existen más de 350 millones de personas en riesgo. Afecta a las regiones tropicales y subtropicales sobre todo al Sureste Asiático, Oriente Medio, África Oriental y Brasil. También está presente en las regiones desarrolladas de Europa Occidental y Estados Unidos.

La leishmaniasis son un conjunto de enfermedades de manifestaciones diversas, con efectos devastadores. La enfermedad afecta a las poblaciones más pobres del planeta,

está asociada a la malnutrición, los desplazamientos de población, las malas condiciones de vivienda, la debilidad del sistema inmunitario y la falta de recursos; además está vinculada a los cambios ambientales, como la deforestación, la construcción de presas, los sistemas de riego y la urbanización.<sup>2</sup>

Según las estimaciones de la Organización Mundial de Salud (OMS), existen 12 millones de personas infectadas por el parásito del género *Leishmania*, algunas de las cuales manifiestan casi imperceptibles los signos de la enfermedad, mientras que otras mueren por sus efectos. La coinfección con VIH pueden conducir a un estado grave de leishmaniasis que a menudo resulta mortal. Se estima que cada año se producen 1, 3 millones de nuevos casos y entre 20 000 y 30 000 defunciones. En humanos, la leishmaniasis cutáneas y mucocutánea tiene una incidencia de 2 millones de casos nuevos por años; la leishmaniasis visceral, la forma más mortal, causa alrededor de 59 000 muertes anuales.<sup>2</sup>

La leishmaniasis es una zoonosis; una enfermedad tipo indirecto compartida por canes y humanos; no se transmite por contacto directo, sino a través de insectos "vectores", que infectan después de picar al principal reservorio del parásito. Entre 20 y 80 personas sufren cada año una infección grave por leishmaniasis, que provoca fiebre e inflamación del hígado y el bazo, letal hasta en el cinco por ciento de los casos.<sup>3</sup>

El objetivo de este trabajo es presentar un caso típico de leishmaniasis que desarrolló alteraciones oftalmológicas no comunes en el mismo, que fue diagnosticado y tratado en el centro oftalmológico de Choloma en San Pedro de Sula, Honduras.

## CASO CLÍNICO

Paciente de raza blanca, femenina, de 15 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que refiere haber visitado Brasil cerca de un mes antes de la aparición de los síntomas; acude al centro oftalmológico por presentar dolor ocular, disminución de la visión, astenia, anorexia marcada, pérdida de peso, así como, lesión ulcerada, dolorosa, con exudado blanco amarillento en miembro inferior derecho.

### Examen físico

Paciente normolínea, con piel y mucosas pálidas, sudorosa, fiebre de 39 °C, y pérdida de 5 kg de peso en un mes.

Cráneo, cara y tórax: normales.

Sistema respiratorio: murmullo vesicular normal, no se auscultan estertores.

Frecuencia respiratoria: 20 latidos/min.

Sistema cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos y bien golpeados, no se auscultan soplos.

Tensión arterial: 110/70 mm Hg, frecuencia cardíaca central: 110 latidos/min.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no visceromegalias, ruidos hidroaéreos presentes.

Piel: se observa lesión ulcerada en miembro inferior derecho con fondo sucio, exudado blanco amarillento de bordes elevados bien definidos de alrededor de 2 a 4 mm de diámetro.

### Examen oftalmológico

Anexos: párpados y conjuntiva palpebral sin alteración.

Segmento anterior: se observó inyección cilio conjuntival, a predominio ciliar, pupilas con reflejos perezosos (figura 1).

Medios: opacos.

Fondo de ojo: se observó vítreo turbio que dificultaba la visibilidad del segmento posterior, papilas con bordes mal definidos, más acentuado en ojo derecho, vasos finos, ausencia del pulso venoso central, en retina periférica del ojo derecho se observó placa coriorretinal perimacular exudativa extensa, que interesaba fóvea, en ojo izquierdo se observó mácula edematosa, con poco brillo foveal, con placas coriorretinianas aisladas no exudativas, periféricas.

Agudeza visual:

Ojo derecho (OD): percepción luminosa.

Ojo izquierdo (OI): movimiento de mano.

Tensión ocular: 14 mm Hg en ambos ojos.

Estudios realizados: hemoglobina: 90 g/L, hematocrito: 0, 33 %; leucocitos:  $18 \times 10^9$  /L; polimorfonucleares: 0, 55 %; linfocitos. 0, 33 %; monocitos: 0, 00 % y eosinófilos: 0, 12 %.

Velocidad de sedimentación globular: 66 mm/hora.

Glucemia, creatinina, enzimas hepáticas y función renal: dentro de la normalidad. *Venereal disease research laboratory* (VDRL) y serología para VIH: negativos. Hemocultivo y coprocultivo: negativos. Se toma muestra para biopsia de piel ulcerada donde se informó:

inflamación granulomatosa con presencia de numerosas células gigantes, multinucleadas y escasos parásitos.

Fue valorada en conjunto con la especialidad de Pediatría donde se le diagnóstico leishmaniasis Se inició tratamiento con anfoteri- cina B 1 mg en 50 ml de dextrosa al 5 % durante 30 minutos por vía intravenosa durante tres días, con la doxiciclina (500 mg) 1 gr diario vía oral por 30 días, ibuprofeno (400 mg) una tableta cada 12 horas por 30 días, prednisolona (20 mg) una tableta cada 12 horas por 30 días, vitaminoterapia del complejo B, una tableta cada ocho horas por tres meses, colirios midriáticos del tipo de homatropina (2 %) una gota cada ocho horas por 30 días, prednisolona colirio (0, 5 %) una gota cada cuatro horas por 30 días,

ciprofloxacino colirio (0, 3 %) una gota cada tres horas por 30 días, curas diarias de la úlcera de piel por 15 días.

Al mes se valora y se observa bajo midriasis máxima, notable mejoría del cuadro oftalmológico, con disminución de los síntomas y signos. La úlcera de piel estaba en fase de cicatrización. Se evoluciona cada 30 días hasta los seis meses donde se observa total curación del cuadro oftalmológico con recuperación de la agudeza visual mejor corregida de OD: 0, 6 y OI: 0, 9; en el fondo de ojo se constataba placa coriorretinal cicatrizada en ambos ojos, mácula sin edema, mejor brillo foveal.

Se otorgó el alta, asintomática y bajo observación en consulta de las especialidades de Oftalmología y Pediatría, sin presentar ningún tipo de recidiva al año de evolución.



**Figura 1.** Inyección cilio conjuntival en paciente con leishmaniasis

## DISCUSIÓN

Las leishmaniasis son un conjunto de enfermedades muy diversas entre sí, producidas por distintas especies patógenas de un protozoo del género *Leishmania*. Hay tres formas básicas de presentación: cutánea o Botón de Oriente, mucocutánea o espundia y visceral o Kala Azar; esta clasificación depende del género de *Leishmania* causante y del tipo de respuesta inmune establecida. <sup>1, 3</sup> Dentro de las manifestaciones oftalmológicas se describe la uveítis, la exógena está causada por lesiones

externas a la úvea por la invasión de microorganismos u otros agentes desde fuera. La uveítis endógena está causada por microorganismos u otros agentes desde el interior del paciente.

Los principales tipos son los siguientes:

1. Asociada a una enfermedad sistémica (sarcoidosis).
2. Infecciones por bacterias (tuberculosis), hongos (candidiasis) y virus (herpeszoster).
3. Infestaciones por protozoos (toxoplasmosis,

leishmaniasis) o nematodos (toxicarías).

4. Las enfermedades con uveítis específica idiopática son un grupo de trastornos no relacionados y no asociados con una enfermedad sistémica de base pero con características especiales propias que requieren una descripción independiente (síndrome de la uveítis de Fuchs).

Los signos vítreos incluyen células, turbidez, opacidades y desprendimiento vítreoposterior. En algunos casos la hialoides posterior está cubierta por precipitados inflamatorios. La coroiditis se caracteriza por manchas profundas, amarillentas o grisáceas y con bordes bien marcados. Las lesiones inactivas aparecen como áreas blancas definidas de atrofiacorioretinianas con bordes pigmentados.<sup>4</sup>

En la revisión bibliográfica realizada por Uribarren Berrueta T,<sup>5</sup> sobre leishmaniasis, se plantea que en la forma clínica mucocutánea o espundia, las manifestaciones clínicas se presentan muchos meses o años después de haberse resuelto la enfermedad cutánea y se deben a metástasis de lesiones cutáneas, aunque en un porcentaje de los casos no es posible identificar la lesión primaria. Las lesiones se inician sobretodo en mucosa nasal, simulan en su inicio una rinitis. La infección secundaria es frecuente y complica el cuadro. No es usual en niños, pero cuando ocurre la mortalidad es alta. En el caso que se presenta, las manifestaciones aparecieron en un período de un mes y en una localización poco frecuente, según las bibliografías revisadas.

En el estudio realizado por Del Rosal Rabes T, et al,<sup>6</sup> sobre leishmaniasis cutánea, se plantea que es una enfermedad que resulta grave si no se trata de manera correcta. Las lesiones mucosas aparecen meses o años después de que las lesiones cutáneas se hayan curado, por diseminación hematológica o linfática. En un inicio se ve afectada la mucosa nasal y se producen la ulceración y la destrucción progresivas del tabique nasal, el paladar, los labios, la faringe y la laringe, si no se trata. Nunca se cura espontáneamente.

En la investigación revisada no se realizan informes sobre localizaciones oftalmológicas.

Gamboa Arend R, et al,<sup>7</sup> plantean que la lesión cutánea primaria, producida por *leishmaniasis braziliensis* puede evolucionar a la leishmaniasis conocida como espundia o mucocutánea (con frecuencia ayudada por sobre infección bacteriana asociada). En estos pacientes se produce destrucción de los cartílagos nasales y del paladar blando, lo que ocasiona mutilaciones extensas de los tejidos adyacentes. Luego pueden afectarse la faringe, laringe y tráquea, incluso la mucosa genital. La muerte puede sobrevenir por neumonía aspirativa o por asfixia. Los autores tampoco hacen referencia a las repercusiones oftalmológicas de la leishmaniasis.

Según Sánchez Salorio M, et al,<sup>4</sup> en un estudio realizado sobre las manifestaciones oftalmológicas en enfermedades generales, las más encontradas en los pacientes portadores de leishmaniasis son: en las formas cutáneas o mucocutáneas, la lesión aparece en el lugar de la inoculación que provoca una úlcera de piel. Como secuela se puede formar una cicatriz retráctil y ectropión. En la conjuntiva puede ocasionar conjuntivitis ulcerada y granuloma conjuntival. Como complicación de las alteraciones en párpados y conjuntiva en ocasiones aparece queratitis difusa y perforación corneal. La queratitis intersticial por la afectación directa del microorganismo es rara pero ha sido descrita. En las formas viscerales puede producirse una coriorretinitis hemorrágica, séptica, opacidades del cristalino, uveítis y oftalmoplejía. Así mismo, se ha aislado *Leishmania* del humor acuoso de un paciente con leishmaniasis cutánea diseminada e iridoclititis bilateral, que no se corresponde con la manifestación realizada por esta paciente.

Según Vaughan DG,<sup>8</sup> los trastornos inflamatorios de la úvea, que de ordinario son unilaterales, son habituales en los grupos de edad joven y madura. En la mayor parte de los casos no se conoce la causa. En la uveítis posterior la retina casi siempre se afecta de

modo secundario, esto se denomina coriorretinitis. Los trastornos coinciden con el cuadro realizado por la paciente, aunque en este caso la afectación fue bilateral.

En la bibliografía revisada se hace énfasis en la localización nasal u oral de la leishmaniasis mucocutánea, pero en ninguno de los trabajos revisados se plantea la localización oftalmológica.<sup>9</sup> A pesar de que está descrita en la bibliografía, no se encuentra de la forma en que se manifestó en la paciente.

Durante años se han subestimado las repercusiones que la leishmaniasis tiene sobre la salud pública, ya que muchos de los casos nunca llegaron a registrarse, además, de forma periódica surgen brotes epidémicos de leishmaniasis visceral que pasan en su mayor parte inadvertidos, a pesar de presentar una tasa de letalidad no inferior al 10 %.

Afortunadamente en Cuba no se han reportado casos de leishmaniasis, aún así, no se puede obviar esta enfermedad, sino que se debe tener en cuenta debido a las grandes migraciones y los cambios climáticos a los que esta sometidos el país.

La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria inexistente en Cuba; no obstante este es un tema actual de investigación del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí (IPK), de La Habana, en colaboración con otras instituciones cubanas y de áreas endémicas.

## CONCLUSIONES

Es importante tener presente esta enfermedad para poder realizar un adecuado y oportuno diagnóstico, el cual se obtiene al realizar una profunda anamnesis, al prestar atención a los antecedentes epidemiológicos del paciente y el cuadro clínico de la enfermedad, así como realizar estudios analíticos y aplicar el tratamiento según individualidad de cada paciente. Si bien los antimonioales son considerados de primera elección en leishmaniasis, se debe

tener en cuenta que en pacientes inmunosuprimidos con leishmaniasis crónicas y extensas, existen posibilidades de recaídas, por lo que se prefiere usar anfotericina B.

En esta paciente, el diagnóstico oportuno y la aplicación del tratamiento específico permitieron la remisión total de la enfermedad y se minimizaron las secuelas visuales que deja esta afección. Se debe tener en cuenta que este caso sucedió en un país de Centro América, donde las posibilidades de acceder a la salud pública son insuficientes, por lo que cobra mayor importancia y se refleja el actuar de los profesionales de la salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Almagroa D. Leishmaniasis cutánea. Actas Dermo-sifiligráfica. 2005;96(1):1-24.
2. Organización Mundial de Salud. Leishmaniasis. Ginebra: OMS; 2015. Nota descriptiva No. 375. Febrero del 2015.
3. Gala González A. Leishmaniasis visceral humana: actualización. Bol Epid Semanal. 5 Jun 2010;20(22):172.
4. Sánchez Salorio M, Díaz Llopis M, Benítez del Castillo JM, Rodríguez Ares MT. Manifestaciones oftalmológicas de las enfermedades generales. Madrid: LXXVII ponencia oficial de la Sociedad Española de Oftalmología; 2001.
5. Facmed Unam [Internet]. México: Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); c2006-2011 [actualizado Dic 2015; citado 20 Oct 2015]. Leishmaniosis o Leishmaniasis; [aprox. 24 pantallas]. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/parasitologia/leishmaniosis.html>
6. Del Rosal Rabes T, Baquero Artiago F, García Miguel MJ. Leishmaniasis cutánea. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2010 [citado 20 Oct 2015]; 12: [aprox. 4 p.]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322010000300009&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322010000300009&script=sci_arttext)

7. Gamboa Arend R. Leishmaniasis cutánea. Rev Méd Costa Rica Centroamérica [Internet]. 2009 [citado 20 Oct 2015];LXVI(588):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/588/art10.pdf>

8. Kansky JJ. Uveítis. En: Kansky JJ, editor. Oftalmología Clínica. 5ta Ed. Madrid, España. Ed: Elsevier España, S.A. 2004. p. 278-323.

9. Hodge WG. Úvea y esclerótica. En: Vaughuan DG, Asbury T, Paul - Riordan E, editores. Oftalmología General. 14ba ed. México. Editorial El Manual Moderno S. A de C. V.; 1997. p. 169-90.

Recibido: 23 de octubre de 2016

Aprobado: 30 de marzo de 2016

Dra. Doralys Erlinda Gallo Borrero. Especialista de I Grado en Oftalmología y Medicina General Integral. MSc. Atención al niño con discapacidad. Profesor instructor. Hospital Pediátrico Provincial Docente Eduardo Agramontes Piña. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba. Email: [doralys@finlay.cmw.sld.cu](mailto:doralys@finlay.cmw.sld.cu)