

Dermatosis zoonositarias

V. García-Patos Briones

Leishmaniasis cutánea (Botón de Oriente)

Concepto

Infestación producida por protozoos flagelados de la familia *Trypanosomida*, género *Leishmania*, de la que existen diversas especies y subespecies. En su ciclo biológico pasan por dos fases: amastigota, en la que el protozoo tiene un aspecto ovoide, carece de flagelo y se localiza en las células del sistema reticuloendotelial del huésped vertebrado; y promastigota, que corresponde al parásito flagelado que vive en el intestino del mosquito vector. Producen varios síndromes clínicos, incluyendo la leishmaniasis visceral o kala-azar, la leishmaniasis muco-cutánea o americana y las leishmaniasis cutáneas del Nuevo Mundo (úlcer de los chicleros) y del Viejo Mundo (botón de Oriente).

El botón de Oriente es endémico en la cuenca mediterránea y en nuestro medio está causado por *L. infantum*. El insecto vector es el mosquito *Phlebotomus*. El reservorio es la especie humana, los perros y algunos roedores.

Clínica

Se debe sospechar un botón de Oriente ante toda picadura de mosquito persistente. Semanas después de la inoculación se observa una pápula eritemato-violácea, infiltrada al tacto (Fig. 1), que aumenta de tamaño lentamente y se cubre de una escama-costra (Fig. 2). Cuando se desprende se observa una base úlcero-erosiva. La parte interna de la costra muestra una superficie irregular, con espigones córneos que son el negativo de los infundíbulos foliculares



Figura 1. Pápula eritemato-anaranjada, infiltrada al tacto, con descamación superficial y de meses de evolución localizada en la frente.



Figura 2. Botón de Oriente: placa eritemato-violácea infiltrada al tacto y con superficie escamo-costrosa.

dilatados (signo de Montpellier, del peine o del rastrillo). Pasados 6 u 8 meses puede curar dejando una cicatriz atrófica. Se localiza preferentemente en zonas expuestas como la cara y los pabellones auriculares. Excepcionalmente, dependiendo de las características microbiológicas del parásito, puede evolucionar hacia un kala-azar.

Diagnóstico

El diagnóstico de presunción basado en la clínica y en la anamnesis se confirma mediante la demostración de leishmanias. Para ello se puede realizar una impronta de la superficie erosiva, ulcerada o escarificada en un portaobjetos y una tinción de Giemsa que pone de manifiesto un piqueteado intracelular, correspondiente a las formas amastigotas del protozoo (cuerpos de Leishman-Donovan). También es útil el estudio histológico de la biopsia cutánea (Fig. 3) o el cultivo del tejido en un medio específico (NNN, Novy-MacNeal-Nicolle). La intradermorreacción con antígenos de leishmanias y las pruebas serológicas para detectar anticuerpos séricos no están indicadas en el botón de Oriente.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial se plantea sobre todo con forúnculos, miasis, picaduras de artrópodos y reacciones persistentes a éstas (pseudolinfomas). El signo del rastrillo también se puede observar en las costras que cubren las lesiones de lupus vulgar (tuberculosis) o de lupus eritematoso discoide crónico.

Tratamiento

El tratamiento se basa en la aplicación de nitrógeno líquido o infiltraciones locales con anti-moniales pentavalentes. En lesiones muy persistentes es útil la infiltración simultánea con antimoniales y corticoides. Los tratamientos sistémicos como los antimoniales intramusculares, el itraconazol o la terbinafina oral o el alopurinol no suelen ser necesarios para las leishmaniasis cutáneas.

Picaduras de artrópodos

Concepto

Se denomina picadura a la acción de algunos agentes vivos sobre la piel a través de la inyección de sustancias que actúan como irritantes

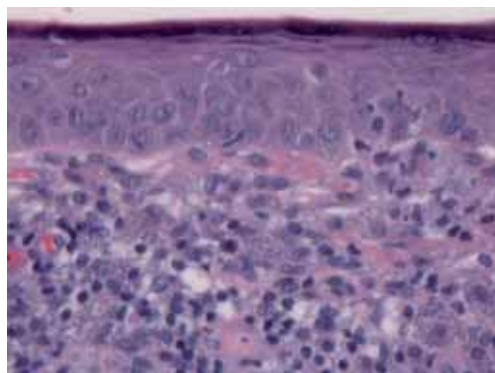


Figura 3. Detalle histológico: piqueteado azulado intra- y extracelular en la dermis que corresponde a formas amastigotas del protozoo.

Tabla 1. Clasificación de los artrópodos

Insectos	<ul style="list-style-type: none"> – Himenópteros: abejas, avispas, abejorros – Hemípteros: chinches – Dípteros: mosquito, tábano – Afanípteros: pulgas – Lepidópteros: orugas (procecionaria del pino) – Coleópteros: moscas – Anopluros: piojos
Miriápodos	<ul style="list-style-type: none"> – Ciempiés
Arácnidos	<ul style="list-style-type: none"> – Arañas – Escorpiones – Garrapatas

y/o alérgenos. Los agentes causantes más frecuentes son los artrópodos (Tabla 1). Son más frecuentes en primavera y en verano.

Clínica

Las manifestaciones clínicas de las picaduras de artrópodos son muy variables y en muchos casos no permiten reconocer el agente etiológico. Lo más frecuente es que se trate de pápulas eritemato-edematosas con un punto central purpúrico, más o menos pruriginosas y, a veces, dolorosas en el lugar de la inoculación (Fig. 4). En algunos pacientes pueden provocar



Figura 4. Pápula eritemato-edematosa pruriginosa con punto de inoculación central.



Figura 5. Picaduras de pulgas: pápulas urticariformes con disposición lineal.

ampollas tensas, habones generalizados y, en individuos alérgicos, incluso un shock anafiláctico (especialmente por heminópteros). En pacientes con leucosis de estirpe monocítica es posible encontrar reacciones atípicas y exa-

geradas. Es frecuente que las lesiones se agrupan en un territorio anatómico; por ejemplo, las picaduras de pulgas (pulicosis) y chinches tienden a adoptar una disposición lineal en las extremidades (Fig. 5) y en las nalgas, mientras que las de otros artrópodos, sobre todo los mosquitos (culicosis), afectan preferentemente las zonas descubiertas (Fig. 6).



Figura 6. Las picaduras de mosquitos (culicosis) pueden provocar ampollas tensas, sobre todo en las piernas.

A veces, coincidiendo con nuevas picaduras en otras zonas, reaparecen brotes de pápulas o habones donde previamente los había habido. Es el denominado prurigo por insectos o urticaria papulosa, que afecta a niños atópicos o sensibilizados a determinados antígenos del artrópodo.

La dermatitis por procesionaria es una dermatitis de contacto aerotransportada, de carácter irritativo y alérgico, producida por las espículas de las orugas del pino. Se observa principalmente en los meses de mayo y junio. El diagnóstico se debe sospechar ante la presencia de lesiones eritemato-edematosas difusas, intensamente pruriginosas, afectando la cara, las zonas descubiertas del tronco y de los brazos y el dorso de las manos.

Las garrapatas son arácnidos chupadores de sangre que pueden producir reacciones locales en el punto de la mordedura y enfermedades sistémicas por actuar como vectores de rickettsiosis como la fiebre botonosa mediterránea y de borreliosis como la enfermedad de Lyme. Se adhieren a la piel provocando escasa sintoma-

tología (leve prurito o dolor), aumentan de tamaño durante 1-2 semanas y posteriormente se desprenden. No es infrecuente confundirlas con nevos o verrugas. Cuando las garrapatas de perro transmiten rickettsias, en el punto de inoculación puede aparecer una lesión necrótica (mancha negra). Si se trata de picaduras de garrapatas de la ovejas o de animales salvajes infectadas por *Borrelia burgdorferi* es posible observar una pápula con un halo eritematoso que crece centrífugamente (eritema crónico *migrans*).

Las picaduras de arañas suelen ser muy dolorosas y se acompañan de una gran reacción inflamatoria con edema local, ulceración, necrosis, linfangitis y adenopatías regionales (Fig. 7).



Figura 7. Las picaduras de araña pueden acompañarse de necrosis y celulitis a su alrededor.

Diagnóstico

Habitualmente es suficiente la historia y la imagen clínica para diagnosticar las picaduras. Es útil preguntar por la afectación de otras personas próximas, el contacto con animales y la estancia en lugares sospechosos (excursiones, jardines, granjas, casas cerradas, etc.). Algunos pacientes no reconocen estos antecedentes y son reacios a admitir el diagnóstico. En la mayoría de casos no es posible establecer cual ha sido el agente causal teniendo en cuenta sólo la morfología y disposición de las lesiones. La biopsia ayuda a establecer el diagnóstico, sobre todo si en el infiltrado hay gran cantidad de eosinófilos, pero en muchos casos no permite afirmarlo con certeza. En las picaduras de

garrapatas se deben solicitar serologías para descartar la transmisión de la fiebre botonosa o de la enfermedad de Lyme.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial se puede plantear con foliculitis estafilocócicas (pústulas perifoliculares) o por pseudomonas (pápulas dolorosas con gran componente inflamatorio en glúteos, piernas y abdomen). En la urticaria las lesiones individuales desaparecen en menos de 24 horas. Las lesiones pápulo-nodulares persistentes pueden corresponder a leishmaniasis o pseudolinfomas.

La dermatitis por procesionaria puede confundirse con dermatitis de contacto alérgicas o irritativas y fotodermatitis. A diferencia de estas últimas, en las dermatosis aurotransportadas se afectan el fondo de los pliegues y, con menor intensidad, las zonas cubiertas y semicubiertas al depositarse los alérgenos o irritantes en las ropas.

Tratamiento

En primer lugar hay que asegurarse que el agente causal y los agujijones u otras partes del insecto han sido eliminados, tal y como ocurre con las garrapatas.

Una vez producida la picadura se debe aplicar hielo o compresas frías, excepto en las picaduras de himenópteros, donde la aplicación de calor local destruye las toxinas termolábiles. Para mejorar el prurito son útiles los corticoides tópicos de potencia media y alta y los antihistamínicos orales. Los antihistamínicos tópicos deben evitarse por el riesgo de producir reacciones de fotosensibilidad. En casos con gran edema o ampollas puede ser útil una tanda breve de corticoides orales.

Las picaduras de heminópteros (abejas y avispas, sobre todo) pueden provocar un shock anafiláctico en pacientes sensibilizados. Además de la administración inmediata de 0.3-0.5 ml de adrenalina subcutánea 1/1.000, estos pacientes deben ser remitidos al alergólogo para estudio y posible desensibilización.

Cuando se trata de lesiones muy exudativas y existen indicios de sobreinfección bacteriana (costras amarillentas, supuración, celulitis, linfangitis, fiebre, etc.) hay que administrar antibióticos tópicos o sistémicos, según la gravedad.

Las lociones o cremas repelentes, tipo dietil-toluamida o etilhexaneodiol, pueden evitar nuevas picaduras.

Cuando se trata de garrapatas es importante no desprenderlas por tracción brusca, pues puede quedar parte del su cuerpo dentro de la piel y provocar un granuloma a cuerpo extraño. Se puede emplear cloroformo, petróleo o calor acercando un cigarrillo.

Picaduras de medusa

Concepto

Las medusas son celentéreos que, en los extremos de los tentáculos, tienen unas estructuras denominadas nematocistos que cuando entran en contacto con la piel inyectan sustancias muy irritantes. La más frecuente en nuestro medio es *Physalia physalis*.

Clínica

Las lesiones características son pápulas urticariformes con disposición lineal, «en latigazos» (Fig. 8), intensamente pruriginosas, que pueden conducir a la formación de lesiones vesículo-ampollosas serosas o hemorrágicas, erosiones y úlceras y, a largo plazo, a granulomas a cuerpo extraño. Se afectan sobre todo los antebrazos, las zonas laterales del tronco, los muslos y los pies. Además de la intensa sintomatología local que provocan pueden acompañarse de disnea, náuseas, dolor abdominal, irritabilidad y/o postración.

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en la historia clínica y en la distribución típicamente lineal de las lesiones.



Figura 8. Lesiones urticariformes «en latigazo» por contacto con una medusa.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial se plantea con las fitodermatitis, las fitofotodermatitis y la erupción de los bañistas de mar. Esta última se caracteriza por la aparición de una erupción de pequeñas máculas y pápulas eritematosas, intensamente pruriginosas, en las zonas cubiertas por el traje de baño. Aparece a las pocas horas de haberse bañado en el mar y se autolimita en unos 15 días. Parece ser debido a múltiples causas, incluyendo corales, algas y restos de medusas que quedan atrapados en la malla del bañador.

Tratamiento

Tópicamente, consiste en compresas con agua fría, corticoides potentes y lociones antipruriginosas. Por vía oral son útiles los antihistamínicos y, en casos intensos, los corticoides.

Bibliografía

1. Dowlati Y. Treatment of cutaneous leishmaniasis (Old World). *Clin Dermatol* 1996; 14: 513-517.
2. Guillén Barona C, Botella Estrada R, Sanmartín Jiménez O. Manual Janssen de enfermedades de la piel. Ed. Masson. Barcelona 1996; pgs. 248-250.
3. Herwaldt BL. Leishmaniasis. *Lancet* 1999; 354: 1191-1199.
4. Hurwitz S. Clinical Pediatric Dermatology. Ed. W.B. Saunder Company. Philadelphia 1993; pgs. 405-431.
5. Maddin S. Current Dermatologic therapy. Ed. W.B. Saunders Company. Philadelphia 1991; pgs 32-40.
6. Murria HW, Berman JD, Davies CR, Saravia NG. Advances in leishmaniasis. *Lancet* 2005; 366: 1561-1577.
7. Puig Sanz L. Parasitosis y zoonosis. En: Ferrándiz C. Dermatología Clínica. Ed. Mosby. Barcelona 1996; pgs. 85-92.