

8. Liou CH, Huang GS, Taylor JA, Juan CJ, Gao HW, Chen CY. Eosinophilic fasciitis in a military recruit: MRI evaluation with clinical correlation. *Skeletal Radiol.* 2003;32:52-9.
9. Baumann F, Brühlmann P, Andreisek G, Michel BA, Marincek B, Weishaupt D. MRI for diagnosis and monitoring of patients with eosinophilic fasciitis. *AJR Am J Roentgenol.* 2005;184:169-74.
10. Bischoff L, Derk CT. Eosinophilic fasciitis: Demographics, disease pattern and response to treatment: Report of 12 cases and review of the literature. *Int J Dermatol.* 2008;47:29-35.

M. Utrera-Busquets^{a,*}, J.C. Tardio^b,
A. Curcio-Ruigomez^c y J. Borbujo-Martínez^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España

^c Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: martautrerabusquets@gmail.com
(M. Utrera-Busquets).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.08.004>

Infección del lóbulo auricular por *Leishmania* en el Viejo Mundo: una localización excepcional



Old World Leishmaniasis on the Ear Lobe: A Rare Site

La leishmaniasis es una parasitosis causada por especies de protozoos del género *Leishmania*. La distribución geográfica implica 2 categorías, llamadas, leishmaniasis del Nuevo Mundo (México, América Central y Sudamérica) y del Viejo Mundo (Asia, África y Sur de Europa)¹. El espectro clínico depende de la patogenicidad de la especie de *Leishmania* y de la respuesta inmunológica del huésped². La leishmaniasis cutánea (LC) es la forma clínica más frecuente y leve, representando 50-75% de los casos^{1,2}. La afectación auricular es muy rara y solo se han descrito algunos casos en el Viejo Mundo, ninguno con afectación exclusiva del lóbulo auricular (LA). Presentamos 2 pacientes con esta localización (fig. 1A y B).

Caso 1

Mujer de 73 años que consultó por una lesión dolorosa en el pabellón auricular de 7 meses de evolución. En la exploración física destacaba una placa infiltrada eritematosa

con ulceración central y costra seropurulenta en el LA izquierdo y pústulas coalescentes en el antehélix (fig. 1 A). La impronta de la biopsia teñida con Giemsa permitió visualizar amastigotes de *Leishmania* spp. La histopatología mostró estructuras puntiformes basófilas intracitoplasmáticas en los histiocitos compatibles con amastigotes (fig. 2). Se administró antimoniato de meglumina (AM) intramuscular 60 mg/kg/día durante 12 días con repetición a las 2 semanas y posterior crioterapia en la lesión residual con curación.

Caso 2

Varón de 86 años que consultó por presentar una lesión dolorosa en el LA de 4 meses de evolución. La exploración reveló un edema de consistencia blanda e infiltración nodular hiperémica en el LA derecho (fig. 1 B). El frotis directo mostró la presencia de amastigotes de *Leishmania* spp. En pocos días crecieron formas promastigotes en el cultivo de *Leishmania*, caracterizándose su especie mediante PCR-ELISA como *L. infantum*. La histología de un margen infiltrado mostró colecciones de histiocitos con presencia de cuerpos de *Leishmania* spp. Fue tratado con 2 inyecciones de AM intralesional separadas 15 días. Dos meses tras finalizar el tratamiento la lesión auricular había curado.

La LC presenta una incidencia 1,5 millones de casos nuevos por año^{3,4}. El 90% de las LC afectan a 7 países: Afganistán, Arabia Saudí, Irán, Iraq, Argelia, Pakistán y Perú⁴. En España se considera una enfermedad hipoendémica (costa Mediterránea, Castilla y León y Aragón), cuya incidencia (0,4

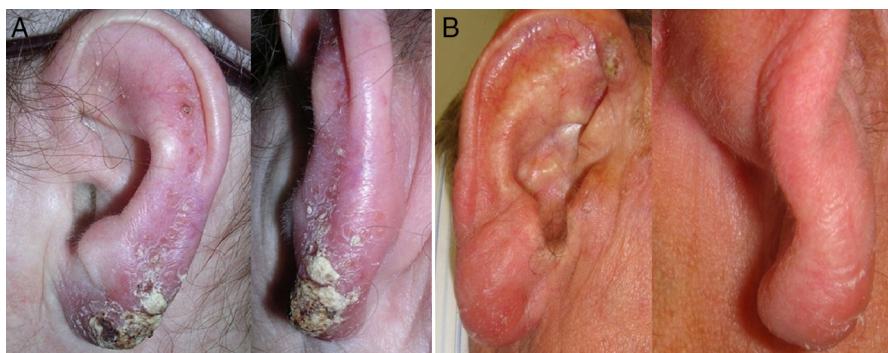


Figura 1 Visión frontal y lateral. A. Placa infiltrada eritematosa con ulceración central y costra seropurulenta de 16 × 25 mm en el LA izquierdo y pústulas coalescentes en el antehélix. B. Edema de consistencia blanda e infiltración nodular hiperémica de 9,5 × 10 mm en el LA derecho.

Tabla 1 Casos de leishmaniasis auricular descritos en el Viejo Mundo

Autor	Año	País	Edad (años)	Sexo	Antecedentes personales	Localización	Meses evolución	Tratamiento
Skevas et al. ⁷	1997	Albania	32	Varón	Inmunocompetente (IC)	Pabellón auricular (PA) izquierdo	16	Antimoniato de meglumina (AM) 60 mg/kg/d intramuscular (i.m.) 20 días, AM 60 mg/kg/d i.m. 15 días, 2 ciclos separados 15 días
Martinelli et al. ⁸	2005	Italia	66	Varón	IC	Hélix (H) derecho	12	AM 1,5 g/d i.m. 2 sem, 3 ciclos separados 15 días
Fagundo Gonzalez et al. ³	2005	España	48	Mujer	IC	H y antehélix (AH) derecho	2	AM 1,5 g/d i.m. 2 sem, 3 ciclos separados 15 días
Quante et al. ⁹	2006	Chipre	-	Varón	IC	PA completo	-	-
Van Der Vliet et al. ¹⁰	2006	Francia	28	Varón	IC	H derecho	2	AM 20 mg/kg/d i.m. 13 días y 2 inyecciones intralesionales
Khorsandi-Ashtiani et al. ⁴	2008	Irán	42	Varón	Diabetes mellitus, hipertensión	PA izquierdo completo	2	AM 20 mg/kg/d i.m. 3 sem, 2 ciclos separados 3 sem
Sabri et al. ¹	2009	Siria	73	Varón	IC	H izquierdo	2	-
Robati et al. ²	2011	Irán	35	Varón	IC	H y AH izquierdo	6	AM i.m.
Tarkan et al. ⁶	2012	Turquía	35	Varón	IC	H y AH derecho	-	AM 15 mg/kg/d i.m. 15 días

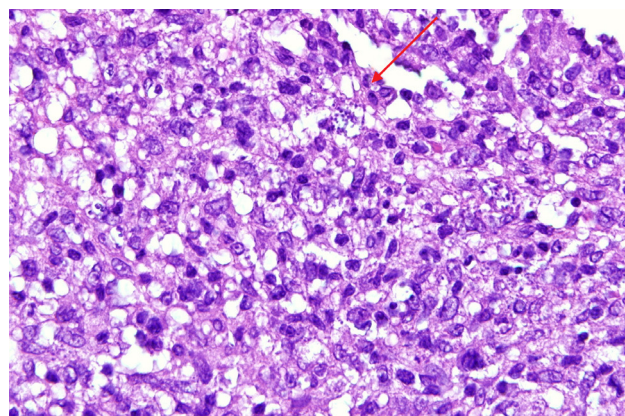


Figura 2 Histopatología: piel con denso infiltrado inflamatorio que ocupa toda la dermis (linfocitos, histiocitos y células plasmáticas). En el citoplasma de los histiocitos se identifican estructuras puntiformes basófilas (flecha) correspondientes a *Leishmania* (tinción Giemsa × 40).

casos por 100.000 habitantes/año) está incrementando por los flujos migratorios, los cambios en el medio ambiente y los estados de inmunodepresión⁵.

En el Viejo Mundo la presentación clínica de LC se conoce como «botón de Oriente». Las lesiones son únicas en el 58-70% de pacientes y suelen localizarse en regiones expuestas: extremidades superiores (40-45%), cabeza y cuello (18-37%) y extremidades inferiores (6-23%)^{1,3}. La afectación auricular es típica del sudeste de México y Centroamérica («úlceras del chiclero»), generalmente es causada por *L. mexicana* complex y llega a representar el 5% del total de LC^{1,4,6}. En el Viejo Mundo esta localización ha sido descrita excepcionalmente, como se resume en la tabla 1.

Nuestros casos fueron pacientes ancianos (73 y 86 años), inmunocompetentes, de poblaciones rurales y con LC localizada en el LA. La clínica en el primero era una placa infiltrada tórpida con ulceración y costras de más de 6 meses de evolución, y en el segundo comenzó como un nódulo de poco tiempo de evolución. El período de evolución de los casos descritos en la tabla 1 oscilaba entre 2-16 meses, generalmente tras varias visitas médicas, de forma que la presentación atípica supuso un retraso diagnóstico. El tratamiento en la mayoría de los casos se ha realizado con antimoniales pentavalentes intramusculares debido a la tendencia a la cronicidad y la posibilidad de deformidad en el lugar de la lesión. Del mismo modo puede ser utilizada la vía intralesional con resolución total de la lesión.

El diagnóstico diferencial de una lesión ulcerosa auricular es amplio. En formas agudas incluye infecciones, enfermedad de Winkler, picaduras, sarcoidosis, granulomas y neoplasias; en formas crónicas debe diferenciarse de un lupus vulgar o discoide, lepra y linfoma^{1-4,6-10}. La historia clínica es muy importante para el diagnóstico, confirmándose mediante estudios microbiológicos y técnicas de biología molecular⁴.

La LC del Viejo Mundo suele curar espontáneamente en 3-18 meses dejando una cicatriz^{1,6}. El tratamiento se indica cuando existen múltiples o grandes lesiones, persiste más de 6 meses (LC crónica) o afecta zonas funcional o estéticamente comprometidas, como el LA^{3,6}. En formas localizadas se emplean tratamientos locales como el antimoniato de

meglumina intralesional (caso 2), cuya eficacia, aunque variable, puede ser muy alta^{1,2,6}. En las crónicas el tratamiento de elección son los antimoniales pentavalentes por vía parenteral³ como en el caso 1, que puede complementarse con acciones locales, como fue la crioterapia en el caso presentado.

El rápido reconocimiento puede favorecer un tratamiento más precoz con menor probabilidad de lesiones residuales.

Bibliografía

1. Sabri A, Khanib L, Kanj-Sharara S, Husseini ST, Nuwayri-Salti N, Semaan R, et al. Leishmaniasis of the auricle mimicking carcinoma. *Am J Otolaryngol*. 2009;30:285-7.
2. Robati RM, Qeisari M, Saeedi M, Karimi M. Auricular enlargement: An atypical presentation of old world cutaneous leishmaniasis. *Indian J Dermatol*. 2011;56:428-9.
3. Fagundo González E, Ruiz González I, Martínez Fernández M, Delgado Vicente S, Sánchez Sambucety P, Rodríguez Prieto MA. Leishmaniasis cutánea del pabellón auricular. *Med Cut Iber Lat Am*. 2005;33:219-21.
4. Khorsandi-Ashtiani MT, Hasibi M, Yazdani N, Paydarfar JA, Sadri F, Mirashrafi F, et al. Auricular leishmaniasis mimicking squamous cell carcinoma. *J Laryngol Otol*. 2009;123:915-8.
5. Valcárcel Y, Bastero R, Aneón M, González S, Gil A. The epidemiology of hospital admissions due to leishmaniasis in Spain (1999-2003). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2008;26:278-81.
6. Tarkan Ö, Çetik F, Uzun S. Auricular cutaneous leishmaniasis mimicking neoplastic disease. *J Laryngol Otol*. 2012;126:821-4.
7. Skevas A, Kastanioudakis I, Bai M, Kostoula A. Old-world leishmaniasis of the auricle. *Lancet*. 1997;349:28-9.
8. Martinelli C, Giorgini S, Minu MB, Orsi A, Leoncini F. Cutaneous leishmaniasis: An atypical case. *Int J Dermatol*. 2005;44:38-40.
9. Quante G, Wittekindt C, Beutner D, Preuss SF, Damm M, Hüttenbrink KB. Chronic-persistent infection of the auricle. *HNO*. 2006;54:35-6.
10. Van Der Vliet D, Le Guern AS, Freitag S, Gounod N, Therby A, Darie H, et al. Pseudomonas aeruginosa otochondritis complicating localized cutaneous leishmaniasis: Prevention of mutilation by early antibiotic therapy. *Am J Trop Med Hyg*. 2006;75:270-2.

G. Blasco Morente^{a,*}, J. Rodríguez-Granger^b, J. Tercedor Sánchez^a y J.M. Latorre Fuentes^a

^a Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España

^b Unidad de Gestión Clínica Microbiología, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gonzaloblascomorente@gmail.com (G. Blasco Morente).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.10.012>

Eritrodermia como forma de presentación inicial de histiocitosis sinusal de células de Langerhans

Erythroderma as an Initial Presentation of Langerhans Cell Histiocytosis Involving the Sinus

Presentamos el caso de un varón de 56 años, con antecedentes personales de EPOC e hipertensión arterial en tratamiento con eprosartan/hidroclorotiacida y atorvastatina/amlodipino, que acudió a la consulta de dermatología por un cuadro cutáneo eczematoso, pruriginoso, de 2 meses de evolución.

En la exploración física destacaban placas eritematosas coalescentes en los miembros superiores, la cara y el tercio superior del tronco, afectando aproximadamente al 25% de la superficie corporal. No existía afectación palmo-plantar ni compromiso de mucosas (fig. 1.). Realizamos una biopsia de piel de la zona afectada que mostró una dermatitis perivasculosa superficial con presencia de eosinófilos y queratinocitos necróticos intraepidérmicos, sugestiva de toxicodermia. Los análisis de sangre practicados revelaron leucocitosis ($15.330 \times 10^9/l$) con predominio de neutrófilos (82,2%), elevación de VSG, PCR y niveles de IgE (> 5.000 UI/ml).

Con el diagnóstico de toxicodermia se suspendió la medicación antihipertensiva y se pautó prednisona a dosis de 1 mg/kg/día con posterior pauta descendente. Tras 40 días de tratamiento, y debido al desarrollo de hábito cushin-

goide, optamos por reducir la dosis de corticoterapia hasta 10 mg/día. Teniendo en cuenta la progresión de la dermatosis hacia una afectación eritrodérmica de casi el 90% de superficie corporal, se introdujo acitretino 25 mg/día, que permitió estabilizar el cuadro disminuyendo la intensidad de la eritrodermia y el prurito. Su hipertensión basal fue controlada mediante medidas dietéticas tras un nuevo rebrote al adicionar temporalmente enalapril.



Figura 1 A. Eritema violáceo uniforme que afecta a la totalidad del tronco.