

# Leishmaniasis cutánea extensa en paciente tratada con inmunomoduladores

Montolio Chiva L<sup>1</sup>, Mahiques Santos L<sup>2</sup>, Sáez Lozano A<sup>1</sup>, Belmonte Serrano Ma<sup>1</sup>, Conesa Mateos A<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Castellón.

<sup>2</sup>Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Castellón.

**Correspondencia:** Dra. Lydia Montolío Chiva-Sección de Reumatología-Hospital General Universitario de Castellón-Avenida Benicàssim, 128, 12004, Castellón de la Plana, Castellón.

## CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 41 años con artritis psoriásica de 6 años de evolución, en tratamiento combinado con certolizumab pegol (200 mg/10 días), metotrexato (12.5 mg/7días) y prednisona (5 mg/día). En abril de 2022, acude a la consulta por presentar, desde hace un mes, una placa inflamatoria en codo derecho refractaria a tratamiento tópico y 2 nódulos inflamatorios con costra central situa-

dos en el tercio superior del mismo brazo (Imagen 1). Ante sospecha de Leishmaniasis, se suspende el tratamiento inmunosupresor y se remite a dermatología, donde se confirma la sospecha diagnóstica tras PCR positiva para leishmania en las lesiones biopsiadas.

Debido a la extensión de las lesiones, se decide iniciar terapia sistémica con miltefosina (50 mg/8 horas) asociada a doxiciclina (100 mg/24 horas). Tras un



Figura 1



Figura 2



Figura 3

mes de tratamiento, la paciente presenta una evolución tórpida de las lesiones, con aumento del tamaño de las mismas, y presencia de mamelones de tejido de granulación (Imagen 2). Por ello, se decide intensificar el tratamiento con anfotericina B liposomal (3 mg/kg/día) durante 10 días. De forma paulatina, con el tratamiento endovenoso, se produce una epiteliación de las lesiones con disminución del tejido de

granulación. Tras finalizar el tratamiento, se realiza una nueva PCR de Leishmania con resultado negativo. Dos semanas más tarde, ante el empeoramiento de la clínica articular y cutánea, se reintroduce certolizumab pegol (200 mg cada 2 semanas) en monoterapia. A los 4 meses, las lesiones cutáneas secundarias a la infección se encuentran completamente epiteliadas (Imagen 3).