ISSN 1669-9106 MEDICINA (Buenos Aires) 2026: 86: 1297-1300

COINFECCIÓN CUTÁNEA POR TUBERCULOSIS Y LEISHMANIASIS

NICOLÁS BRITOS[1], MÓNICA JAJATI[1], MAURO ZEOLLA[1], ILEANA MOREIRA[2], MARTÍN SÍVORI[1]

[1]Unidad de Neumotisiología, Hospital General de Agudos José M. Ramos Mejía
[2]Servicio de Inmunología, Hospital General de Agudos Carlos G. Durand, Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: Nicolás Britos, Hospital General de Agudos Dr. J. M. Ramos Mejía, Urquiza 609, 1221 Buenos Aires, Argentina
E-mail: jorgebritos23@gmail.com
Recibido: 12-X-2025
Aceptado: 2-IV-2026

Resumen

Se describe el caso de una paciente de 16 años, oriunda de Bolivia, con antecedentes familiares de tuberculosis pulmonar, que presentó lesiones ulceradas en el dorso de la mano izquierda de dos meses de evolución. El examen directo de la biopsia cutánea reveló amastigotes compatibles con *Leishmania*, iniciándose tratamiento antiparasitario. Posteriormente, en el cultivo de piel se aisló *Mycobacterium tuberculosis*, instaurándose tratamiento antituberculosis con evolución favorable.

Palabras clave: tuberculosis extrapulmonar, tuberculosis cutánea, leishmaniasis cutánea

Abstract

Cutaneous coinfection with tuberculosis and leishmaniasis

We describe the case of a 16-year-old female patient from Bolivia, with a family history of pulmonary tuberculosis, who presented with a two-month history of ulcerated lesions on the dorsum of her left hand. A skin biopsy revealed amastigotes consistent with Leishmania spp., and antiparasitic treatment was initiated. Subsequently, *Mycobacterium tuberculosis* was also isolated, and antituberculosis treatment was started, resulting in a favorable outcome.

Key words: extrapulmonary tuberculosis, cutaneous tuberculosis, cutaneous leishmaniasis

La presentación de este caso resulta de particular importancia debido a la rareza de la coinfección entre ambos patógenos: *Mycobacterium tuberculosis* y *Leishmania spp*. de forma cutánea, lo que contribuye al conocimiento clínico y diagnóstico de interacciones poco frecuentes en contextos específicos, y destaca la necesidad de considerar diagnósticos diferenciales.

La tuberculosis cutánea (TBc) es una presentación extrapulmonar de la infección causada por *Mycobacterium tuberculosis* (MT) y representa el 0.5 - 2 % de todos los casos de tuberculosis extrapulmonar[1]. Existe un variado espectro clínico de TBc que está determinado por la interrelación entre el MT, diversos factores del huésped (como el estado inmunitario) y el ambiente (contexto socioeconómico, etc.)[2].

La leishmaniasis es una zoonosis causada por protozoos intracelulares obligados del género *Leishmania*, pertenecientes a la familia *Trypanosomatidae*. Su transmisión se produce a través de la picadura de flebótomos, principalmente de los subgéneros *Lutzomyia* y *Phlebotomus*, siendo la hembra hematófaga el verdadero vector de la enfermedad[3,4]. Esta enfermedad presenta un amplio espectro clínico e inmunológico: en un extremo se encuentran las formas subclínicas y la leishmaniasis cutánea localizada, caracteriza-

das por una respuesta inmunitaria eficiente del huésped; en el otro extremo, la leishmaniasis visceral representa una forma sistémica grave, asociada a una respuesta inmunológica deficiente. Entre ambos se sitúan la leishmaniasis mucocutánea y la leishmaniasis cutánea diseminada[3,5].

En la forma cutánea primaria, las lesiones se desarrollan en el sitio de la picadura del vector, iniciando como una pápula eritematosa que progresa a una úlcera indolora, de bordes sobreelevados y centro deprimido con fondo granulomatoso. En casos en que las lesiones persisten por más de 24 meses sin resolución espontánea, se define como leishmaniasis cutánea crónica, caracterizada por úlceras de gran tamaño[3,5].

La coinfección cutánea entre ambos microorganismos, micobacterias y leishmanias, representa un hallazgo poco frecuente y ha sido escasamente reportada en la literatura científica, lo que subraya la rareza de esta interacción bacterio-parasitaria y pone de manifiesto la importancia de su reconocimiento y estudio[6,7].

Caso clínico

Mujer de 16 años, oriunda de la ciudad de Tarija en Bolivia, sin antecedentes personales patológicos relevantes, pero con antecedentes de contacto estrecho familiar con tuberculosis pulmonar, habiendo presentado catastro negativo en 2 oportunidades en el año previo. Consultó por lesiones cutáneas en el dorso de la mano izquierda, de dos meses de evolución. Inicialmente, las lesiones eran eritematosas y dolorosas, evolucionando a úlceras. Refirió además registros febriles no cuantificables, sin sintomatología respiratoria. Presentaba índice de masa corporal de 21 kg/m^2, correspondiente a un peso adecuado para su edad y talla.

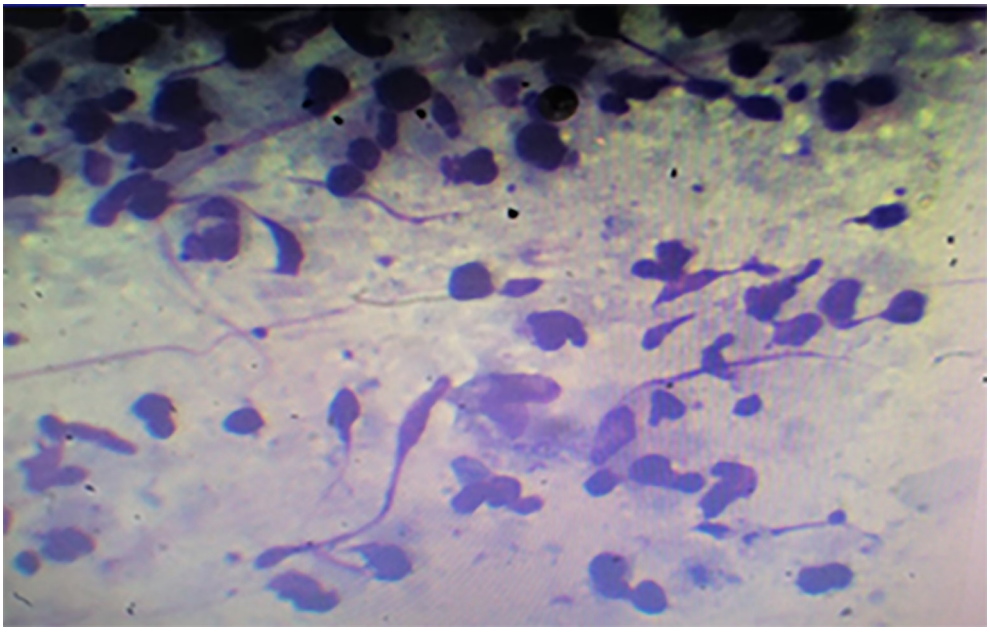
En el examen físico se observaron dos lesiones ulceradas de bordes elevados en el dorso lateral de la mano izquierda, la mayor de 5 cm x 5 cm y la menor de 1 cm x 1 cm (Fig. 1). Entre los exámenes complementarios se destacaron: hematocrito 24%, hemoglobina 8.1 mg/dL, eritrosedimentación 91 mm/h, proteína C reactiva 54 mg/L, prueba de tuberculina (PPD) positiva con induración de 20 mm, serología para HIV no reactiva y tomografía de tórax sin hallazgos relevantes.

Se internó en sala de Clínica Médica, donde se realizó una biopsia cutánea, enviando muestras para microbiología y anatomía patológica, cuyo examen directo fue positivo para amastigotes del género *Leishmania* (Fig. 2), interpretándose como leishmaniasis cutánea e iniciando tratamiento con antimoniato de meglumina a dosis de 20 mg/kg, sin respuesta clínica favorable tras 5 semanas de tratamiento; durante este tiempo no presento efectos adversos clínicos ni alteraciones de laboratorio. A pesar de haber presentado un Ziehl Neelsen negativo, a las 6 semanas de incubación el cultivo de piel en medio sólido (Lowenstein-Jensen) confirmó la presencia de MT y el diagnóstico de tuberculosis cutánea TBc ulcerativa por lo que se inició tratamiento antituberculosis de primera

Figura 1 | Lesiones cutáneas presentadas por la paciente



Figura 2 | Amastigotes de *Leishmania* en lesión cutánea. Tinción Giemsa 100X



línea (isoniacida 5 mg/kg, rifampicina 10 mg/kg, pirazinamida 25 mg/kg, etambutol 20 mg/kg). Durante su internación se le realizaron pruebas de laboratorio no solo para evaluar las inmunodeficiencias primarias más frecuentes en nuestro medio (inmunodeficiencia común variable, agammagobulinemia ligada al X, deficiencia de IgA), las cuales fueron negativas, sino que además las muestras de piel descartaron carcinomas cutáneos, micosis profundas, así como otras formas de TBc.

La paciente presentó evolución favorable tras el inicio del tratamiento antituberculosis, con disminución progresiva de las lesiones hasta su desaparición al cabo de 30 días de iniciado el mismo, completando nueve meses de tratamiento con éste. Se realizó catastro a la familia que la acompaño en Argentina y seguimiento hasta la finalización del tratamiento antituberculosis.

No se obtuvo el consentimiento informado debido a que la paciente regresó a su país de origen antes de poder realizarlo. El Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Ramos Mejía evaluó la situación y consideró que, dado el carácter retrospectivo del caso y la imposibilidad de contacto con la paciente, no era necesario contar con dicho consentimiento, por lo tanto, otorgó la dispensa.

Discusión

La TBc representa una forma poco frecuente de tuberculosis extrapulmonar, debido a que la piel constituye un tejido relativamente resistente a la infección por MT. Esta característica condiciona la aparición de formas clínicas crónicas y paucibacilares, en contraste con otras localizaciones extrapulmonares más frecuentes. Generalmente, la vía de entrada del bacilo es respiratoria o digestiva, siendo la afectación cutánea reflejo de un compromiso sistémico[8].

Por el contrario, la leishmaniasis cutánea se produce por la inoculación de promastigotes del género *Leishmania* a través de la picadura de insectos vectores. En nuestro medio, ambas enfermedades son endémicas y afectan de manera desproporcionada a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad social y sanitaria, donde la malnutrición y el acceso limitado a la atención médica actúan como factores predisponentes[9].

En el caso presentado, el diagnóstico inicial de leishmaniasis cutánea se estableció mediante examen directo con visualización de amastigotes. Sin embargo, la ausencia de respuesta terapéutica obligó a reconsiderar el enfoque diagnóstico. El hallazgo posterior de MT en cultivo confirmó la presencia de coinfección cutánea. La resolución clínica tras la instauración de tratamiento antituberculosis apoya la relevancia

de contemplar diagnósticos alternativos o concurrentes ante una evolución desfavorable.

La coinfección cutánea por *Leishmania* y MT es excepcional y, hasta el momento, no se han documentado casos en la literatura científica que describan esta asociación, sí con formas pulmonares de TB y formas viscerales de *Leishmania*[6,7]. No obstante, su existencia podría justificarse por la coincidencia de factores epidemiológicos, por la inmunosupresión localizada inducida por cada agente patógeno, o bien por mecanismos de evasión inmunológica compartidos.

En conclusión, este caso resalta la importancia de mantener una visión amplia ante afecciones dermatológicas crónicas ulcerativas, especialmente en regiones endémicas y contextos de alta vulnerabilidad. El empleo sistemático de cultivos para micobacterias, incluso en presencia de un diagnóstico parasitario confirmado, puede resultar clave para evitar demoras diagnósticas y optimizar la respuesta terapéutica; así mismo, cuando existen infecciones o coinfecciones de presentación infrecuente, se deben descartar diversos síndromes de inmunodeficiencia asociados.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Pizzariello G, Fernández Pardal P, D'atri G, Novac V, Uranga A. Espectro clínico de tuberculosis cutánea. *Rev Argent Dermatol* 2008; 89:177–87.
2. Valdelamar Gale L, Vélez Álvarez S, Padilla Santos H, Salas Romero S. Tuberculosis cutánea: un tipo extrapulmonar poco frecuente. *Arch Med (Manizales)* 2021;17.
3. Lorenz AM, Molina S, Liatto de Nogaló A, et al. Consenso sobre leishmaniasis. Sociedad Argentina de Dermatología; 2008. En: https://sad.org.ar/wp-content/uploads/2019/10/Consenso-sobre-Leishmaniasis-2008.pdf; consultado marzo 2025.
4. De Vries H, Schallig H. Cutaneous leishmaniasis. A 2022 updated narrative review into diagnosis and management developments. *Am J Clin Dermatol* 2022; 23:823–40.
5. Abadías-Granado I, Diago A, Cerro PA, et al. Leishmaniasis cutánea y mucocutánea. *Actas Dermosifiliog* 2021; 112:601–18.
6. Shweta S, Bhatnagar S, Gupta AK, Murti K, Pandey K. Co-infection of visceral leishmaniasis and pulmonary tuberculosis: a case study. *Asian Pac J Trop Dis* 2014; 4: 57-60.
7. Van Griensven J, Mohammed R, Ritmeijer K, Burza S, Diro E. Tuberculosis in visceral leishmaniasis-Human Immunodeficiency Virus coinfection: An evidence gap in improving patient outcome. *Open Forum Infect Dis* 2018;5: |ofy059. doi: 10.1093/ofid/ofy059
8. Gatti JC, Cardama J, Pizzariello G. A propósito de las tuberculosis cutáneas. Buenos Aires: Ediciones Pablo Cassará; 1984. p 1–40.
9. Burza S, Croft SL, Boelaert M. Leishmaniasis. *Lancet* 2018; 392:951–70.