

CARTAS - TROPICAL/INFECTOPARASITÁRIA

Leishmaniose cutânea por *Leishmania mexicana*: primeiro caso importado reportado em Portugal ☆☆☆



Prezado Editor,

A leishmaniose é doença parasitária causada por protozoários do gênero *Leishmania*, transmitida pela picada de flebotômíneos infectados.¹⁻³ A leishmaniose é endêmica em regiões tropicais, subtropicais e mediterrâneas, com sua distribuição abrangendo o Velho Mundo (África, Ásia, Oriente Médio, Bacia do Mediterrâneo) e o Novo Mundo (América Central e do Sul).³ A leishmaniose tem diferentes apresentações clínicas, incluindo leishmaniose visceral (LV), leishmaniose cutânea (LC) e leishmaniose mucocutânea (LM).^{1,3,4} Em Portugal, a LV é endêmica, tendo os cães como reservatório primário, e a LC é considerada doença rara.^{5,6}

A LC geralmente se apresenta em áreas expostas (face, pescoço e extremidades) como papulonódulos solitários ou múltiplos, indolores, que podem progredir para necrose, ulceração e formação de cicatrizes.^{1,4}

Leishmania mexicana é encontrada principalmente na América Central, México e Texas.⁴ Essa espécie está associada a pequenas úlceras cutâneas crônicas, com taxa de cicatrização espontânea superior a 75% em três meses.^{1,4}

Relata-se o caso de um paciente do sexo masculino, de 32 anos, com nódulo eritematoso no mento, apresentando ulceração central recoberta por exsudato amarelado e crosta, com progressão documentada ao longo de três meses (fig. 1). Seis meses antes, ele havia viajado para o México (selva de Bacalar) e havia sido tratado previamente com antibióticos, sem melhora. As culturas iniciais da ferida isolaram *Klebsiella aerogenes*, o que levou ao tratamento com



Figura 1 Exame físico revelando nódulo eritematoso de 3 × 3 cm no mento, com ulceração central coberta por exsudato amarelado e crosta.

ciprofloxacino direcionado por três semanas, com melhora parcial. O exame histopatológico revelou macrófagos dérmicos contendo numerosas formas amastigotas intracelulares de *Leishmania* (figs. 2 e 3), corroborado por cultura cutânea positiva. *Leishmania mexicana* foi identificada por técnicas moleculares utilizando o Internal Transcribed Spacer 1 – Polymerase Chain Reaction – Restriction Fragment Length Polymorphism (ITS1-PCR-RFLP) e sequenciamento da proteína de choque térmico 70 (HSP70).⁷ O paciente foi tratado com itraconazol (200 mg a cada 12 horas) por três meses, com resolução completa (fig. 4). Que seja de conhecimento dos autores, esta é a primeira identificação de LC causada por *L. mexicana* em Portugal, representando infecção importada. Casos importados de LC causada por espécies do complexo *L. mexicana* foram relatados na Europa, embora permaneçam raros.⁸

A LC deve ser suspeitada em pacientes com lesões cutâneas que não cicatrizam e histórico de exposição a áreas endêmicas.^{1,2,4} Os diagnósticos diferenciais incluem outras condições infecciosas (p. ex., ectima, infecções micobacterianas atípicas, infecções fúngicas profundas), pioderma gangrenoso e neoplasias.^{1,4} O diagnóstico preciso requer alto índice de suspeição e a integração de achados clínicos, histopatológicos e moleculares. O presente caso destaca a importância de os dermatologistas permanecerem vigilantes para casos importados de LC.⁹ O crescente número de doenças importadas na Europa, como a LC, reflete o impacto da globalização, impulsionado pelo aumento de viagens internacionais e migração. Embora a probabilidade de espécies exóticas de *Leishmania* se estabelecerem em

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2025.501223>

☆ Como citar este artigo: Carvalho MM, Cortes S, Cristóvão JM, Cardoso JC, Catorze MG, Miroux-Catarino A. Cutaneous Leishmaniasis due to *Leishmania mexicana*: first imported case reported in Portugal. An Bras Dermatol. 2025;100:501223.

☆☆ Trabalho realizado no Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Egas Moniz, Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal.

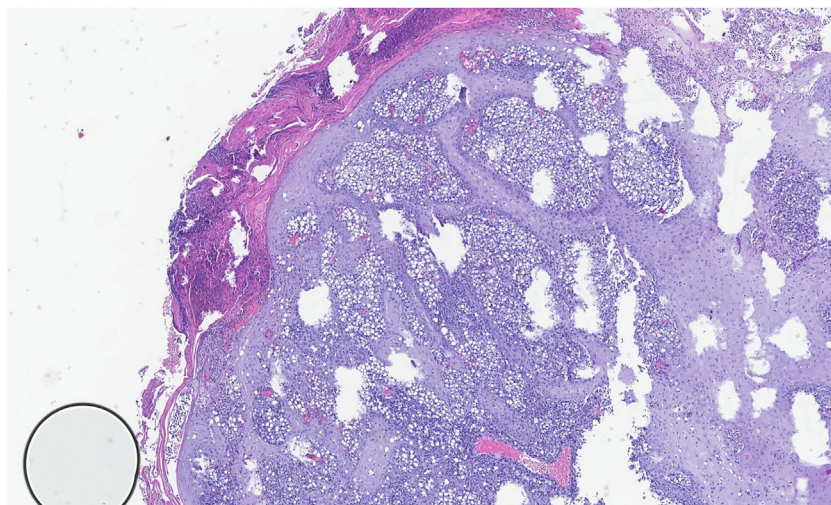


Figura 2 Exame histopatológico mostrando nódulo cutâneo com hiperplasia epidérmica e denso infiltrado dérmico estendendo-se para a derme profunda e tecido subcutâneo, com áreas de inflamação granulomatosa (Hematoxilina & eosina, 10 ×).

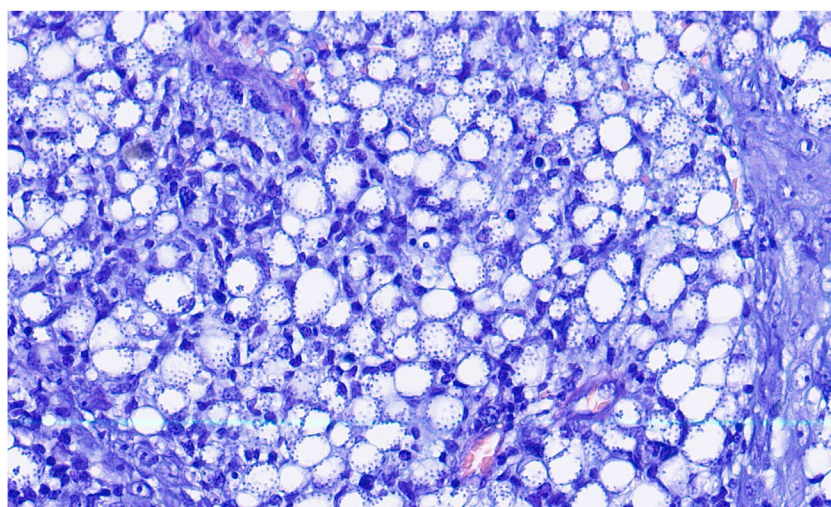


Figura 3 Exame histopatológico mostrando macrófagos dérmicos contendo numerosas formas amastigotas intracelulares (Giemsa, 1000 ×).

áreas não endêmicas seja relativamente baixa, em virtude da ausência de seus hospedeiros reservatórios primários, o potencial de espécies locais de flebotômíneos atuarem como vetores competentes não pode ser desconsiderado. Isso levanta a possibilidade de que espécies não nativas de *Leishmania* possam se adaptar e se disseminar, levando a preocupações significantes com a saúde pública.¹⁰

Em casos de lesões complexas (p. ex., lesões faciais), o tratamento sistêmico é necessário. As terapias sistêmicas de primeira linha incluem antimoníato de meglumina ou anfotericina B lipossomal.^{1,9} Diretrizes recentes apoiam a miltefosina oral como alternativa conveniente e eficaz. Imidazóis também podem ser considerados por sua conveniência e segurança, embora tratamentos prolongados e altas doses possam levar a efeitos adversos (p. ex., hepatotoxicidade).⁹ Os resultados do tratamento são monitorados com base na resolução clínica, incluindo reepitelização, regressão da infiltração e do eritema e achamento da lesão, com seguimento recomendado por até 12 meses após o tratamento.¹

tamento da lesão, com seguimento recomendado por até 12 meses após o tratamento.¹

A superinfecção bacteriana, como observada neste caso, é complicação importante da LC. A presença de *Klebsiella aerogenes* provavelmente contribuiu para o tamanho da lesão, a exsudação e o diagnóstico tardio. Embora esse organismo raramente seja um colonizador, seu papel patogênico foi ainda mais corroborado pela melhora inicial da lesão com antibioticoterapia direcionada.

Este relato documenta o primeiro caso identificado de *L. mexicana* em Portugal, representando infecção importada do México. Enfatizamos a necessidade de conscientização sobre a LC como diagnóstico diferencial para úlceras cutâneas, particularmente em pacientes com histórico de viagens para regiões endêmicas. O diagnóstico rápido e o tratamento oportuno são essenciais para prevenir complicações. Este caso destaca ainda mais a importância de reconhecer o papel da superinfecção bacteriana e



Figura 4 Exame físico revelando apenas hiperpigmentação pós-inflamatória.

destaca o itraconazol como opção de tratamento eficaz. Vigilância e conscientização contínuas são essenciais para tratar a crescente incidência de doenças importadas na prática dermatológica.

Suporte financeiro

Nenhum

Contribuição dos autores

Mélissa M. de Carvalho: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Sofia Cortes: Obtenção de dados; elaboração e redação do manuscrito e revisão intelectual crítica; obtenção e interpretação de dados laboratoriais.

José Manuel Cristóvão: Obtenção de dados; revisão intelectual crítica; obtenção e interpretação de dados laboratoriais.

José Carlos Cardoso: Revisão intelectual crítica; obtenção e interpretação de dados histológicos e registros iconográficos; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica dos casos estudados.

Maria Goreti Catorze: Revisão intelectual crítica.

Alexandre Miroux-Catarino: Revisão intelectual crítica; supervisão da pesquisa; obtenção e interpretação de registros iconográficos.

Disponibilidade de dados da pesquisa

Não aplicável.

Conflito de interesses

Nenhum.

Editor

Ana Maria Roselino

Agradecimentos

Este trabalho foi parcialmente financiado por FCT, Portugal por meio de fundos para GHTM – (UID/04413/2020) e LA-REAL (LA/P/0117/2020).

Referências

1. Bravo FG. Protozoa and Warmers. In: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L, editors. *Dermatology*. 4th ed. Philadelphia: Elsevier; 2018. p. 1470–6.
2. Catorze MG. Leishmaniose e SIDA. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2005;33:237–50.
3. Álvarez-Hernández DA, Rivero-Zambrano L, Martínez-Juárez LA, García-Rodríguez-Arana R. Overcoming the global burden of neglected tropical diseases. *Ther Adv Infect Dis*. 2020;7:2049936120966449.
4. Aronson N. Cutaneous leishmaniasis: clinical manifestations and diagnosis. UpToDate [Internet]. 2024 [Acesso em 26 ago. 2024]. Disponível em: <https://sso.uptodate.com/contents/cutaneous-leishmaniasis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=Aronson%20N.%20Cutaneous%20leishmaniasis%3A%20Clinical%20manifestations%20and%20diagnosis.%202024.&source=search_result&select-edTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1961886>.
5. Campino L, Maia C. Epidemiologia das leishmanioses em Portugal [Epidemiology of leishmaniasis in Portugal]. *Acta Med Port*. 2010;23:859–64. Portuguese.
6. Almeida M, Maia C, Cristóvão JM, Morgado C, Barbosa I, Ibars RF, et al. Seroprevalence and risk factors associated with leishmania infection in dogs from Portugal. *Microorganisms*. 2022;10:2262.
7. Van der Auwera G, Bart A, Chicharro C, Cortes S, Davidsson L, Di Muccio T, et al. Comparison of leishmania typing results obtained from 16 european clinical laboratories in 2014. *Euro Surveill*. 2016;21:30418.
8. Van der Auwera G, Davidsson Leigh, Buffet Pierre, Ruf Marie-Thérèse, Gramiccia Marina, Varani Stefania, et al. LeishMan Surveillance network Surveillance of leishmaniasis cases from 15 European centres, 2014 to 2019: a retrospective analysis. *Euro Surveill*. 2022;27:2002028.
9. Vandeputte M, van Henten S, van Griensven J, Bottieau E. Which trial do we need? A collaborative platform trial for cutaneous leishmaniasis amongst international travellers. *Clin Microbiol Infect*. 2023;29:1237–40.

10. Rocha R, Pereira A, Maia C. Non-endemic leishmaniasis reported globally in humans between 2000 and 2021 – a comprehensive review. *Pathogens*. 2022;11:921.

Mélissa M. de Carvalho ^{a,*}, Sofia Cortes ^b,
José Manuel Cristóvão ^b, José Carlos Cardoso ^c,
Maria Goreti Catorze ^a
e Alexandre Miroux-Catarino ^a

^a *Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Egas Moniz, Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal*

^b *Laboratório Associado em Tradução e Inovação para a Saúde Global REAL, Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde Global e Medicina Tropical, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, NOVA Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal*

^c *Serviço de Dermatovenereologia, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Coimbra, Portugal*

* Autor para correspondência.

E-mail: mm.decarvalho@outlook.com (M.M. de Carvalho).

Recebido em 5 de abril de 2025; aceito em 20 de junho de 2025