

## Leishmaniasis cutánea

### Cutaneous Leshmaniasis

Noelvis Ríos Gutiérrez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0007-1925-777X>

Eddy A. Millán Ríos<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0004-0120-722X>

Eddy A. Millán Escalona<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0009-0009-3117-1068>

<sup>1</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Granma, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [eddymillanescalona@gmail.com](mailto:eddymillanescalona@gmail.com)

## RESUMEN

**Introducción:** Las leishmaniasis son infecciones parasitarias crónicas causadas por protozoos intracelulares del género *Leishmania* y transmitidas a los humanos a través de la picadura de flebótomos infectados.

**Objetivo:** Describir el caso de leishmaniasis cutánea en un paciente joven.

**Caso clínico:** Paciente de 22 años, sexo masculino, que presenta tres lesiones de 4-5 centímetros de diámetro, eritematosa, centro ulcerado, bordes elevados, bien definido e hiperpigmentado, no doloroso, localizadas en las regiones lateral y posterior del brazo izquierdo.

**Conclusiones:** Se corroboró que la leishmaniasis es una entidad que puede estar presente en la práctica médica, y que su diagnóstico y tratamiento oportunos son altamente beneficiosos para la mejoría y la cura, por lo que se impone la realización de un correcto y exhaustivo examen físico. Utilizamos el medicamento meglumina a dosis habitual, según protocolo, durante 20 días consecutivos, mostrando resultados muy positivos.

**Palabras clave:** leishmaniasis; úlcera cutánea; antimonio de meglumina.

## ABSTRACT

**Introduction:** Leishmaniasis are chronic parasitic infections, caused by intracellular protozoa of the genus *Leishmania* and transmitted to humans through the bite of infected sandflies.

**Objective:** To describe a case of cutaneous Leishmaniasis in a young patient.

**Clinical case:** 22-year-old male patient, presenting three lesions of 4-5 centimeters in diameter, erythematous, ulcerated center, raised edges, well-defined and hyperpigmented, non-painful, located on the lateral and posterior regions of the left arm.

**Conclusions:** It was corroborated that Leishmaniasis is an entity that may be present in medical practice, and that its timely diagnosis and treatment are highly beneficial for improvement and cure, so a correct and exhaustive physical examination is imposed. We used the drug meglumine at the usual dose, according to protocol, for 20 consecutive days, showing very positive results.

**Keywords:** leishmaniasis; skin ulcer; meglumine antimonate.

Recibido: 25/01/2024

Aceptado: 28/05/2024

## Introducción

La leishmaniasis es una infección provocada por protozoarios, obligadamente intracelulares, del género *Leishmania*, que son transmitidas a los humanos por dípteros flebotomíneos hembra (*Lutzomyia* y *Phlebotomus*).<sup>(1,2)</sup> Usualmente, es una enfermedad que afecta a las poblaciones tropicales y subtropicales del mundo.<sup>(3,4)</sup>

Esta enfermedad es cada vez más importante en todo el mundo, en función de los números de casos, la expansión geográfica, las implicaciones socioeconómicas, el impacto psicológico y la inmunosupresión.<sup>(2)</sup>

La leishmaniasis se puede clasificar según las manifestaciones clínicas que ocasiona en: lesiones ulcerativas en el sitio de la picadura (leishmaniasis cutánea localizada), múltiples nódulos no ulcerativos (leishmaniasis cutánea difusa), destrucción de las mucosas (leishmaniasis mucosa) e infección visceral (leishmaniasis visceral).<sup>(5,6)</sup>

La leishmaniasis cutánea ha sido infradiagnosticada por el personal médico, ya que su diagnóstico diferencial con otras enfermedades dermatológicas resulta complejo.<sup>(6,7)</sup> El diagnóstico definitivo de la leishmaniasis cutánea se realizará a través de la demostración visual del agente etiológico, el cual puede evidenciarse en muestras de frotis directo.<sup>(8,9,10)</sup>

Para el manejo de la leishmaniasis cutánea se debe considerar el estado inmune del paciente, la localización, la especie del vector y la gravedad de la infección.<sup>(4,11)</sup>

El tratamiento puede ser tópico, sistémico y parenteral.<sup>(7,8)</sup> Entre las opciones tópicas tenemos la crioterapia y la termoterapia.<sup>(4,5)</sup> Pueden utilizarse antimoniales pentavalentes intralesionales. Igualmente, puede emplearse paromomicina tópica.<sup>(5,12)</sup>

En relación con el tratamiento sistémico oral, se utiliza miltefosina. En el tratamiento parenteral, disponemos de antimoniales pentavalentes, los cuales son el pilar de la terapia debido a su alta tasa de éxito; antimoniato de meglumina (glucantime), que es el tratamiento de primera elección para la leishmaniasis cutánea en países endémicos, a dosis estándar de 20 mg/kg y la anfotericina B, que se utiliza en casos específicos, al igual que el medicamento pentamidina.<sup>(4)</sup>

El objetivo del artículo fue describir el caso de leishmaniasis cutánea en un paciente joven.

## Caso clínico

Se trata de un paciente del sexo masculino, de 22 años de edad, procedencia urbana, que acude a servicio de consultas externas de una Institución de Salud Pública en la República del Ecuador. Refiere que desde hace 15 días comenzó con lesiones en la piel del brazo izquierdo. Señala que entre uno y dos meses antes estuvo por una finca del sector rural aledaña a la ciudad, en la provincia de Pichincha.

Permanece durante 5 días en la finca mencionada y sufre picadura de mosquitos en áreas expuestas, fundamentalmente en el brazo izquierdo. Expresa que comenzó con pequeños nódulos en esa región del cuerpo y, rápidamente, se transformaron en ulceraciones con el transcurso de días. Manifiesta que no ha presentado dolor y solo se acompaña de prurito en las tres úlceras localizadas en el brazo izquierdo.

En relación con sus antecedentes patológicos personales y familiares, no se recogen datos de interés. Al valorar sus hábitos sociales, se conoce que no fuma ni ingiere bebidas alcohólicas y presenta vínculo estudiantil en una universidad.

En el examen físico, muestra mucosas normocoloreadas y húmedas. No presenta ictericia, tampoco disnea, y el murmullo vesicular es normal; no hay estertores y la frecuencia respiratoria es de 18 x min. Presenta ruidos cardíacos rítmicos, con una frecuencia cardíaca de 78 latidos x min. No hay soplo ni galope y su tensión arterial es 100/70 mmHg.

El abdomen se observa plano, simétrico, que sigue los movimientos respiratorios y golpes de tos. No hay hepatoesplenomegalia. La percusión se realiza suavemente y muestra sonoridad normal. Al auscultarlo se escuchan ruidos hidroaéreos normales, sin soplos. En el sistema hemolinfopoyético no existen adenopatías ni otras alteraciones.

Extremidades (brazo izquierdo). A nivel de la región anterior se observa úlcera única de 5,5 cm, en medida longitudinal (fig. 1), y en la región posterior, dos úlceras de 5 cm de diámetro longitudinal-vertical (fig. 2).



**Fig. 1** - Lesiones de la región anterior antes del tratamiento.



**Fig. 2** - Lesiones de la región posterior antes del tratamiento.

Se constata que todas las úlceras presentan fondo limpio, color rosado y tejido granuloso, algo ovaladas, de bordes regulares y elevados, con leve costra, indolora y de base indurada.

El tejido celular subcutáneo no presenta edema. La temperatura, el color y la sensibilidad de la piel son normales. Su sistema nervioso central no tiene alteraciones, Glasgow 15/15, orientado en tiempo, espacio y persona, sin focalización neurológica.

Exámenes complementarios.

a) Análisis de sangre

- Hemoglobina: 17,6 g/dl (valor normal [VN]:13-17)
- Hematocrito: 53,8 % (valor normal [VN]:40-50 %)
- Eritrosedimentación: 20 mm (VN: 10-20 mm)
- Grupo y factor: A+
- Leucocitos:  $7,91 \times 10^3/\mu\text{L}$  (VN: 4,0-10,0)
- Plaquetas:  $386 \times 10^3/\mu\text{L}$  (VN: 150-350)
- Tiempos de coagulación y sangrado: normales
- Glicemia: 90,49 mg/dL (V, N: 70 - 115)
- Urea 23 mg/dL 10-50
- Creatinina: 1,24 mg/dL (V, N: 0,6 - 1,1)
- Bilirrubina Total 0,78 mg/dL (V, N: 0 - 1,2)
- Bilirrubina Directa 0,05 mg/dL (V, N: 0 - 0,3)
- Bilirrubina Indirecta 0,73 mg/dL (V, N: 0 - 0,95)
- TGO/AST 23,19 U/L 0 – 31
- TGP/ALT 25,36 U/L 0 – 32
- ALBÚMINA 4,87 g/dL 3,5 – 5
- Colesterol 133,41 mg/d L 0 – 200
- Colesterol LDL  $\uparrow$  136,88 mg/dL 0 – 130
- Fosfatasa Alcalina  $\uparrow$  218,63 U/L 35 – 190
- Globulina 2,59 g/dL 2 - 3,5
- Proteínas Totales 7,46 g/dL 6,6 - 8,7

b) Frotis directo de piel lesionada (realizado del material de las tres úlceras del brazo izquierdo) y examen microscópico: identificación de amastigotes de leishmania en las tres lesiones.

c) Análisis de orina

- Glucosa: no registra.
- Bilirrubina: no.

- Cuerpos cetónicos: negativos.
- Proteínas: no dosificable.
- Leucocitos: no.

d) Serología VDRL: no reactiva.

e) VIH: no reactivo.

f) Heces fecales: negativa

g) Electrocardiograma: ritmo sinusal. FC: 78. P R: 0.12 segundos. Q T: 0.36 segundos No trastornos del segmento ST, ni la onda T

h) Radiografía de tórax postero-anterior de pie: índice cardiorácico normal. No alteraciones pleuropulmonares

Con el diagnóstico confirmado, desde el punto de vista epidemiológico, clínico y por exámenes complementarios, se inicia esquema de tratamiento con sales de antimonio de meglumina (glucantime), calculando la dosis a 20 mg / kg / día (ampollas 405 mg/5ml) por vía intramuscular por 20 días. La evolución clínica es favorable a los 10 días del tratamiento (figs. 3 y 4).



**Fig. 3** - Lesiones de la región anterior a 10 días del tratamiento.



**Fig. 4** - Lesiones de la región posterior a 10 días del tratamiento.

Al finalizar la medicación, luego de 20 días, el paciente presenta gran mejoría de las lesiones y se encuentra asintomático. (Fig. 5).



**Fig. 5** - Lesiones luego de 20 días, al final del tratamiento.

## Discusión

La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria transmitida a los seres humanos por la picadura de mosquitos infectados con protozoos flagelados del género *Leishmania*. Además de esto, se considera como un verdadero problema de salud pública en las diversas regiones del mundo donde su transmisibilidad es favorecida por las modificaciones en la microecología del parásito, el vector y el hospedador reservorio.<sup>(1,3)</sup>

Existen distintas presentaciones clínicas de leishmaniasis, pero la más frecuente en la población pediátrica y adultos es la forma cutánea.<sup>(3,12)</sup> Esto es debido a la mayor oportunidad que tiene el vector de picar las áreas expuestas de la piel, como la cara, el cuello y los miembros superiores e inferiores.<sup>(1,2)</sup>

Las manifestaciones clínicas comprenden un espectro variable con lesiones que pueden ser únicas o múltiples.<sup>(1,2,5)</sup> Inicialmente, las lesiones se presentan en forma de una pápula sobre el sitio de inoculación del parásito, que luego progresa a una placa o nódulo eritematoso.<sup>(2,4,5)</sup> Es señalado que la base es hiperémica, firme e indurada, con tendencia a la ulceración no dolorosa y de bordes bien definidos.<sup>(12)</sup>

Comúnmente, las lesiones suelen ser confundidas con una gran variedad de enfermedades dermatológicas, por lo que debe de realizarse, fundamentalmente, el diagnóstico diferencial con otras infecciones, como la esporotricosis, la tuberculosis cutánea, el ectima, la lepra lepromatosa, las micosis subcutáneas, la sífilis terciaria o la miasis foruncular; con lesiones malignas, como el linfoma, carcinoma espinocelular o el carcinoma basocelular; y con otras

dermatosis, como la sarcoidosis, la granulomatosis con poliangitis, la reacción persistente a picaduras de artrópodos o el pioderma gangrenoso.<sup>(2)</sup>

El paciente del caso presentado refiere un viaje a periferia de la provincia Pichincha, una zona de reporte de casos de leishmaniasis en Ecuador. Sufre picaduras de insectos en zonas expuestas, evolucionando tres de ellas hacia lesiones cutáneas ulcerativas. Este paciente refiere que presentó lesión nodular y eritematosa al inicio, pero llega a consulta externa con lesiones en forma de úlceras ya descritas. Se realizó el diagnóstico de la enfermedad mediante la identificación de amastigotes en biopsia y frotis directo de las tres lesiones en la piel, coincidiendo las pruebas diagnósticas empleadas con la bibliografía publicada.<sup>(4,11)</sup>

Con este resultado, se inició tratamiento con glucantime, antimonial pentavalente parenteral. Las dosis encontradas en las revisiones están entre 10-60 mg/kg.<sup>(4)</sup> La dosis de glucantime utilizado en nuestro paciente fue de 20 mg/kg/día intramuscular durante 20 días, según protocolo establecido en las Guías de Buenas Prácticas Clínicas de leishmaniasis en Ecuador. Se describen similares dosis en la literatura médica.<sup>(7,10,11)</sup>

En el caso presentado, se utilizó tratamiento sistémico por ser múltiples lesiones y de gran tamaño.

Los compuestos antimoniales son el pilar de la terapia debido a su alta tasa de éxito, por lo que son considerados como la primera línea para tratamiento de todas las formas de *Leishmania*.<sup>(1,3,4)</sup> Son ampliamente utilizados debido a su bajo costo y gran disponibilidad en el mercado, incluso en población pediátrica.<sup>(10,13,14,15)</sup> Otros países de Sudamérica también utilizan este medicamento, y otros ya señalados previamente.<sup>(16,17,18)</sup>

Luego de recibir tratamiento con sales de antimonio pentavalentes bajo vigilancia supervisada, el paciente recibió alta médica por resultados favorables, con resolución de las lesiones dérmicas, solo mostrando áreas eritematosas residuales.

## Conclusiones

Se corroboró que la leishmaniasis es una entidad que puede estar presente en la práctica médica, y que su diagnóstico y tratamiento oportunos son altamente beneficiosos para la mejoría y la cura, por lo que se impone la realización de un correcto y exhaustivo examen físico. Utilizamos el medicamento meglumina a dosis habitual, según protocolo, durante 20 días consecutivos, mostrando resultados muy positivos.

### Aporte científico

Está basado en dos aspectos fundamentales: primero, la enseñanza a los nuevos profesionales de la salud de la forma de diagnóstico de esta afección, así como mostrar imágenes originales que permiten identificar futuros casos similares, por lo que se hace necesario realizar un correcto diagnóstico, tanto en el primer como en el segundo nivel de atención y, segundo, el tratamiento impuesto para leishmaniasis fue positivo, sin efectos adversos.

### Referencias bibliográficas

1. Jaramillo-Antillón O, Espinoza-Aguirre A, Calvo-Fonseca N, Mata-Somarribas C, Wasserman H. La leishmaniosis cutánea en Costa Rica: prevención, diagnóstico y tratamiento. Acta Médica Costarricense. 2018 [acceso 07/08/2023];60(3):103-14. Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022018000300103](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022018000300103)
2. Abadías-Granado I, Diago A, Cerro PA, Palma-Ruiz AM, Gilaberte Y. Leishmaniasis cutánea y mucocutánea. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2021 [acceso 07/08/2023];112(7):601-18. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-leishmaniasis-cutanea-mucocutanea-articulo-S0001731021001083>
3. Field-Cortazares J, Tinoco-Gracia L, Rentería-Evangelista T, Barreras-Serrano A, Tamayo-Sosa AR, López-Valenci G, Coria-Lorenzo JJ. Artículo original-Estudio de seroprevalencia de leishmaniasis en Ensenada, Baja California, México. Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría. 2021 [acceso 09/09/2023];34(137):1916-22. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/5689>
4. Chacón AC, Romero BV, Vargas MF. Leishmaniasis: evaluación clínica y diagnóstico. Revista Médica Sinergia. 2022 [acceso 09/09/2023];7(4):e781-e781. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/781>
5. Rojas Madriz B. Leishmaniasis cutánea: una revisión centrada en Costa Rica. Medicina Legal de Costa Rica. 2019 [acceso 09/09/2023];36(2):82-94. Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152019000200082](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152019000200082)
6. Carrillo C, Miranda M. Lesiones cutáneas por leishmaniasis, caracterización y respuesta al tratamiento local y sistémico en la población del noroccidente de Pichincha desde enero 2014 [tesis]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina; 2018

- [acceso 12/09/2023]. Disponible en:  
<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/5689>
7. Guzmán N, Fletcher E, Torres F, Peláez O. Leishmaniosis Cutánea en una niña. Revista médica (Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala). 2022 [acceso 12/09/2023];161(2):207-09. Disponible en:  
<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/5689>
8. Saldaña-Chafloque CF, Saldaña-Alfaro MI, Saldaña-Chafloque RI, Acosta-Román M. Estudio clínico y epidemiológico de Leishmaniasis Cutánea en un Hospital Nivel II Del Perú. Llamkasun. 2021 [acceso 13/09/2023];2:23-40. Disponible en:  
<https://llamkasun.unat.edu.pe/index.php/revista/article/view/62>
9. Ortega-Moreno ME, Terán-Ángel GA, Hernández MM, Belizario D, Galindo W, Guevara JR. Leishmaniasis cutánea: principales diagnósticos diferenciales. Dermatología Venezolana. 2019 [acceso 13/09/2023];57(1). Disponible en:  
<https://revista.svderma.org/index.php/ojs/article/view/1427>
10. Piccolo Johanning L, Pérez Elizondo E, Álvarez Morales L, Wang Zúñiga C, Sancho Torres M. Leishmaniasis: Opciones terapéuticas en la población pediátrica. Medicina Legal de Costa Rica. 2018 [acceso 02/10/2023];35(1):52-64. Disponible en:  
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/674>
11. Huanca Huanca ML, Calderon López ME, Rojas Cabrera E, Saavedra Borda CR. Anfotericina B Liposomal, Tratamiento Pediátrico en Leishmaniasis Cutánea con Falla Terapéutica. Gaceta Médica Boliviana. 2021 [acceso 02/10/2023];44(2):254-9. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1012-29662021000200254](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662021000200254)
12. Mañes Jiménez Y, Pedrón Marzal GM. Análisis de 37 casos de leishmaniasis en niños, diagnosticados en una comarca de Valencia, España. Pediatría Atención Primaria. 2021 [acceso 11/10/2023];23(89):33-41. Disponible en:  
[https://scielo.isciii.es/443/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322021000100004](https://scielo.isciii.es/443/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322021000100004)
13. Mehmet Salih Gurel MD, Burak Tekin MD, Soner U. Cutaneous leishmaniasis: A great imitator. Elsevier. 2019 [acceso 11/10/2023];38. Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738081X19301841>
14. Martínez-Rico JC, Herz-Ruelas ME, Ocampo-Candiani J. Leishmaniasis cutánea y mucocutánea: abordaje clínico, diagnóstico y terapéutico. España: Elsevier. 2019 [acceso 11/10/2023];36. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-piel-formacion->

[continuada-dermatologia-21-articulo-leishmaniasis-cutanea-mucocutanea-abordaje-clinico-S0213925120301027](#)

15. Ministerio de la Protección Social República de Colombia. Dirección General de Salud Pública. Instituto Nacional de Salud, Guía de Atención Clínica Integral del Paciente con Leishmaniasis. Bogotá. 2010 [acceso 12/10/2023]. Disponible en: [https://www.acin.org/images/guias/Guia\\_Leishmania.pdf](https://www.acin.org/images/guias/Guia_Leishmania.pdf)

16. Barral-Netto M, Badaro R, Barral A, Carvalho E. Inmunología da leishmaniose tegumentar. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 1986 [acceso 12/10/2023];19:173-91. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/262508638\\_Imunologia\\_da\\_Leishmaniose\\_tegumentar](https://www.researchgate.net/publication/262508638_Imunologia_da_Leishmaniose_tegumentar)

17. Magill AJ. Cutaneous Leishmaniasis in the returning Traveler. Infect Dis Clin N A. 2005 [acceso 13/10/2023];19:241-66. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15701556/>

18. Hernán Bermúdez P, Ernesto Rojas C. Leishmaniasis tegumentaria en Cochabamba y Bolivia. Bolivia: Editorial Moca. 2002 [acceso 13/10/2023]. Disponible en: <https://www.buenastareas.com/ensayos/Leishmaniasis-Tegumentaria-En-Cochabamba-y-Bolivia/4553166.htm>

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.