



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), Noviembre-Diciembre 2025,  
Volumen 9, Número 6.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i6](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i6)

## **LEISHMANIASIS CUTÁNEA EN LA AMAZONÍA ECUATORIANA. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

**CUTANEOUS LEISHMANIASIS IN THE ECUADORIAN  
AMAZON. CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW**

**Md. Nixon Ronaldo Peña Jiménez**

Universidad Nacional de Loja, Ecuador

**Md. Verónica Katherine Pucha Caraguay**

Universidad Nacional de Loja, Ecuador

**Md. Omailee Jamileth Armijos Ochoa**

Universidad Nacional de Loja, Ecuador

**Mgtr. Maritza Patricia Peña Jiménez**

Universidad Tecnológica Empresarial de Guayaquil, Ecuador

**Mgtr. Luis Antonio Seraquive Condoy**

Universidad Internacional de La Rioja, Ecuador

DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i6.21922](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i6.21922)

## Leishmaniasis Cutánea en la Amazonía Ecuatoriana. Reporte de Caso y Revisión Bibliográfica

**Md. Nixon Ronaldo Peña Jiménez<sup>1</sup>**[nixronaldo99@gmail.com](mailto:nixronaldo99@gmail.com)<https://orcid.org/0009-0004-9150-6185>Universidad Nacional de Loja  
Ecuador**Md. Verónica Katherine Pucha Caraguay**[veritopucha2001@gmail.com](mailto:veritopucha2001@gmail.com)<https://orcid.org/0009-0005-2935-0172>Universidad Nacional de Loja  
Ecuador**Md. Omailee Jamileth Armijos Ochoa**[omaileearmijos@gmail.com](mailto:omaileearmijos@gmail.com)<https://orcid.org/0009-0009-8541-6622>Universidad Nacional de Loja  
Ecuador**Mgtr. Maritza Patricia Peña Jiménez**[maritza.pena@docentes.educacion.edu.ec](mailto:maritza.pena@docentes.educacion.edu.ec)<https://orcid.org/0009-0003-6181-9108>Universidad Tecnológica Empresarial de Guayaquil  
Ecuador**Mgtr. Luis Antonio Seraquive Condoy**[antonio.seraquive@docentes.educacion.edu.ec](mailto:antonio.seraquive@docentes.educacion.edu.ec)<https://orcid.org/0009-0005-5196-7929>Universidad Internacional de La Rioja  
Ecuador

### RESUMEN

La leishmaniasis cutánea es una enfermedad tropical zoonótica causada por protozoos del género *Leishmania*, transmitida por la picadura de flebótomos infectados, que representa un importante problema de salud pública en regiones endémicas como la Amazonía ecuatoriana. El objetivo de este artículo es reportar un caso clínico de leishmaniasis cutánea en un paciente masculino de 33 años, residente en la provincia de Zamora Chinchipe, quien presentó lesiones ulceradas en la pierna derecha tras una aparente picadura de mosquito. El diagnóstico se confirmó mediante frotis directo con visualización de amastigotes intracelulares, y se instauró tratamiento con antimonio de meglumina con evolución favorable y sin recidiva. A través de este caso y una revisión bibliográfica, se evidencia la necesidad de un diagnóstico temprano, tratamiento eficaz y estrategias de prevención en comunidades expuestas, especialmente aquellas vinculadas a actividades laborales como la minería, donde las condiciones ambientales incrementan el riesgo de infección.

**Palabras clave:** leishmaniasis cutánea, manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamiento

---

<sup>1</sup> Autor principal.

Correspondencia: [nixronaldo99@gmail.com](mailto:nixronaldo99@gmail.com)

# Cutaneous Leishmaniasis in the Ecuadorian Amazon. Case report and Literature Review

## ABSTRACT

Cutaneous leishmaniasis is a tropical zoonotic disease caused by protozoa of the genus *Leishmania*, transmitted by the bite of infected sand flies, which represents a significant public health problem in endemic regions such as the Ecuadorian Amazon. The objective of this article is to report a clinical case of cutaneous leishmaniasis in a 33-year-old male patient, resident in the province of Zamora Chinchipe, who presented ulcerated lesions on his right leg after an apparent mosquito bite. The diagnosis was confirmed by direct smear with visualization of intracellular amastigotes, and treatment with meglumine antimoniate was initiated with favorable evolution and no recurrence. Through this case and a literature review, the need for early diagnosis, effective treatment, and prevention strategies in exposed communities is evident, especially those linked to work activities such as mining, where environmental conditions increase the risk of infection.

**Keywords:** cutaneous leishmaniasis, clinical manifestations, diagnosis, treatment

*Artículo recibido 10 diciembre 2025  
Aceptado para publicación: 10 enero 2026*



## INTRODUCCIÓN

### Leishmaniasis

La leishmaniasis es una enfermedad crónica causada por protozoos intracelulares del género *Leishmania*, transmitida por la picadura de flebótomos hembra infectados, considerada entre las 10 principales enfermedades tropicales zoonóticas con reservorios principal en animales como roedores y caninos (Caicedo Suarez et al., 2023). La enfermedad se distribuye principalmente en las zonas tropicales y subtropicales, convirtiéndose en un problema de salud pública, afectando a nivel mundial en 88 países y en el continente americano es endémica en la leishmaniasis cutánea (LC), seguido de la mucocutánea y visceral (LV) considerada como la más grave (Khan et al., 2023).

La LC es causada por al menos veinte tipos diferentes de leishmaniasis, su periodo de incubación puede variar generalmente entre semanas o meses. Dicha patología se clasifica en localizada, difusa, diseminada y recidivante. El tipo de leishmaniasis que desarrolla el huésped depende tanto de la respuesta inmunológica como de la especie específica de *Leishmania* que causa la infección (Obaldía Mata et al., 2023).

### Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima entre 700.000 y un millón de casos nuevos al año. Aproximadamente el 95% de los casos de LC se producen en América del Sur, la Cuenca del Mediterráneo, Oriente Medio y Asia Central; y la mayoría de los casos de LV se producen en Brasil, África Oriental e India (Abadías-Granado et al., 2021). En esta región se registran, en promedio, 55,000 casos anuales de LC y mucosa, además de 3,500 casos de LV, con una tasa de letalidad promedio del 7% (Bazurto Bazurto et al., 2025). La leishmaniasis en las Américas se reporta 20 países con transmisión, endémico en 18 países, siendo los más afectados los hombres entre 20 a 50 años. El 80% de los casos se encuentran en el área andina y Brasil (Organización Panamericana de la Salud, 2021). En el Ecuador en el año 2023 se reportaron 1.046 casos confirmados, de estos LC fueron 1.011 casos (97,21%) y 29 casos de L. mucocutánea (2,78%). La leishmaniasis en Ecuador es una enfermedad endémica que ha sido obligada desde el año 2005 y considerada de notificación declaratoria por su amplia y extensa distribución, especialmente en zonas tropicales y subtropicales del país, como la Amazonía, zonas costeras y valles interandinos.



Se caracteriza cuando aparecen lesiones en la piel, en especial en zonas expuestas del cuerpo, como es la cara, el cuello y las extremidades (Bazurto Bazurto et al., 2025). Al año 2024, se ha notificado 1.035 casos confirmados de Leishmaniasis a nivel nacional, mayormente asociados a LC. En la semana epidemiológica 26 del año 2025, se ha notificado 753 casos confirmados de Leishmaniasis a nivel nacional (Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica (DNVE), 2025). La región donde se presentaron la mayor cantidad de casos es la amazónica, con mayor prevalencia en las provincias de Morona Santiago y Zamora Chinchipe. En el Ecuador la mayor transmisión se produce en individuos de áreas rurales (Celi H, Alvear D, Alvear J, 2021).

### **Etiopatogenia**

El parásito es un protozoo perteneciente a la familia Trypanosomatidae. El género *Leishmania* comprende alrededor de 22 especies patógenas para el ser humano, las cuales se agrupan en los subgéneros *Leishmania* y *Viannia*.

Las especies de *Leishmania* son parásitos intracelulares obligados que existen en dos formas: promastigote y amastigote. En el intestino del flebótomo, los organismos se multiplican como promastigotes flagelados extracelulares (Bravo, 2024).

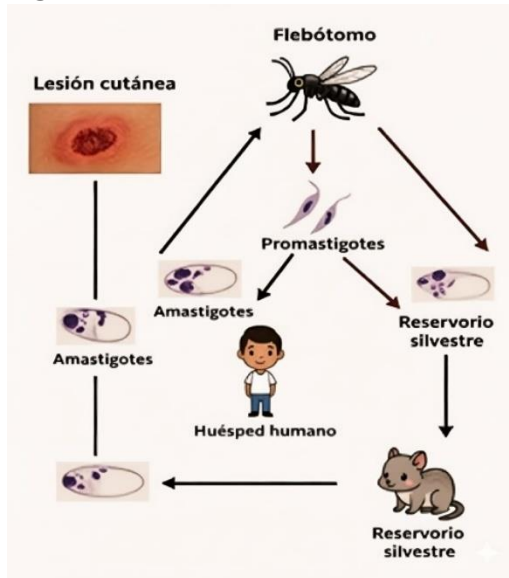
El parásito es un protozoo perteneciente a la familia Trypanosomatidae. El género *Leishmania* comprende alrededor de 22 especies patógenas para el ser humano, las cuales se agrupan en los subgéneros *Leishmania* y *Viannia* (Organización Panamericana de la Salud, 2023). Las especies de *Leishmania* son parásitos intracelulares obligados que existen en dos formas: promastigote y amastigote.

En el intestino del flebótomo, los organismos se multiplican como promastigotes flagelados extracelulares (Bravo, 2024).

**Figura 1.** El flebótomo hembra infectado inyecta el parásito en su estado de promastigote en la piel del ser humano. Una vez en el huésped humano los promastigotes son fagocitados por las células del sistema inmune y se transforman en amastigotes. Se multiplican dentro de las células del huésped y provocan la lesión cutánea típica. Las células infectadas con amastigotes pueden ser ingeridas por flebótomo al alimentarse, completando el ciclo.



**Figura 2.**



Existe también el reservorio silvestre donde el flebótomo puede picarlos, adquirir el parásito y después transmitirlo a humano u otros animales. El período de incubación varía en función de la forma clínica, siendo generalmente menor o igual a 2 semanas y hasta 2 meses para la LC, de 3 a 9 meses para la LV y de hasta más de 2 años para la LMC (Abadías-Granado et al., 2021). Los reservorios son variados dependiendo de la especie de *Leishmania* spp., pueden ser roedores, cánidos marsupiales, entre otros, con excepción de *Leishmania donovani* y *Leishmania tropical*, donde el reservorio es el ser humano en zonas endémicas (Blanford Ulate et al., 2025).

### **Factores de riesgo**

La leishmaniasis es una enfermedad transmitida por vectores que se desarrollan principalmente en climas tropicales y subtropicales es por ello que dentro de los principales factores de riesgo se asocian los ambientales, naturales, condiciones climáticas, así como factores demográficos y de actividad humana (Mendoza Quijano et al., 2022). En múltiples estudios de investigación se logró determinar que existen también factores conductual-laboral, domicilio y peridomicilio, socioeconómicos e inmunológicos; demostrando que vivir en condiciones de pobreza, tiempo excesivo al aire libre, animales en la casa, bosque o cultivo cerca y material de la casa son considerados los mayormente asociados a la enfermedad (Caicedo Suarez et al., 2023).

En pacientes inmunodeprimidos los parásitos pueden persistir durante décadas después del tratamiento, ya que no parece haber inmunidad estéril. La reactivación fulminante de la infección es posible cuando la inmunidad está comprometida, por ejemplo, debido a una terapia inmunosupresora posterior al trasplante, el uso de inmunomoduladores, la edad avanzada o la infección por VIH (Hidalgo Solis et al., 2021).

### **Manifestaciones clínicas**

En el sitio de inoculación del parásito se forma una pápula, que típicamente progresa a una placa o nódulo con tendencia a la ulceración, frecuentemente aparece en sitios expuestos, como la cara o las extremidades (Cobo Carrasco & Pérez Laborde, 2024). Suelen comenzar como una pápula pequeña y bien circunscrita en el sitio de inoculación. Esta lesión puede agrandarse lentamente durante varias semanas hasta convertirse en un nódulo o placa y luego ulcerarse o volverse. Los sitios expuestos como la cara, el cuello, los brazos y las piernas son los más comúnmente afectados (Bravo, 2024).

La clínica característica de la patología varía acorde al sitio en dónde se desarrolla la enfermedad, esta puede incluir sitios como; piel, mucosas y vísceras.

### **Leishmaniasis visceral**

Es la forma más severa de la enfermedad, ocurre cuando parásitos y macrófagos contagiados ingresan en órganos y tejidos hematopoyéticos. La clínica característica involucra fiebre persistente e irregular más esplenomegalia. Por su parte, hay manifestaciones clínicas tardías como pancitopenia, hepatomegalia, hipergammaglobulinemia y pérdida de peso (Villacís Vega María Fernanda, 2025).

### **Leishmaniasis mucocutánea**

Las lesiones de las mucosas van desde el edema de los labios y la nariz hasta la perforación del tabique nasal o (con menor frecuencia) del cartílago laríngeo o el paladar. La infiltración o ulceración de las mucosas de la nariz, los labios y la orofaringe son características típicas, la afectación ocular o genital es poco frecuente. En algunos pacientes, se observa una pérdida extensa de tejido tanto en la boca como en la nariz, la que provoca una característica "cara de tapir" conocida como espundia. La afectación de las cuerdas vocales puede provocar ronquera (Bravo, 2024).



## **Leishmaniasis cutánea**

Es la presentación más común. Tiene un periodo de incubación de 2 a 4 semanas, en donde la pápula se convierte en nódulo. El tipo de lesión más común se caracteriza por una úlcera y puede variar de 1 a 10 lesiones que se localizan en una zona expuesta del cuerpo. Generalmente, la úlcera es indolora, rosada y redonda, con bordes bien delimitados y elevados, una base indurada y un fondo limpio donde a veces puede aparecer una costra central que puede sangrar. Puede resolverse espontáneamente, dejando una cicatriz hipopigmentada, lisa y fina. Sin embargo, algunos casos evolucionan a otras formas de la enfermedad (De Vries & Schallig, 2022). Estas lesiones generalmente se suelen curar de manera espontánea en un plazo de 2 a 5 años dependiendo de la especie, y dejan cicatriz (Villacís Vega, 2025). Todos los pacientes presentaban casos compatibles de LC. La mayoría presentaba una sola lesión en la cara, las manos, el cuerpo, las extremidades y los pies. Otros pacientes presentaban lesiones múltiples, dobles, triples y antiguas en diversas partes del cuerpo (cara, manos, pies, extremidades y tórax) (Khan et al., 2023).

## **Diagnóstico**

El diagnóstico inicia desde el ámbito epidemiológico en el que se encontró la persona sospechosa, hasta la clínica característica y su descubrimiento microbiológico; basado en la forma parasítica aislada del vector corresponde denominar promastigotes y en el huésped humano la forma intracelular encontrada se denomina amastigotes. Existen dos clasificaciones microbiológicas para su diagnóstico éstas incluyen métodos directos e indirectos (Azim et al., 2021).

De acuerdo a la forma en la que se presenta la enfermedad dependerá su toma de muestra, en la forma ulcerada, diseminada y difusa se recomienda; raspado, aspirado de la lesión o ganglio y biopsia, mientras que en las formas atípicas es recomendado el aspirado de la lesión (Gómez Itriago & Cañarte Alcívar, 2022).

## **Métodos directos**

Se refiere a los métodos que detecta el parásito en el tejido; técnicas microscópicas, cultivo e identificación de ADN mediante pruebas moleculares.





**Microscopía óptica:** inicia con la toma de muestra, en las úlceras el más usado es el raspado con bisturí que se realiza en el sitio de la lesión de preferencia en los bordes indurados que mantienen menor daño tisular, aspirado de ganglios linfáticos o lesiones (Cobo Carrasco & Pérez Laborde, 2024).

La muestra obtenida se coloca en una placa portaobjetos y se aplica colorantes, el método más utilizado se denomina Romanowsky, consiste en usar un colorante básico, como el azul de metileno, para fijarse a las estructuras con pH ácido, y un colorante ácido, como la eosina, que se adhiere a estructuras con pH básico. La visualización microscópica del amastigote se caracteriza por un citoplasma de azul tenue, un kinetoplasto lila en forma de barra y un núcleo de tonalidad roja, ya sea dentro o fuera de los macrófagos (Cobo Carrasco & Pérez Laborde, 2024).

**Métodos de recolección:** frotis, biopsia, aspirado de lesiones y de ganglios linfáticos.

**Frotis:** Este método posibilita la observación directa del amastigote de *Leishmania*, caracterizado por un citoplasma de tono azul tenue, un kinetoplasto con coloración lila en forma de barra y un núcleo de tonalidad roja, ya sea en el interior de los macrófagos o fuera de ellos (Cobo Carrasco & Pérez Laborde, 2024).

**Biopsia:** El análisis histopatológico requiere de técnicas como la biopsia la que implica la extracción de tejido de un organismo vivo para su estudio microscópico con el fin de tener un diagnóstico. En el análisis histológico se observan amastigotes contenidos en los histiocitos después de realizar la tinción de elección puede ser Giemsa o eosina y hematoxilina para facilitar la visualización de los parásitos y proporcionar una identificación precisa (Cobo Carrasco & Pérez Laborde, 2024).

**Cultivo In Vitro:** permite aislar el parásito en medios específicos que facultara su proliferación, lo que facilita su posterior identificación. Aunque es un método altamente específico, su uso está limitado por el tiempo que requiere el cultivo y las condiciones necesarias para mantener viables a los parásitos (Pazmiño-Gavilanes et al., 2025).

### **Pruebas inmunológicas**

**Prueba cutánea de Montenegro o leishmanina:** A las 48 o 72 horas después de la inyección de *Leishmania* en el antebrazo, se evalúa la induración local, que se considera positiva si es mayor de 5 mm. Esta prueba cutánea de leishmanina se utiliza para el diagnóstico, pero puede revelar infecciones presentes y pasadas. Incluso en personas asintomáticas infectadas (De Vries & Schallig, 2022).



**Diagnóstico serológico:** El ensayo de inmunofluorescencia indirecta (IIFA) y el ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas (ELISA) son los métodos comúnmente utilizados para el diagnóstico de la leishmaniasis; sin embargo, en las leishmaniasis tegumentarias, la sensibilidad se considera baja. En lesiones crónicas como LR, MC y DL, la sensibilidad puede ser mayor. En el caso de la LM (en la que es difícil detectar el parásito), la serología positiva puede ser el único criterio diagnóstico (Abadías-Granado et al., 2021).

### Complicaciones

Las principales complicaciones de la leishmaniasis pueden ser desde muy simples hasta de gran severidad, incluyen; adenomegalias, esplenomegalias, fiebre, úlceras, costras, asimismo se describe complicaciones cardiovasculares, y casos en los que se ha descrito como una de las complicaciones más relevantes el carcinoma escamoso queratinizante (Tomalá Mishel et al., 2023). Estudios han logrado demostrar que la LC puede complicarse hasta presentar anemia, leucopenia y trombocitopenia, y físicamente úlceras crónicas con cicatrices permanentes, además es importante destacar que las complicaciones van a desarrollarse de acuerdo al estado de inmunodeficiencia en el que se encuentre la persona afectada, siendo los portadores de virus de inmunodeficiencia adquirida y afectados por otras enfermedades que condicionan su estado de salud los casos más complejos (Tomalá Mishel et al., 2023).

### Tratamiento

El abordaje terapéutico es la mejor forma de frenar el deterioro de la persona afectada por la leishmaniasis.

#### Cuadro 1. Tratamiento para leishmaniasis cutánea

Leishmaniasis cutánea	
<b>Tratamiento local:</b> 1-3 lesiones iguales o menores a 3 cm en cualquier zona excepto cabeza y zonas periarticulares, pacientes sin inmunodepresión con posibilidad de seguimiento	
Antimoniales pentavalente	Inyección subcutánea; total de 3 a 5 infiltraciones de 1 a 5 ml por lesión, procurando cubrirla por completo, el intervalo sugerido entre sesiones es de 3-7 días, con un volumen que no supere los 15 ml diarios
Termoterapia	Tras aplicar anestesia local, se aplica calor local con un electrodo generador de ondas electromagnéticas a 50 °C durante períodos de 30 segundos, en el centro y el borde de la lesión. Una sesión con el número de aplicaciones necesarias para cubrir toda la lesión.
Paromomicina	En crema al 15% se aplica diariamente en la zona afectada durante 20 días

<b>Tratamiento sistémico:</b> Lesión única o lesiones múltiples mayores a 3 cm en cualquier lugar; o lesiones de cualquier tamaño en cabeza o regiones periarticulares; o lesión única o lesiones múltiples tratadas en forma local que no respondieron al tratamiento o recidivaron.	
Miltefosina	Vía oral; 2,5 mg/kg/día durante 28 días (dosis máxima 150 mg/día).
Isetionato de pentamidina	Intramuscular; 4 a 7 mg/kg/día en 3 dosis aplicadas cada 72 horas
Antimoniales pentavalentes	Intravenosa o intramuscular; 20 mg/kg/día, dosis única diaria durante 10 a 20 día según amerite, (Dosis máxima 1215 mg /kg/día) o 3 ampollas del antimonial pentavalente para reducir los efectos adversos.

Elaboración propia. Adaptado de Organización Panamericana de Salud (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

## Cuadro 2. Tratamiento para leishmaniasis visceral

Leishmaniasis visceral			
Anfotericina B liposomal	Intravenosa; 3 mg/kg/día hasta 20-40 mg/kg de dosis total.	Pueden requerir intervalos superiores a 24 horas entre las dosis en caso de elevación de la creatinina.	
Complejo lipídico de anfotericina B	Intravenosa; 3 mg/kg/día durante 10 días. Dosis total de 30 mg/kg		
Desoxicolato de anfotericina B	Intravenosa; 0,7 mg/kg/día durante 28 días (Dosis máxima: 50 mg/día)		
Contraindicaciones: Antimoniales pentavalentes			

Elaboración propia. Adaptado de Organización Panamericana de Salud (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

## Vacunas

El desarrollo y la administración de una vacuna contra la LC siempre será una de las medidas más eficaces para el control y erradicación de la enfermedad. Se ha estimado que una vacuna que tenga 70 % de eficacia, aporta 10 años de protección, lo cual podría prevenir de 41000 a 141000 casos de LC en Latinoamérica por una cantidad financiera menor en relación al tratamiento de estos casos. El desarrollo de una vacuna eficaz contra la LC es difícil y complicado debido a la compleja interacción entre parásitos de *Leishmania* y el sistema inmunitario del huésped (Malvoti et al., 2021).

Por ejemplo, la opción de usar una vacuna viva atenuada, debido a su capacidad para inducir una respuesta Th1 protectora, es un enfoque atractivo que hoy en día se está explorando. También se han explorado vacunas experimentales basadas en el uso de componentes de parásitos muertos, proteínas recombinantes o ADN, pero hasta ahora ninguna ha llevado a una vacuna contra la LC autorizada para



su uso en humanos. No obstante, la infección por LC recuperada de forma natural induce generalmente inmunidad de por vida contra las especies que causaron la infección primaria, y esto sugiere que, la vacunación debería ser posible (De Vries & Schallig, 2022).

### **Estrategias Metodológicas**

El presente artículo se enmarcó en la modalidad de bibliografía documental, recopilando artículos científicos publicados en bases de datos Scielo, Redalyc, PubMed y Google Académico, que ayudaron la fundamentación del presente marco teórico, puesto que se analizó cada fuente para identificar la confiabilidad y veracidad en la información. El campo de la investigación es descriptivo ya que se realizó la revisión y análisis del caso clínico de Leishmaniasis cutánea en un paciente masculino residente en la Amazonia ecuatoriana.

### **Presentación del caso clínico**

Paciente masculino de 33 años, originario de Loja y residente en Chinapintza, provincia de Zamora, sin antecedentes patológicos de importancia, trabaja en la extracción minera de oro. Refiere que desde hace 3 meses y teniendo como causa aparente picadura de mosquito, presenta prurito a nivel de pantorrilla de pierna derecha para lo cual se aplica Quadriderm (betametasona / gentamicina / tolnaftato / clioquinol) tópico cada 12 horas de manera ocasional, para lo cual no presenta mejoría. Hace 4 semanas cuadro se exacerba presentando incremento del prurito y presencia de lesiones ulcerosas eritematosas de bordes elevados e irregulares, en cantidad de 4 que miden entre 1.5 cm a 3.5 cm de diámetro, motivo por el cuál acude a consulta de atención primaria.

Al examen físico, los signos vitales presentan tensión arterial: 118/76 mmHg, frecuencia cardiaca: 86 lpm, frecuencia respiratoria: 19 rpm, temperatura: 36.4 °C (axilar), Saturación de O<sub>2</sub>: 97 %, llenado capilar: <2 segundos, peso: 78.0 Kg, Talla: 1,70 m, IMC: 26.99 Kg/m<sup>2</sup> (sobrepeso).

Paciente lucido en tiempo espacio y persona. Cabeza: normocefálica. Ojos: pupilas isocóricas normoreactivas. Nariz: fosas nasales permeables. Bocas mucosas húmedas. Tórax: simétrico, murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Corazón: R1-R2 rítmicos con el pulso. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, RHA conservados. Región genitourinaria: No se valora. Extremidades: Miembro inferior derecho: En la región posterior de la pierna, a nivel de los músculos gastrocnemios se observan cuatro lesiones ulceradas, de forma



redondeada, con bordes sobreelevados y eritematosos, centro necrótico cubierto por costra marrón negruzca y halo inflamatorio circundante, sin signos clínicos evidentes de sobreinfección.

**Figura 3.** Se observan cuatro lesiones ulceradas localizadas en la región posterior de la pierna a nivel de músculos gastrocnemios, de morfología redondeada a ovalada, con bordes elevados, bien delimitados, eritematosos y violáceos, característicos del aspecto en “volcán”; los centros están cubiertos por costras gruesas de color marrón negruzco, con áreas necróticas y signos de descamación periférica. Las lesiones presentan un halo inflamatorio circundante y varían en tamaño entre 1,5 y 3,5 cm de diámetro aproximadamente, sin evidencia clínica de supuración activa o signos evidentes de sobreinfección bacteriana.

**Figura 4.**



Se decide realizar frotis de las lesiones dérmicas, en donde se evidencia la presencia de formas parasitarias intracelulares compatibles con Amastigotes, confirmando que se trata de una Leishmaniasis cutánea. Con lo cual se procede a la intervención farmacológica con antimonio de meglumina, a dosis de 20 mg/kg/día intramuscular, resultando en una dosis de 19.26 ml cada día, por el lapso de 20 días, con una respuesta favorable, ya que las úlceras se empezaron a aplanar sus bordes y aumento de tejido epitelial, reduciendo el tamaño de las mismas.

## DISCUSIÓN

La leishmaniasis es una enfermedad crónica infecciosa transmitida por vectores flebótomos y causada por más de 20 especies del género de *Leishmania*, que afectan la piel, las mucosas y las vísceras (Castillo Pinto et al., 2024).

A nivel mundial, la leishmaniasis constituye un desafío de salud pública, afectando a un centenar de países, siendo endémica en regiones de África, Asia, América Central, del Sur y el Mediterráneo (Reithinger et al., 2025). En Ecuador, la leishmaniasis es una enfermedad vectorial de notificación obligatoria, que se manifiesta en el mayor de los casos como LC, pues representa el 97% de los casos (Yáñez Escobar et al., 2025). En la región Costa, prevalecen las úlceras cutáneas en la cara, cuello y extremidades superiores de los pacientes, mientras que, en la Amazonía, son comunes las lesiones ulcerosas en las extremidades inferiores y en la región Andina, predominan las pápulas, principalmente en la cara (Kato, 2025). Cómo lo es en este caso, nuestro paciente que reside en la región Amazónica, presentó lesiones solo en la extremidad inferior derecha. Esto también concuerda con el estudio de casos de 10 años de LC en viajeros y migrantes realizado en Canadá, en donde se evidencio que la localización de estas lesiones era de 31% en extremidades inferiores, 29% en cara y cuello, 19% en el tronco y 25% en extremidades superiores (Lemieux et al., 2022).

Otro aspecto a destacar, es que en la región amazónica la presencia de casos de LC se asocian fuertemente proximidad al ciclo silvestre de la LC, ya que existen asentamientos humanos y campamentos provisorios o semipermanentes (Organización Panamericana de la Salud, 2021). Y es allí que las condiciones de vivienda precarias y primitivas, el bajo nivel de vida, el hacinamiento, dormir a la intemperie y/o en el suelo, los altos niveles de riesgo natural o la falta de inmunidad en quienes emigran a zonas endémicas también podría aumentar el riesgo de infección por estos flebótomos antropolos peridomésticos (Caicedo Suarez et al., 2023). Similar situación, a la que nuestro paciente se encontraba expuesto al encontrarse en un campamento en la región amazónica del Ecuador en donde se realizan actividades de extracción minera poco regularizada por las autoridades.

Otro problema sobre la infección de LC, es que se asemeja a varios tipos de patologías dermatológicas por lo que se le conoce como la “gran imitadora”, tales como erisipela, dermatitis, verrugas, herpes zoster, entre otras, lo que conlleva a un diagnóstico y tratamiento erróneos y, por ende, complicaciones



más complejas (Marte Colina et al., 2024). Es por ello que el diagnóstico oportuno es fundamental, se lo realiza por medio de la observación visual del agente etiológico, el cual puede evidenciarse en muestras de frotis directo y en cortes histopatológicos obtenidas de las lesiones (Domínguez Hermenejildo et al., 2023).

Existen distintas pautas terapéuticas, en pacientes con menos de cinco lesiones es útil el tratamiento con antimoniales pentavalentes, mismos que fueron utilizados en este paciente. Estos pueden ser de aplicación intralesional, pero en el caso de las formas de leishmaniasis del continente americano, no son de utilidad, sobre todo si se trata de úlceras mayores a 5 cm y son múltiples, por lo que es preferible su uso parenteral. Existen otras posibilidades de tratamientos orales y tópicos, como la Miltefosina, Pentamidina, Paromomicina, azoles, Anfotericina B e Imiquimod, cuya utilización debe analizarse de acuerdo con cada caso (Blaizot et al., 2024).

La mala adherencia al tratamiento se produce por diversas razones, como la duda sobre los beneficios esperados, la eficacia del tratamiento, los efectos secundarios desagradables, las limitaciones laborales o económicas, los viajes fuera de casa, la sensación de malestar o depresión, y el simple olvido. En la evaluación de los casos que no responden al tratamiento, un número considerable de pacientes muestra dificultad para adherirse a los regímenes terapéuticos recomendados (Sharifi et al., 2023).

La LC representa un importante desafío de salud pública en Ecuador, no solo por su alta prevalencia, sino también por la falta de tratamientos eficaces y accesibles para la población afectada. A pesar de que existen opciones de tratamiento, la eficacia de los tratamientos tópicos sigue siendo variable y poco documentada (Yáñez Escobar et al., 2025).

## CONCLUSIONES

La LC es un problema de salud pública en Ecuador por lo que es imprescindible su sospecha clínica y diagnóstico oportuno, especialmente en la población de la Región amazónica en donde existen conglomerados de asentamientos de trabajadores en donde están expuestos a distintos factores que favorecen a la presencia de los flebotomos y por ende a infectarse de leishmaniasis, siendo la forma cutánea la más incidente. No obstante, un adecuado manejo y buena adherencia al tratamiento y educación comunitaria podrían mitigar el estigma y mejorar los resultados de la salud en estos pacientes.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abadías-Granado, I., Diago, A., Cerro, P. A., Palma-Ruiz, A. M., & Gilaberte, Y. (2021). Cutaneous and Mucocutaneous Leishmaniasis. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 112(7), 601–618. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.02.008>
- Azim, M., Khan, S. A., Ullah, S., Ullah, S., & Anjum, S. I. (2021). Therapeutic advances in the topical treatment of cutaneous leishmaniasis: A review. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 15(3), 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009099>
- Bazurto Bazurto, M. N., Tamayo Navarro, K. R., & Parrales Ponce, N. R. (2025). Leishmaniasis cutánea y sus criterios epidemiológicos en adultos atendidos en el Centro de Salud Jipijapa. *Revista Científica de Salud BIOSANA*, 5(1), 178–192. <https://doi.org/10.62305/biosana.v5i1.433>
- Blaizot, R., Pasquier, G., Kone, A. K., Duvignaud, A., & Demar, M. (2024). Cutaneous leishmaniasis in sub-Saharan Africa: a systematic review of Leishmania species, vectors and reservoirs. *Parasites and Vectors*, 17(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/s13071-024-06381-8>
- Blanford Ulate, T., Chaves Madrigal, Y., Marín López, L., Cedeño Cascante, T., & Cedeño Cascante, T. M. (2025). Análisis de los casos de Leishmania spp. diagnosticados en el Laboratorio Clínico del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia durante el 2021. *Crónicas Científicas*, 29(1), 10–16. <https://doi.org/10.55139/btky4539>
- Bravo, F. G. (2024). Protozoa and Worms. In *Dermatology: Volume 1-2, Fifth Edition* (Vol. 2). LTD. <https://doi.org/10.1016/B978-0-7020-8225-2.00083-4>
- Caicedo Suarez, N. D., Villa Cedeño, K. P., & Castro Jalca, J. E. (2023). Leishmaniasis cutánea, prevalencia, factores de riesgo y diagnóstico en Latinoamérica. In *MQRInvestigar* (Vol. 7, Issue 1). <https://doi.org/10.56048/mqr20225.7.1.2023.672-703>
- Castillo Pinto, S., Falla, P. E., & Arenas, C. M. (2024). Actualización del espectro clínico de la leishmaniasis cutánea en la población pediátrica: un abordaje práctico. *Revista Hispano-Americana de Dermatología Pediátrica*, 1(1), 14–21. <https://doi.org/10.29176/30284163.1944>
- Celi H, Alvear D, Alvear J, V. S. (2021). Leishmaniasis. Clinical case report. *INDEXIA REVISTA MÉDICO - CIENTÍFICA*, 3(1), 0–2.
- Cobo Carrasco, L. E., & Pérez Laborde, E. J. (2024). Update on diagnostic techniques in leishmaniasis.





*Salud, Ciencia y Tecnología*, 4(1109). <https://doi.org/10.56294/saludcyt20241109>

De Vries, H. J. C., & Schallig, H. D. (2022). Cutaneous Leishmaniasis: A 2022 Updated Narrative Review into Diagnosis and Management Developments. *American Journal of Clinical Dermatology*, 23(6), 823–840. <https://doi.org/10.1007/s40257-022-00726-8>

Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica (DNVE). (2025). Gaceta correspondiente a la Semana Epidemiológica (SE) 27, Ecuador año 2025 (corte 05/07/2025). *Ministerio de Salud Pública Del Ecuador*.

Domínguez Hermenejildo, M., Maldonado Gómez, M., Pinchevsky Girón, C., Torres Solís, T., Bravo Rios, S., & Cobos Paladines, V. (2023). Evaluación clínica y manejo diagnóstico de la Leishmaniasis Cutánea. Presentación de caso y revisión de la literatura. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(2), 4875–4889. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rem.v7i2.5689](https://doi.org/10.37811/cl_rem.v7i2.5689)

Gómez Itriago, J., & Cañarte Alcívar, J. (2022). Leishmaniasis: un tema siempre de actualidad. Leishmaniasis: an always current subject. *Revista Científica Arbitrada En Investigaciones de La Salud “GESTAR”*, 5(10). <https://doi.org/10.46296/gt.v5i10edespag.0080>

Hidalgo Solis, M. J., Viquez Redondo, K. F., & Berrantes Valverde, S. M. (2021). Leishmaniasis cutánea. *Revista Médica Sinergia*, 6(5). <https://doi.org/https://doi.org/10.31434/rms.v6i5.674>

Kato, H. (2025). Epidemiology of Leishmaniasis: Risk factors for its pathology and infection. *Parasitology International*, 105(October 2024), 102999. <https://doi.org/10.1016/j.parint.2024.102999>

Khan, M., Ghayyur, S., & yasmin, S. (2023). Distribution, clinical features, and epidemiology of cutaneous leishmaniasis: A case study of District Haripur, KPK, Pakistan. *Medical Reports*, 2(September 2023), 100025. <https://doi.org/10.1016/j.hmedic.2023.100025>

Lemieux, A., Lagacé, F., Billick, K., Ndao, M., Yansouni, C. P., Semret, M., Libman, M. D., & Barkati, S. (2022). Cutaneous leishmaniasis in travellers and migrants: a 10-year case series in a Canadian reference centre for tropical diseases. *CMAJ Open*, 10(2), E546–E553. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20210238>

Malvolti, S., Malhame, M., Mantel, C. F., Le Rutte, E. A., & Kaye, P. M. (2021). Human leishmaniasis vaccines: Use cases, target population and potential global demand. *PLOS Neglected Tropical*



- Diseases*, 15(9), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009742>
- Marte Colina, I. J., Manzanero Arcila, M. G., Soto Pernia, M. L., & Vivas Toro, S. C. (2024). Leishmaniasis cutánea localizada, tratamiento intralesional. *Revista de La Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica*, 31(4), 312–317. <https://doi.org/10.29176/2590843x.1810>
- Mendoza Quijano, E., Silva Diaz, Y. A., Ordinola Ramírez, C. M., & Pizarro Salazar, O. (2022). Factores ambientales que predicen la infección por leishmaniasis cutánea en Amazonas, Perú. *Revista Científica Pakamuros*, 10(4), 40–52. <https://doi.org/10.37787/pakamuros-unj.v10i4.336>
- Obaldía Mata, A. P., Delgado Rodríguez, E. J., Rocha Monge, S. M., Alejandrina Paola Obaldía Mata, D., José Delgado Rodríguez, E., & Miguel Rocha Monge, S. (2023). Abordaje de la leishmaniasis cutánea. *Revista Medica Sinergia*, 8(4), e985–e985. <https://doi.org/https://doi.org/10.31434/rms.v8i4.985>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). Métodos de vigilancia entomológica y control de los principales vectores en las Américas. In O. P. de la Salud (Ed.), *Organización Panamericana de la Salud*. Organización Panamericana de la Salud. <https://doi.org/10.37774/9789275323953>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Manual de procedimientos para la vigilancia y el control de las leishmaniasis en la Región de las Américas* (Organización Panamericana de la Salud (ed.); Segunda Ed). Organización Panamericana de la Salud. <https://doi.org/https://doi.org/10.37774/9789275327340>
- Pazmiño-Gavilanes, A. E., Valencia-Zamora, F. J., & Pazmiño-Gavilanez, A. E. (2025). Update on Topical Treatment of Cutaneous Leishmaniasis in Ecuador. *Journal Scientific MQRInvestigar*, 9(1), 1–22. <https://doi.org/https://doi.org/10.56048/MQR20225.9.1.2025.e385>
- Reithinger, R., Dujardin, J., Louzir, H., Pirmez, C., Alexander, B., Brooker, S., Washington, G., & Leopold, P. (2025). *Cutaneous leishmaniasis*. 7(September 2007).
- Sharifi, I., Khosravi, A., Aflatoonian, M. R., Salarkia, E., Bamorovat, M., Karamoozian, A., Moghadam, M. N., Sharifi, F., Afshar, A. A., Afshari, S. A. K., Gharachorloo, F., Shirzadi, M. R., Amiri, B., Zainali, M., Doosti, S., Zamani, O., & Gouya, M. M. (2023). Cutaneous leishmaniasis situation analysis in the Islamic Republic of Iran in preparation for an elimination plan. *Frontiers*



in *Public Health*, 11(April), 1–22. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1091709>

Tomalá Mishel, López Jean, & Castro Jazmín. (2023). Leishmaniasis cutánea en américa: evolución histórica, nivel de conocimiento, complicaciones y técnicas empleadas en el diagnóstico. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 5(1), 663–685.

Villacís Vega, M. F. (2025). *Prevalencia de leishmaniasis registrados en los establecimientos de salud pertenecientes al distrito 16D02 de pastaza durante el año 2023 y 2024*. Universidad de las Américas.

Yánez Escobar, G. del R., Navarrete Molina, F. M., Yánez Quiroz, E. L., & Yánez Escobar, D. G. (2025). Impacto y Dinámica de Enfermedades Tropicales en el Ecuador: Una Mirada Basada en la Evidencia (2019–2025). *Reincisol.*, 4(7), 2770–2792. [https://doi.org/10.59282/reincisol.v4\(7\)2770-2792](https://doi.org/10.59282/reincisol.v4(7)2770-2792)

