



## Evaluación clínica y manejo diagnóstico de la Leishmaniasis Cutánea. Presentación de caso y revisión de la literatura

**Michelle Domínguez Hermenejildo<sup>1</sup>**

[michelle.dominguezh@ug.edu.ec](mailto:michelle.dominguezh@ug.edu.ec)

<https://orcid.org/0000-0001-6102-0644>

Universidad de Guayaquil  
Guayaquil - Ecuador

**Michael Maldonado Gómez**

[michael.maldonadog@ug.edu.ec](mailto:michael.maldonadog@ug.edu.ec)

<https://orcid.org/0000-0002-5137-6978>

Universidad de Guayaquil  
Guayaquil – Ecuador

**Cintha Pinchevsky Girón**

[cinthaymateo1513@gmail.com](mailto:cinthaymateo1513@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0001-8244-4753>

Universidad de Guayaquil  
Guayaquil - Ecuador

**Tatiana Torres Solís**

[Tatianatorres199329@gmail.com](mailto:Tatianatorres199329@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-6581-9143>

Escuela Superior Politécnica de Chimborazo  
Chimborazo - Ecuador

**Santiago Bravo Rios**

[ssbravor95@gmail.com](mailto:ssbravor95@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-6665-0247>

Universidad Central del Ecuador  
Quito - Ecuador

**Vanessa Cobos Paladines**

[vanessa.cobos.paladines@gmail.com](mailto:vanessa.cobos.paladines@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0006-7781-0505>

Universidad Nacional de Loja  
Loja - Ecuador

### RESUMEN

La leishmaniasis es una enfermedad causada por un protozoo flagelado perteneciente al género *Leishmania*. Tiene distribución mundial, aunque la mayoría de los casos se agrupan en América del Sur, la cuenca mediterránea y algunas zonas de Asia y África. En América Latina la leishmaniasis cutánea se ha ido presentando en mayor cantidad, es una enfermedad desentendida. El objetivo principal de este artículo es indagar y actualizar los conocimientos sobre Leishmaniasis Cutánea, prevalencia, factores de riesgo y diagnóstico en Latinoamérica. Se trata de un tipo de investigación de revisión documental y descriptiva junto a la presentación de un caso de paciente diagnosticado con leishmaniasis cutánea. Para la búsqueda bibliográfica se recabó información de aquellos artículos, estudios de casos, o revisiones que hayan sido publicados en idioma español e inglés y ser encontrados en base de datos como Scielo, Redalyc, PubMed y Google Académico. Los resultados demostraron que la leishmaniasis cutánea es endémica en los países de Latinoamérica y que pese a esto no es muy tomada en cuenta al momento de tomar decisiones que puedan contrarrestar la enfermedad. Sus factores de riesgo se deben a las condiciones socioeconómicas en los que viven muchos habitantes, puesto a que no tienen los recursos económicos necesarios para adecuar sus hogares y puedan ser más protegidos por los flebótomos. El obtener un diagnóstico definitivo de la leishmaniasis cutánea usan técnicas de laboratorio como el frotis, la prueba de Montenegro y el cultivo. Se concluye que la leishmaniasis cutánea afecta especialmente a las poblaciones más pobres ya que se asocia por la malnutrición o malas condiciones de vivienda. Es indispensable que el personal de salud debe ser capacitado para reconocer la zoonosis en su primera etapa, tratarlos oportunamente y evitar errores diagnósticos. Así como iniciar el tratamiento acorde con los parámetros dispuestos, esperando que la evolución de los pacientes sea favorable

**Palabras clave:** *leishmaniasis; leishmaniasis cutánea; diagnóstico; tratamiento; Ecuador*

---

<sup>1</sup> Autor Principal

## **Clinical evaluation and diagnostic management of Cutaneous Leishmaniasis. Case presentation and literature review.**

### **ABSTRACT**

Leishmaniasis is a disease caused by a flagellated protozoan belonging to the genus *Leishmania*. It has a worldwide distribution, although most cases are grouped in South America, the Mediterranean basin and some areas of Asia and Africa. In Latin America, cutaneous leishmaniasis has been presenting in greater numbers, it is a neglected disease. The main objective of this article is to investigate and update knowledge about Cutaneous Leishmaniasis, prevalence, risk factors and diagnosis in Latin America. This is a type of documentary and descriptive review research together with the presentation of a case of a patient diagnosed with cutaneous leishmaniasis. For the bibliographic search, information was collected from those articles, case studies, or reviews that have been published in Spanish and English and found in databases such as Scielo, Redalyc, PubMed, and Google Scholar. The results showed that cutaneous leishmaniasis is endemic in Latin American countries and that despite this it is not taken into account when making decisions that can counteract the disease. Its risk factors are due to the socioeconomic conditions in which many inhabitants live, since they do not have the necessary economic resources to adapt their homes and can be more protected by sandflies. To obtain a definitive diagnosis of cutaneous leishmaniasis use laboratory techniques such as smear, Montenegro test and culture. It is concluded that cutaneous leishmaniasis especially affects the poorest populations since it is associated with malnutrition or poor housing conditions. It is essential that health personnel must be trained to recognize zoonosis in its first stage, treat it promptly and avoid diagnostic errors. As well as starting treatment according to the established parameters, hoping that the evolution of the patients is favorable.

**Keywords:** *leishmaniasis; cutaneous leishmaniasis; diagnosis; treatment; Ecuador*

## INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria causada por un protozoo intracelular: *Leishmania*, perteneciente a la familia Trypanosomatidae. Se transmite a través de la picadura de un mosquito hembra infectado, que cumple el rol de vector (Jaramillo, 2018). En la actualidad se conoce que existen más de 90 especies identificadas de flebótomos que pueden transmitir el parásito y la enfermedad. El ser humano puede ser fuente de transmisión. (OMS, 2023).

Existen diferentes tipos de animales, unos salvajes y otros domésticos, que pueden actuar como reservorios, por ejemplo, los roedores, cánidos, marsupiales, entre otros, con excepción de la que es producida por *Leishmania donovani* y *Leishmania tropica*, en la que el ser humano es el reservorio en las regiones endémicas (Abadías, 2021). Generalmente esta enfermedad afecta a las poblaciones del trópico y subtropico en el mundo (Chacón, 2022). Según lo que refiere Field (2021), la distribución geográfica se conforma por el denominado Nuevo Mundo (Suramérica y Centroamérica), en el cual se distinguen los subgéneros: *L. Leishmania* y *L. Viannia*, que pueden ocasionar lesiones graves que pueden afectar las mucosas, y, por otro lado, el denominado viejo Mundo (Europa, Asia y África) donde predomina los subgéneros *L. Major* y *L. Trópica*, que pueden producir lesiones cutáneas autolimitadas y benignas (Field, 2021). Las especies *L. Viannia* suelen estar asociadas a cuadros más prolongados y graves (Carrillo, 2018).

El ciclo de vida en el vector tiene una duración variable entre 4 – 18 días, siendo dependiente del tipo de especie de *Leishmania* (Field, 2021), pudiendo extenderse a bajas temperaturas o acortarse a altas temperaturas (Abadías, 2021). El inicio del ciclo de la leishmaniasis, empieza cuando el insecto pica y se infecta de un animal o humano que actúan como reservorios. Este ingiere la sangre y células infectadas con mastigotes, que luego en el tubo digestivo del flebótomo, se diferencian a promastigotes, los cuales posteriormente son inoculados al individuo sano mediante la picadura del flebótomo infectado (Abadías, 2021; Field, 2021). El tiempo que aproximadamente debe transcurrir desde que el hembra flebótomo ingiere sangre contaminada, para posteriormente poder transmitir el parásito *Leishmania* mediante una picadura (Mañes, 2021, Abadías, 2021). La leishmaniasis es una enfermedad cada vez más importante a nivel mundial, en función de la expansión geográfica, el número de casos, el factor socioeconómico, la inmunosupresión y el impacto psicológico (Abadías, 2021).

Son más de 350 millones de personas que residen dentro de áreas consideradas de transmisión activa de parásitos. Se estima que, al año, existen entre 1,5 y 2 millones de niños y adultos que desarrollan la enfermedad de manera sintomática (OPS, 2022).

La leishmaniasis ha sido asociada con 70 mil muertes por año. Es una enfermedad desatendida íntimamente relacionada con la pobreza. A nivel mundial, la leishmaniasis es considerada como endémica en 88 países. El 90 % de los casos de leishmaniasis cutánea se contrae en Afganistán, Siria, Argelia, Pakistán, Irán, Arabia Saudita, Irán, Brasil y Perú (OPS, 2022).

En las Américas, se registra actualmente un promedio de 55.000 casos de leishmaniasis cutánea y mucosa, y 3.500 casos de leishmaniasis visceral al año, con letalidad media de 7%. La leishmaniasis cutánea se registra en 20 países, siendo endémica en 18 de ellos (Colombia, Costa Rica, Brasil, Argentina, Ecuador, Venezuela, Bolivia, Perú, Paraguay, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panamá, Guyana, Surinam, Guatemala, Guyana Francesa y México). Se reporta un registro anual de aproximadamente 46 000 casos con distintas manifestaciones clínicas, de las cuales la LC localizada es la más frecuente. En la Región, las zonas fronterizas presentan el 27% de casos de leishmaniasis cutánea (OMS, 2020; OPS, 2022).

En el Ecuador en el año 2022 se reportaron 844 casos confirmado, de estos, L . Cutánea 813 casos (96.3%) y 31 casos de L. mucocutánea (3.7%) (MSP, 2023).

Las manifestaciones clínicas abarcan desde úlceras cutáneas hasta cuadros con enfermedad sistémica multiorgánica. Puede **presentarse de forma visceral, cutánea o mucocutánea.**

- **Leishmaniasis visceral:** Es considera de mayor gravedad, tiene múltiples presentaciones; habitualmente inicia con fiebre sin foco de semanas o meses de evolución, acompañada o no de alteraciones hematológicas, y progresivamente afectación multiorgánica que puede causar incluso la muerte (Carrillo, 2018; OMS, 2023).
- **Leishmaniasis cutánea:** Esta forma, que es la más frecuente, generalmente se expresa provocando lesiones cutáneas, pápula eritematosa o placa, que progresivamente aumenta de tamaño y se ulcera en su parte central, pudiendo dejar cicatrices de por vida y causar discapacidad grave o la estigmatización de la persona. Pudiendo ser leishmaniasis cutánea localizada. Si hay nódulos no ulcerativos, leishmaniasis cutánea difusa. Y si hay compromiso y destrucción de las mucosas

(leishmaniasis mucosa) (Rojas, 2019). Alrededor del 95% de los casos se producen en las Américas, la cuenca del Mediterráneo, Oriente Medio y Asia Central. Se calcula que cada año se dan en el mundo entre 600 000 y 1 millón de nuevos casos, pero solo 200 000 de ellos son notificados a la OMS. El 85% se presentan en las Américas, siendo Brasil, Colombia y Perú los países latinos con más prevalencia de la enfermedad (OMS, 2023).

- **Leishmaniasis mucocutánea:** Esta forma provoca la destrucción parcial o completa de las membranas mucosas de nariz, boca y garganta. Más del 90% de los casos se dan en Bolivia, Brasil, Etiopía y Perú (OMS, 2023).

**Dentro de los factores de riesgo, se debe considerar:**

**Condiciones socioeconómicas:** La pobreza aumenta el riesgo de leishmaniasis. Las malas condiciones de alojamiento y la insalubridad de las zonas de vivienda (falta de sistemas de gestión de desechos, alcantarillado a cielo abierto, etc.) favorecen la aparición de nichos donde los flebótomos pueden posarse, reproducirse y acceder fácilmente a la población humana. Las viviendas abarrotadas atraen a los flebótomos porque les resulta más fácil picar a las personas y alimentarse de su sangre. Ciertos comportamientos humanos, como el hecho de dormir a la intemperie o en el suelo, también pueden acrecentar el riesgo. (OMS, 2023; Caicedo, 2023)

**Malnutrición:** Los regímenes alimentarios pobres en energía proteínica, hierro, vitamina A y zinc elevan el riesgo de que la infección evolucione hacia la enfermedad franca (OMS, 2023; Caicedo, 2023).

**Movilidad de la población:** Las epidemias de leishmaniasis suelen surgir cuando un gran número de personas que no están inmunizadas se desplazan a zonas de intensa transmisión (OMS, 2023; Caicedo, 2023)

**Cambios ambientales y climáticos:** Los cambios ambientales que pueden influir en la incidencia de la leishmaniasis son, entre otros, la urbanización, la deforestación y la penetración del ser humano en zonas selváticas (OMS, 2023; Caicedo, 2023).

La Leishmaniasis Cutánea sigue siendo una de las enfermedades infecciosas desatendidas de gran importancia debido a su fuerte asociación con la pobreza (OMS, 2020). La ocurrencia de la Leishmaniasis Cutánea está determinada por la exposición de los seres humanos (en general, por actividades económicas y sociales) en contextos donde existen las condiciones climáticas y ecológicas

para la presencia de los vectores, parásitos y reservorios involucrados en la transmisión. Se incrementan las interacciones entre reservorios y parásitos, en lugares donde se da proliferación de vectores, y de esta manera se contribuye al mantenimiento del ciclo de transmisión de la enfermedad (Roque, 2014). Se ha documentado estudios recientes mostraron la probable expansión futura de hábitats para vectores de leishmaniasis cutánea en Sudamérica (Carvalho, 2015) y en Brasil (Costa, 2018). Asimismo, se ha documentado el aumento del riesgo de exposición y ocurrencia de las leishmaniasis en poblaciones que viven en condiciones de pobreza (5).

En un estudio sobre factores ambientales y socioeconómicos determinantes de la ocurrencia de la LC en Brasil, se encontró que la temperatura, la presencia de bosques, los tipos de vegetación, el grado de urbanización, el saneamiento, el desarrollo humano, la renta, la población y las áreas rurales, los hábitos culturales, la ocupación profesional, las actividades agropecuarias, la deforestación y la minería fueron los más relevantes (Buzanovsky, 2020).

La Leishmaniasis cutánea no ha sido reportada o infradiagnosticada por el personal médico ya que su diagnóstico diferencial con otras patologías dermatológicas resulta complejo. (Guzmán, 2022) (Carrillo, 2018). Algunas lesiones tienden a evolucionar a otras formas morfológicas, como eczemas, erisipeloide, hiperqueratósica, zosteriforme y placas. El diagnóstico se establece mediante la observación directa del parásito en los frotis, biopsia de la lesión, con tinciones Wright o Giemsa (Guzmán N. F., 2022).

El diagnóstico definitivo de la leishmaniasis cutánea se realizara a través de la demostración visual del agente etiológico, (Saldaña, 2021) el cual puede evidenciarse en muestras de frotis directo y en cortes histopatológicos obtenidas de las lesiones, y a pesar de que la leishmaniasis presenta claras características clínicas y epidemiológicas, comúnmente esta suele confundirse con un grupo de enfermedades infecciosas y tumorales, (Ortega-Moreno, 2019) por lo que el estudio de estas características es muy importancia para la identificación y diferenciación de la leishmaniasis respecto a otras enfermedades. (Piccolo, 2018; Carrillo, 2018; Ortega, 2019). Para el manejo de la leishmaniasis cutánea se debe considerar el estado inmune del paciente, (Huanca Huanca, 2021) la localización, la especie del vector y la gravedad de la infección (Chacón, 2022).

Las pruebas más utilizadas por especialistas son el frotis de úlceras que consiste en un raspado en una de las áreas afectadas, es decir en la parte interna de una alguna de las úlceras que presenta el paciente,

por lo general esto se lo realiza en aquella que tenga más tiempo de haber aparecido. Esta prueba se utiliza mayormente porque no provoca ningún dolor, es más fácil y sus resultados son rápidos, además de ser una de las más económicas. El cultivo es otra de las pruebas más utilizadas, ya que gracias a que aísla el parásito su detección es más fácil. Este tipo de pruebas también se caracteriza por ser más económicas que otras. La biopsia es una prueba con gran valor en el diagnóstico de la enfermedad, los resultados de esta técnica deben ser revisados por un especialista, es decir por un patólogo. La prueba Montenegro también forma parte del grupo de pruebas de laboratorio más utilizadas en Latinoamérica, por lo general su utilización se realiza para estudios epidemiológicos. Consiste en la inoculación de extractos parasitarios de *Leishmania* spp. en la piel.

Tratamiento puede ser tópico, sistémico y parenteral (Saldaña, 2021; Guzmán, 2022) entre las opciones tópicas tenemos la crioterapia: aplicado durante 15 a 20 segundos, a 1-2 milímetros por fuera de la lesión. (Chacón, 2022) (Rojas Madriz, 2019). Termoterapia previa anestesia local, aplicar calor a 50°C durante 30 a 1-2 milímetros por fuera de la lesión. (Chacón, 2022) Antimoniales pentavalentes intralesionales: el Estibogluconato de Sodio o Antimoniato de Meglumina (Glucantime), (Rojas, 2019; Mañes, 2021) pueden aplicar de forma intradérmica 0,2-0,5 mililitros con intervalo de tres a siete días. Paromomicina tópica: aplicar cada 12 horas a la lesión por 20 días. Es efectiva para *L. L. mayor* y *L. V. Panamensis* (Chacón, 2022). Tratamiento sistémico oral: Azoles: presenta una eficacia limitada, se utiliza el ketoconazol a 200 a 600 mg/día, y el itraconazol a 200- 400 mg/día, durante 1 a 2 meses. Miltefosina: a dosis es de 1.5-2,5 mg/kg al día por 28 días. Tratamiento parenteral: Antimoniales pentavalentes: son el pilar de la terapia debido a su alta tasa de éxito. Considerado el medicamento de elección por más de 50 años. Antimoniato de Meglumina (Glucantime) es el tratamiento de primera elección para la leishmaniasis cutánea en países endémicos. Las dosis con una dosis estándar de 20 mg/kg, administrado durante 10 a 20 días por vía intramuscular (Chacón, 2022). Anfotericina B: se utiliza ante el fracaso terapéutico de glucantime y pacientes especiales, con inmunodeficiencias, ancianos y pacientes de leishmaniasis visceral. Pentamidina: su uso es exclusivo para *L. V. guyanensis* (Chacón, 2022).

Para el tratamiento de la leishmaniasis visceral (LV), las nuevas directrices ahora incorporan anfotericina B liposomal como fuerte recomendación frente al uso de antimoniales pentavalentes. La

recomendación sugiere un tratamiento más accesible para las personas, por ser de menor duración, con menos efectos colaterales y que requiere un tiempo de hospitalización reducido. Para la leishmaniasis cutánea (LC), las nuevas guías recomiendan para pacientes con 1 a 3 lesiones  $\leq 3$  cm de diámetro el uso intralesional de antimoniales (recomendación fuerte) o termoterapia (recomendación condicional). Para pacientes que requieren tratamiento sistémico, se recomienda el uso de miltefosina (recomendación fuerte) o pentamidina (recomendación condicional y únicamente para pacientes con lesiones debidas a *L. guyanensis*).

Por un lado, como lo indica Mollinedo (2020) en su investigación realizada en Bolivia sobre el brote de la Leishmaniasis, se determinó que factores de riesgo como la pobreza, provoca una prevalencia del 48.05%, por otra parte, Espinosa (2020) quien realizó una investigación referente a la leishmaniasis, evidencia una prevalencia de la enfermedad del 13.86%, mostrando contradicción dentro de los resultados reportados.

Los antimoniales pentavalentes son los medicamentos de primera línea para el tratamiento de la leishmaniasis cutánea y se administran sistémicamente (vía endovenosa o intramuscular) a una dosis de 20 mg/kg/día por 20 días (Limachi, 2020).

Algunos ensayos clínicos que han utilizado Ketoconazol a 600 mg/día/oral durante 28 días, han mostrado eficacias del 76% y 89% en el tratamiento de Leishmania cutánea por Leishmaniamexicana y Leishmania panamensis, respectivamente, y del 30% en casos de Leishmania cutánea por braziliensis (Vera, 2022).

En el período 2001-2021, 17 países de la Región notificaron a la OPS 1 105 545 casos de leishmaniasis cutánea (LC) y mucosa (LM), con un promedio de 52 645 por año (OPS, 2022)

Sin embargo, siete registraron más del 35% de los casos en las mujeres (Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panamá y Venezuela), lo que refuerza la necesidad de identificar estos focos de transmisión, además de llevar a cabo una investigación entomológica para averiguar una posible transmisión domiciliaria. (OPS, 2023)

Los medicamentos más comúnmente utilizados en el tratamiento de las leishmaniasis cutánea y mucosa son los antimoniales pentavalentes, en dos diferentes formulaciones: antimoniato de N-metil

glucamina y estibogluconato de sodio. Medicamentos como el isetionato de pentamidina, la miltefosina, la anfotericina B y la anfotericina B liposomal constituyen otras opciones terapéuticas.

Sin embargo, ningún tratamiento erradica la infección y la gravedad de los eventos adversos asociados al tratamiento con drogas sistémicas, han motivado la aceptación de tratamientos locales (intralesionales o termoterapia) para la leishmaniasis cutánea localizada con lesiones de hasta 900 mm cuadrados de área (diámetro de 3 cm), teniendo en cuenta la relación riesgo/beneficio (OMS. 2023).

Actualmente, el 83% de las personas diagnosticadas con la forma cutánea en los nueve países de la región para los que existen datos reciben tratamiento (OPS, 2022).

En el estudio realizado por López (2017), se incluyeron 34 estudios con 2.706 casos y 7.511 controles, publicados entre 1987 - 2016; 52,9% de América y 32,4% de Asia. 65,7% evaluaron factores inmunológicos como HLA, TNF e IFN. Menos del 30% evaluaron factores sociodemográficos, conductuales, domiciliarios o laborales. La mayor fuerza de asociación fue para bajos ingresos (OR 28,7), tiempo excesivo al aire libre (OR 24,1), antecedente familiar de leishmaniasis (OR=17,8), estanque a menos de 150 m de la casa (OR=15,1), casas con pared de yeso (OR 18,3) y piso de tierra (OR 6,1); dormir sin mosquitero (OR 11,1), no protegerse de insectos (OR 8,3) y baja escolaridad (OR 5,0).

En el estudio realizado por Collado (2019), se evidencio que sí hubo diferencias entre hombres y mujeres, habiendo un predominio del sexo masculino: 13 pacientes (50%) y seis pacientes (23.07 %).

La región anatómica donde aparecieron con más frecuencia las lesiones de piel de la enfermedad fueron los miembros superiores con 17 casos (65.38%) y la cara con 15 casos (57.92 %). El tratamiento principal que se utilizó en estos pacientes fue el de antimonio de meglumina (Glucantime®) en 25 pacientes, 96.15%.

### **Presentación de caso**

Paciente de 36 años de edad, que acude a al servicio de medicina ocupacional en la empresa donde labora con motivo de consulta de desvanecimiento, opresión torácica, ansiedad y taquicardia, y señala sentir que se le ha aumentado la presión, cuadro clínico que se ha presentado de manera intermitente en los últimos 4 días.

Paciente con antecedente de hábitos tabáquicos, de 5 -7 cigarrillos al día desde hace aproximadamente 9 años, que cursaba el cuarto día de abstinencia al tabaco. El paciente también tiene el antecedente de un viaje a la amazonia ecuatoriana por motivos laborales.

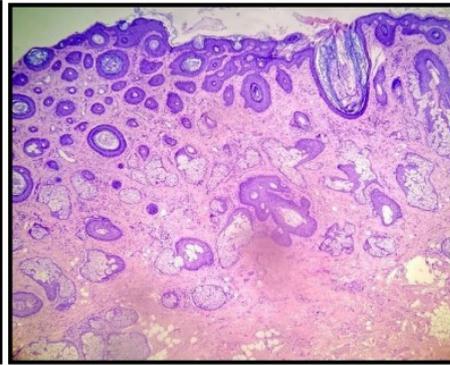
Se le midió la presión arterial resultando con valores dentro de la normalidad. Se le realizó un control con electrocardiograma es cual también evidenció hallazgos compatibles con la normalidad. Mas allá del cuadro de abstinencia que cursaba el paciente por el abandono del tabaco, y para lo cual fue abordado con todas las recomendaciones pertinentes, llamaba la atención lesiones a nivel facial, por lo cual se lo indagó, y se determinó que la lesiones en cara, llevaban aproximadamente un año de evolución, y aunque en un comienzo provocaba prurito y pensaba que se trataba de acné, el paciente no le dio la importancia por llegar a un diagnóstico. El paciente señaló que, en el lapso del periodo de evolución de la lesión, ha aumentado de tamaño y ha cambiado de color, por lo que desde el punto de vista médico se sugiere interconsulta a dermatología para que se realice una biopsia y valore integralmente. Histopatología determinan que los hallazgos son compatibles con leishmaniasis cutánea y solicita corroborar con una PCR o prueba de Montenegro.

**MACROSCOPIA:** A. ROTULADO BIOPSIA EXCISIONAL, PIEL, SURCO NASOGENIANO DERECHO. Se recibe elipse de piel mide 1 x 0.5 x 0.4 cm, superficie epidérmica café grisáceo, se observa en lesión nodular única central gris negruzca de bordes bien definidos, verrugosa que mide 0.3 cm en su diámetro mayor, alejada de los bordes quirúrgicos. Se procesa todo, 2 cortes, 1 casete. 1 bloque de parafina.

**MICROSCOPIA:** A. ROTULADO BIOPSIA EXCISIONAL, PIEL, SURCO NASOGENIANO DERECHO. Epidermis con leve hiperqueratosis, hiperplasia epidérmica irregular con quistes de queratina, en los cuales emergen numerosos folículos pilosos primarios dilatados con gránulos de queratohialina y también folículos secundarios abortivos en la pared quística hacia la dermis papilar. Se acompaña de infiltrado perifolicular linfohistioplasmocítico moderado en dermis superficial con presencia de demodex en infundíbulos dilatados focalmente, además de moderada fibrosis del estroma.



MACRO. Nódulo solitario gris negruzco bien delimitado.



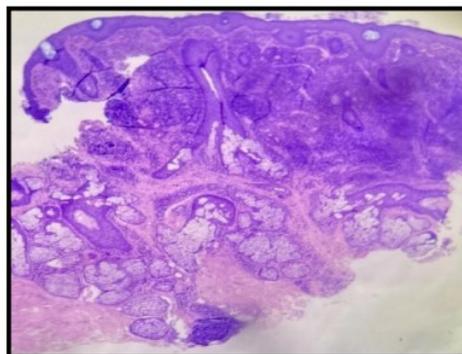
MICRO. Quistes de queratina con numerosos folículos pilosos abortivos en dermis papilar.

**MACROSCOPIA:** B. ROTULADO BIOPSIA INCISIONAL MARCADO CON SUTURA, LESION PIEL, MEJILLA DERECHA. Se recibe elipse de piel que mide 0.6 x 0.3 x 0.2 cm, superficie epidérmica pardusca con lesión irregular, bordes indurados algo deprimida en su centro pardo rojiza, mide 0.5 cm en su diámetro mayor, identificada con sutura hacia uno de sus extremos. Se procesa todo en 2 cortes, 1 casete. 1 bloque de parafina.

**MICROSCOPIA:** B. ROTULADO BIOPSIA INCISIONAL MARCADO CON SUTURA, LESION PIEL, MEJILLA DERECHA. En la muestra examinada se observa piel con hiperplasia epidérmica irregular, discreta hiperqueratosis, espongiosis leve, incontinencia pigmentaria, degeneración vacuolar de la basal, sin evidencia de epidermotropismo. Coexiste también con presencia de demodex en uno de los infundíbulos dilatados intraepidérmico. La dermis superficial con severa inflamación crónica mixta linfohistioplasmocítica, neutrófilos, conformando granulomas con células epitelioides, varias células gigantes multinucleadas tipo Langhans que engloban estructuras parasitarias valorables con amastigotes, lo anterior confluye con leve fibrosis, moderado edema, vasos congestivos y además el infiltrado compromete focalmente la hipodermis.



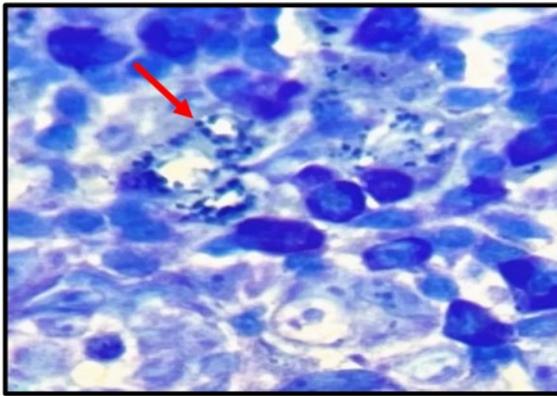
MACRO. Placa irregular pardo rojiza de 2cm.



MICRO. Granulomas con células gigantes en dermis superficial.

### Técnicas de Inmunohistoquímica realizadas:

- CD 20: Positivo en linfocitos B reactivos. CD 3: Positivo em linfócit0s T reactivos. KI – 67: bajo índice de proliferación celular, positivo en 1 %. RELATORIO COMPLEMENTARIO:
- ESTUDIO DE INMUNOHISTOQUIMICA NEGATIVO DE MALIGNIDAD. 3 placas de inmunohistoquímica realizadas al bloque rotulado como B. NOTA: Se realizan 2 técnicas de histoquímica que sugieren el diagnóstico de leishmaniasis cutánea.
  - GIEMSA: Positivo en macrófagos con estructuras parasitarias sugestivas de leishmaniasis.
  - PAS: Positivo en estructuras parasitarias sugestivas de leishmaniasis.



Tinción Giemsa. Conglomerados de células gigantes multinucleadas fagocitando estructuras parasitarias puntiformes diminutas valorables con amastigotes.

A. BIOPSIA EXCISIONAL, PIEL, SURCONASOGENIANODERECHO. Hallazgos histológicos consistentes con tricofoliculoma. Demodex folliculorum. bordes laterales en contacto con lesión.

B. BIOPSIA INCISIONAL MARCADO CON SUTURA, LESION PIEL, MEJILLA DERECHA. Teniendo en cuenta datos clínicos, morfología y estudios de inmunohistoquímica, se concluye como dermatosis inflamatoria crónica granulomatosa con reacción gigante -celular de etiología infecciosa valorable con leishmaniasis cutánea. \*Nota: se sugiere para reconfirmar diagnóstico estudios de PCR vs. prueba de Montenegro.

Posteriormente paciente se realiza prueba PCR para leishmaniasis, obteniéndose un resultado positivo, reafirmando el diagnóstico de Leishmania tropica.

En cuanto a su abordaje terapéutico, fue medicado con antimonio de meglumina (glucantime) a 20 mg/kg/dosis durante 20 días. Se complementó con crioterapia de nitrógeno en los vestigios que quedaron de la lesión.

## DISCUSIÓN

El patógeno de la leishmaniasis es un protozoo parásito del género *Leishmania* que se transmite por la picadura de flebótomos hembra infectados. En el caso del paciente reportado en este caso, manifiesta que tiene el antecedente de viaje a la provincia de el Napo, considerada un área endémica para la transmisión de leishmaniasis. El viaje lo realizó hace aproximadamente 2 años antes de la fecha de consulta médica, viaje realizado por motivos laborales, teniendo que permanecer en el Napo por el lapso de una semana laboral.

La enfermedad, que afecta a algunas de las poblaciones más pobres del planeta, está asociada a factores como la malnutrición, los desplazamientos de población, las malas condiciones de vivienda, la debilidad del sistema inmunitario y la falta de recursos económicos. Es indicado acotar, que todas estas características las posee la provincia amazónica del Napo.

Hay tres formas principales de leishmaniasis: cutánea, mucocutánea y visceral. En el caso del paciente de este reporte, la presentación fue cutánea.

El diagnóstico precoz y la rápida administración de un tratamiento eficaz reducen la prevalencia de la enfermedad y previenen la discapacidad y la muerte, ayudando a reducir la transmisión y a vigilar la propagación y la carga de morbilidad.

La lucha antivectorial ayuda a reducir o interrumpir la transmisión de la enfermedad reduciendo el número de flebótomos. El uso de mosquiteros, fumigaciones, la protección personal son métodos que destacan dentro de este aspecto.

La eficaz vigilancia de la enfermedad es importante para seguir de cerca su evolución y actuar rápida y oportunamente.

El control de los reservorios animales es una tarea compleja, pero que interviene en la cadena de transmisión, por lo que lo convierte también en blanco para intervenir y evitar la transmisión.

## REFERENCIAS

- Abadías-Granado, I., Diago, A., Cerro, P. A., Palma-Ruiz, A. M., & Gilaberte, Y. (2021). Leishmaniasis cutánea y mucocutánea. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 112(7), 601-618. [doi:https://doi.org/10.1016/j.adsc.2021.05.001](https://doi.org/10.1016/j.adsc.2021.05.001)
- Buzanovsky LP, Sanchez-Vazquez MJ, Maia-Elkhoury ANS, Werneck GL. Major environmental and socioeconomic determinants of cutaneous leishmaniasis in Brazil: a systematic literature review. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2020;53:e20190291. Doi: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0291-2019>
- Caicedo, Nathaly., Villa, Katherine. y Castro, Jazmín. (2023). Leishmaniasis cutánea, prevalencia, factores de riesgo y diagnóstico en Latinoamérica. *MQRInvestigar*, 7(1), 672-703. <https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.1.2023.672-703>
- Carrillo, C., & Miranda, M. (2018). Lesiones cutáneas por leishmaniasis, caracterización y respuesta al tratamiento local y sistémico en la población del noroccidente de Pichincha desde enero 2014 (Doctoral dissertation, Tesis. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina).
- Carvalho BM, Rangel EF, Ready PD, Vale M.M. Ecological niche modelling predicts southward expansion of *Lutzomyia* (*Nyssomyia*) *flaviscutellata* (Diptera: Psychodidae: Phlebotominae), vector of *Leishmania* (*Leishmania*) *amazonensis* in South America, under climate change. *PLoS ONE*. 2015;10(11):e0143282. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143282>.
- Chacón, A. C., Romero, B. V., & Vargas, M. F. J. (2022). Leishmaniasis: evaluación clínica y diagnóstico. *Revista Médica Sinergia*, 7(4), e781-e781.
- Collado Hernández, C. M., & Pérez Núñez, V. (2019). Caracterización clínico-epidemiológica de la leishmaniasis cutánea. *Dermatología (Cosmética, Médica y Quirúrgica)*, 17(1). <https://dcmq.com.mx/edici%C3%B3n-enero-mazo-2019-volumen-17-n%C3%BAmero-1/702-caracterizaci%C3%B3n-cl%C3%ADnico-epidemiol%C3%B3gica-de-la-leishmaniasiscut%C3%A1nea-ubs-man%C3%A1polis,-rio-preto-da-eva,-amazonas,-brasil.html>

- Costa SM, Cordeiro LP, Rangel EF. Environmental suitability for *Lutzomyia* (*Nyssomyia*) *whitmani* (Diptera: Psychodidae: Phlebotominae) and the occurrence of American cutaneous leishmaniasis in Brazil. *Parasites & Vectors*. 2018;11(155):e0143282.
- Field-Cortazares, J., Tinoco-Gracia, L., Rentería-Evangelista, T., Barreras-Serrano, A., Tamayo-Sosa, A. R., López-Valencia, G., & Coria-Lorenzo, J. J. (2021). ARTÍCULO ORIGINAL-Estudio de seroprevalencia de leishmaniasis en Ensenada, Baja California, México. *Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría*, 34(137), 1916-1922.
- Guzmán, N., Fletcher, E., Torres, F., & Peláez, O. (2022). Leishmaniasis Cutánea en una niña. *Revista médica (Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala)*, 161(2), 207-209.
- Huanca Huanca, M. L., Calderon Lopez, M. E., Rojas Cabrera, E., & Saavedra Borda, C. R. (2021). Anfotericina B Liposomal, Tratamiento Pediátrico en Leishmaniasis Cutánea con Falla Terapéutica. *Gaceta Médica Boliviana*, 44(2), 254-259.
- Jaramillo-Antillón, O., Espinoza-Aguirre, A., Calvo-Fonseca, N., Mata-Somarribas, C., & Wasserman, H. (2018). La leishmaniosis cutánea en Costa Rica: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Acta Médica Costarricense*, 60(3), 103-114.
- Limachi-Choque JW, Rojas-Cabrera E, Verduguez-Orellana A, Eid-Rodríguez D. ¿El tratamiento intralesional de Leishmaniasis cutánea es seguro frente al riesgo de complicaciones mucosas?. *Gac Med Bol* 2020; 43(1). <http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v43n1/v43n1a4.pdf>
- López Carvajal, L., Román Barrientos, J. J., & Cardona Arias, J. A. (2017). Factores de Riesgo para Leishmaniasis Cutánea: Revisión Sistemática de Estudios de Casos y Controles. Vol. 13 No. 4:3 doi: 10.3823/1372. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6278810>
- Ministerio de Salud Pública. (2023). Gaceta epidemiológica Semana 2 del año 2023. Disponible en: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2023/02/Gaceta-SE-2\\_2023.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2023/02/Gaceta-SE-2_2023.pdf)
- Mollinedo, Z., & Mollinedo, S. (2020). Leishmaniasis en Bolivia. *Revista Médica La Paz*, 26(1). [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582020000100009#:~:text=Se%20realiz%C3%B3%20un%20estudio%20en,el%20bosque%3B%20el%20riesgo%20es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582020000100009#:~:text=Se%20realiz%C3%B3%20un%20estudio%20en,el%20bosque%3B%20el%20riesgo%20es)

- Mañes Jiménez, Y., & Pedrón Marzal, G. M. (2021). Análisis de 37 casos de leishmaniasis en niños, diagnosticados en una comarca de Valencia, España. *Pediatría Atención Primaria*, 23(89), 33-41.
- Organización Mundial de la Salud. 2020. Global leishmaniasis surveillance, 2017-2018, and first report on 5 additional indicators. *Weekly epidemiological record* N.º 25. 2020; 95:265-280. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9525>
- Organización Mundial de la Salud. (12 de enero de 2023). Leishmaniasis. Sitio Web Mundial: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis>
- Organización Panamericana de la Salud (5 de agosto 2022). Leishmaniasis: la OPS publica recomendaciones de tratamiento actualizadas para las Américas. Sitio Web Mundial: <https://www.paho.org/es/noticias/5-8-2022-leishmaniasis-ops-publica-recomendaciones-tratamiento-actualizadas-para-americas>.
- Organización Panamericana de la Salud. Sistema de Información Regional de las Leishmaniasis en las Américas (SisLeish). Washington, DC: OPS; 2022 [consultado el 7 de febrero del 2023]. Acceso limitado. SisLeish). Washington, DC: OPS; 2022 [consultado el 7 de febrero del 2023]. Acceso limitado
- Ortega-Moreno, M. E., Terán-Ángel, G. A., Hernández, M. M., Belizario, D., Galindo, W., & Guevara, J. R. (2019). Leishmaniasis cutánea: principales diagnósticos diferenciales. *Dermatología Venezolana*, 57(1).
- Rojas Madriz, B. (2019). Leishmaniasis cutánea: una revisión centrada en Costa Rica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 36(2), 82-94.
- Saldaña-Chafloque, C. F., Saldaña-Alfaro, M. I., Saldaña-Chafloque, R. I., & Acosta-Román, M. (2021). Estudio clínico y epidemiológico de Leishmaniasis Cutánea en un Hospital Nivel II Del Perú. *Llamkasun*, 2, 23-40.
- Vera AM, Casadiego OA, Mantilla JC, Escobar P. Evaluación de formulaciones de ketoconazol para uso tópico en leishmaniasis cutánea por Leishmania (Viannia). *Rev. Perú. Medicina Exp. Salud Pública* [Internet]. Julio, 2018 [citado el 12 de setiembre de 2022];35(3):476-482. Doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.353.3531>