

## Leishmaniasis Mucocutanea Labial en paciente femenina de 18 años. Reporte de Caso

**Md. Wilson Alejandro Silva Rubio<sup>1</sup>**

[alejossilva.md95@outlook.com](mailto:alejossilva.md95@outlook.com)

<https://orcid.org/0009-0002-0738-1777>

Investigador Independiente

Quito, Ecuador

**Md. Andrea Maribel Quezada Carrión**

[andre.qc7@hotmail.com](mailto:andre.qc7@hotmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-9716-9392>

Hospital del Día- IESS, Zamora

Ecuador

**Md. Grace Eliana Rivera Arguello**

[gracerivera2795@gmail.com](mailto:gracerivera2795@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-0493-6725>

Clínica La Merced

Quito, Ecuador

**Md. Shanny Estefania Toral Santos**

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

<https://orcid.org/0000-0003-3634-4537>

Centro Clínico Integral Mediclabs

Ecuador

**Md. Camila Mishell Jiménez Briceño**

[camilamjb7@gmail.com](mailto:camilamjb7@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0001-2817-3881>

Centro de Salud Tipo A “El Provenir del Carmen”

Ecuador

### RESUMEN

La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria generalizada transmitida por vectores causada por varias especies de protozoos intracelulares obligados del género *Leishmania* y transmitida por picaduras de moscas infectadas. Aproximadamente 23 especies de leishmaniasis causan una de las tres formas clínicas de la enfermedad: leishmaniasis cutánea, mucosa y visceral. La enfermedad es endémica en 98 países con aproximadamente 2 millones de casos nuevos por año lo que pone en riesgo a más de 350 millones de personas. Es una enfermedad importante con una amplia gama de manifestaciones clínicas y un problema de salud pública en muchas partes del mundo. Se presenta en diferentes formas clínicas dependiendo de la especie de *Leishmania* involucrada y de factores relacionados con el huésped. Los tipos clínicos habituales no provocan dificultades diagnósticas. La presentación anormal a veces conduce a dificultades de diagnóstico y retrasos en el tratamiento. Además de las manifestaciones clínicas clásicas, en los últimos años se han descrito algunos signos raros y atípicos de la enfermedad. Se reporta una paciente femenina de 28 años con lesión ulcerosa costrosa localizada en labio superior, con evolución de aproximadamente 1 mes.

---

<sup>1</sup> Autor Principal

Correspondencia: [alejossilva.md95@outlook.com](mailto:alejossilva.md95@outlook.com)

*Palabras claves:* leishmaniasis; lesión; ulcera; necrosis; protozoos

## **Labial Mucocutaneous Leishmaniasis in an 18-year-old female patient. Case report**

### **ABSTRACT**

Leishmaniasis is a widespread vector-borne parasitic disease caused by several species of obligate intracellular protozoa of the genus *Leishmania* and transmitted by the bites of infected flies. Approximately 23 species of leishmaniasis cause one of three clinical forms of the disease: cutaneous, mucosal, and visceral leishmaniasis. The disease is endemic in 98 countries with approximately 2 million new cases per year, putting more than 350 million people at risk. It is an important disease with a wide range of clinical manifestations and a public health problem in many parts of the world. It presents in different clinical forms depending on the *Leishmania* species involved and factors related to the host. The usual clinical types do not cause diagnostic difficulties. Abnormal presentation sometimes leads to diagnostic difficulties and delays in treatment. In addition to the classic clinical manifestations, in recent years some rare and atypical signs of the disease have been described. A 28-year-old female patient is reported with a crusty ulcerative lesion located on the upper lip, with an evolution of approximately 1 month.

*Keywords:* leishmaniasis; lesion; ulcer; necrosis; protozoa

*Artículo recibido 20 noviembre 2023*

*Aceptado para publicación: 30 diciembre 2023*

## INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis abarca un espectro de trastornos clínicos causados por protozoos intracelulares del género *Leishmania* que parasitan a los huéspedes vertebrados. Es una enfermedad transmitida por vectores que puede contraerse por la picadura de flebótomos infectados con este parásito (*Lutzomyia* en el Nuevo Mundo y *Phlebotomus* en el Viejo Mundo)<sup>1</sup>. Se estima que la prevalencia de la enfermedad es de 12 millones de casos en todo el mundo, y cada año se notifican 2 millones de casos nuevos. Debido a la costumbre de este vector, que se encuentra principalmente en zonas rurales y suburbanas, infecta con mayor frecuencia a personas que se dedican a la agricultura o la tala<sup>2</sup>.

La LMC generalmente ocurre después de que se ha resuelto una infección cutánea manifiesta, aunque puede coexistir con lesiones cutáneas, con excepciones que ocurren al mismo tiempo. Las lesiones mucosas suelen aparecer dentro de los 2 años posteriores a la aparición en la piel, pero a veces hasta 30 años después de la aparición en la piel<sup>3</sup>. La LMC resulta de la diseminación localizada de la enfermedad desde la piel al tejido mucoso por extensión directa, flujo sanguíneo o vasos linfáticos. Se caracteriza por lesiones granulomatosas, eritema y úlceras de la mucosa nasal, oral y faríngea, que conducen a la destrucción del tabique nasal. En la cavidad bucal aparece principalmente en el paladar duro y puede afectar a labios, úvula, encías, lengua, amígdalas y zona retromolar. La afectación de las mucosas es rara y se debe a la diseminación hematológica o linfática de los amastigotes desde la piel hasta la nariz y la orofaringe. Las manifestaciones bucales individuales suelen ser difíciles de diagnosticar porque el número de amastigotes en las lesiones suele ser bajo<sup>4,5</sup>.

Las principales pruebas diagnósticas son métodos directos como frotis, cultivo, biopsia y PCR, y métodos indirectos como inmunofluorescencia indirecta (IFI) y ELISA, cuya combinación aumenta la eficiencia<sup>6</sup>.

El tratamiento recomendado es el antimonato de meglumina, administrado por vía intramuscular una o dos veces al día durante 21 a 35 días, que puede asociarse con efectos secundarios y reacciones graves como cardiotoxicidad, alteraciones hepáticas, páncreas o renales<sup>7,8</sup>.

## Caso Clínico

Paciente femenina de 28 años, refiere picadura de insecto que no recuerda el nombre, desde hace 1 mes presenta lesión ulcerosa que evoluciona hasta formas costra, la misma que no refiere dolor.

Enfermedades médicas: No refiere

Antecedentes alérgicos: No refiere

Antecedentes quirúrgicos: No refiere

Antecedentes familiares: No refiere

Hábitos

- Alimentación: 3 veces al día
- Intolerancias alimenticias: ninguna
- Catarsis: 2 vez al día
- Diuresis: 1 - 2 veces al día
- Sueño: 8 horas diarias, reparador
- Medicación: no

Antecedentes obstétricos: G0, A0, C0, P0.

Paciente ingresa al servicio de medicina interna en donde realiza la exploración física pertinente, signos vitales: frecuencia cardiaca 76 latidos por minuto, saturación 96% con fio2 21%, tensión arterial 115/75 mmhg, frecuencia respiratoria de 19, temperatura de 36.5°C axilar, peso: 56,6 kg, talla: 160 cm, IMC: 22.1 (Normal).

Paciente lucida, orientada en tiempo, espacio y persona con razonamiento lógico, comprensión y juicio normales. Glasgow 15/15.

Cabeza: normocéflica, no protrusiones, no depresiones. Ojos: pupilas fotorreactivas, isocóricas, escleras blancas, conjuntivas rosadas. Nariz: fosas nasales permeables. Boca: mucosa oral húmedas. Labios: simétricos, hidratados, presencia de lesión ulcerosa, seca, costrosa con presencia de tejido necrótico (figura 1). Encías: normales. Cuello: Simétrico, móvil, no ingurgitación yugular, no se palpan adenopatías.

Tórax: simétrico, latido apexiano no visible, respiración torácica, no hay dolor a la palpación, expansibilidad normal, elasticidad pulmonar normal. Palpación no doloroso a la palpación, no presencia de masas. Corazón R1 y R2 rítmicos. Pulmones: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobre añadidos.

Abdomen: inspección: Simétrico, no cicatrices, auscultación ruidos hidroaéreos presentes. Palpación Suave, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda.

Región lumbar: inspección: Simétrica, de aspecto normal, color de piel acorde con el resto del cuerpo.

Palpación: puño percusión negativo.

Extremidades Superiores: tono y fuerza muscular conservado, pulsos distales presentes, normorreflexia en reflejos: bicipital, tricipital y estiloradial, no se evidencia edema.

Extremidades Inferiores: tono y fuerza muscular conservado, pulsos distales presentes

**Figura 1.** Lesión ulcerativa en labio superior, compatible con leishmaniasis.



Se realiza raspado de herida ulcerosa con pruebas de amastigotes en microscopios con resultado para leishmaniasis

## **DISCUSIÓN**

La LMC puede ocurrir en las membranas mucosas de la boca y la nariz, y a menudo causa alteración del tabique nasal. Las manifestaciones clínicas son particularmente diversas y variadas, distraen y desfiguran.

Una amplia gama de manifestaciones clínicas puede retrasar el diagnóstico correcto y el tratamiento adecuado. En este caso, un alto índice de sospecha y métodos de diagnóstico de laboratorio pueden facilitar

el diagnóstico. La leishmaniasis mucocutánea (LMC) es una forma de leishmaniasis grave y, en ocasiones, potencialmente mortal, que se reporta principalmente en el Nuevo Mundo<sup>9</sup>.

Por lo general, sólo afecta los lados de la nariz y la boca. Sin embargo, también puede penetrar profundamente en la nariz, el paladar o la faringe, causando posiblemente lesiones generalizadas, desfigurantes y destructivas debido a la diseminación metastásica de lesiones cutáneas primarias a la mucosa o a injertos mucosos directos<sup>10</sup>. Aunque la mayoría de las manifestaciones clínicas son características y no causan dificultades diagnósticas, los pacientes con lesiones graves y atípicas son raros. Nuestro paciente presentó úlcera crónica extensa, localizada y agresiva que involucra la mucosa, similares a malignidades, por lo que se recomienda incluir la LMC en el diagnóstico diferencial de la enfermedad neoplásica de la piel, especialmente en áreas endémicas<sup>11,12</sup>.

El régimen de tratamiento para la LMC muestra la administración de 20 mg/kg de antimonio pentavalente una vez al día durante 30 días por vía intramuscular<sup>13</sup>. Los medicamentos alternativos incluyen anfotericina B liposomal, pentamidina, rifampicina o ketoconazol. En este caso se siguen las instrucciones de la Organización Panamericana de la Salud. Se recomienda encarecidamente el uso de antimonio pentavalente, pero la calidad de la evidencia es baja<sup>14,15</sup>.

## **CONCLUSIÓN**

Comprender las manifestaciones de la leishmaniasis mucocutánea puede ayudar a realizar un diagnóstico clínico de leucemia mielógena crónica, lo que permite un diagnóstico y tratamiento tempranos. Debe considerarse en el diagnóstico diferencial de muchas enfermedades bucales y, debido a sus dificultades diagnósticas, se recomienda una combinación de pruebas serológicas y moleculares, examen directo, epidemiología del paciente y diagnóstico integral.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Valdés Delgado T, Rodríguez Delgado C, Pérez-Pérez M. Mucocutaneous Leishmaniasis Associated with Anti-TNF Therapy: A Case Report. Vol. 28, *Inflammatory Bowel Diseases*. Oxford University Press; 2022. p. E3–4.

2. Abadías-Granado I, Diago A, Cerro PA, Palma-Ruiz AM, Gilaberte Y. Cutaneous and Mucocutaneous Leishmaniasis. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)* [Internet]. 2021 Jul;112(7):601–18. Available from:  
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1578219021001712>
3. Casalle N, de Barros Pinto Grifoni L, Bosco Mendes AC, Delort S, Massucato EMS. Mucocutaneous Leishmaniasis with Rare Manifestation in the Nasal Mucosa and Cartilage Bone Septal. *Case Rep Infect Dis*. 2020 Sep 22;2020:1–6.
4. Gurel MS, Tekin B, Uzun S. Cutaneous leishmaniasis: A great imitator. *Clin Dermatol*. 2020 Mar 1;38(2):140–51.
5. Linse KP, Bogdan C, Haenssle HA, Toberer F. Mucocutaneous Leishmaniasis due to *Leishmania infantum* Infection. Vol. 102, *Acta Dermato-Venereologica*. Medical Journals/Acta D-V; 2022.
6. Suqati AA, Pudzuhn A, Hofmann VM. Mucocutaneous leishmaniasis: Case report and literature review of a rare endonasal infection. *Pan African Medical Journal*. 2020 May 1;36:1–4.
7. Berbert TRN, Mello TFP De, Wolf Nassif P, Mota CA, Silveira AV, Duarte GC, et al. Pentavalent antimonials combined with other therapeutic alternatives for the treatment of cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis: A systematic review. Vol. 2018, *Dermatology Research and Practice*. Hindawi Limited; 2018.
8. Tejura N, Kim E, Dever LL, Chew D. Case report: Mucocutaneous leishmaniasis masquerading as idiopathic midline granulomatous disease. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2019;101(5):1107–10.
9. Solomon M, Schwartz E. Cutaneous leishmaniasis. In: *Gender and Dermatology*. Springer International Publishing; 2018. p. 227–34.

10. Garrido-Jareño M, Sahuquillo-Torralba A, Chouman-Arcas R, Castro-Hernández I, Molina-Moreno JM, Llavador-Ros M, et al. Cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis: Experience of a Mediterranean hospital. *Parasit Vectors*. 2020 Jan 13;13(1).
11. Taxy JB, Goldin HM, Dickie S, Cibull T. Cutaneous Leishmaniasis Contribution of Routine Histopathology in Unexpected Encounters [Internet]. 2018. Available from: [www.ajsp.com](http://www.ajsp.com)
12. Carvalho EM, Llanos-Cuentas A, Romero GAS. Mucosal leishmaniasis: Urgent need for more research. Vol. 51, *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. Sociedade Brasileira de Medicina Tropical; 2018. p. 120–1.
13. Aronson NE, Joya CA. Cutaneous Leishmaniasis: Updates in Diagnosis and Management. Vol. 33, *Infectious Disease Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2019. p. 101–17.
14. Falcão GGVSC, Lins-Kusterer L, Leite-Ribeiro PM, Sarmiento VA. Orofacial manifestations of mucocutaneous leishmaniasis: a case series from Brazil. *F1000Res*. 2019 May 29;8:756.
15. Yosef T, Harris RM, Girma S, Dotevall L, Issa A. Mucocutaneous Leishmaniasis with A Typical Clinical Manifestation: A Case Report. *Ann Clin Med Microbiol*. 2018;3(1):1014.