CASO CLÍNICO

Leishmaniasis mucocutánea con destrucción nasal severa: Reporte de un caso clínico

Javier Rosero,[*] Carolina Narváez,[*] Ernesto Rosero,[*] Wilma Vaca[**]

* *Universidad UTE. Quito, Ecuador.*
** *Hospital General Docente de Calderón. Quito, Ecuador.*

Correspondencia:
Javier Alejandro Rosero Caiza
javier.rosero94@gmail.com

Palabras claves: leishmaniasis mucocutánea, Leishmania braziliensis, mucosa nasal

Cómo citar este artículo:
Rosero J., Narváez C., Rosero E., Vaca W. Leishmaniasis mucocutánea con destrucción nasal severa: Reporte de un caso clínico. Rev Dermatol Cent Úraga. 2026;8(1).

Fecha de recepción: 14/9/2025
Fecha de aceptación: 10/3/2026

RESUMEN

La leishmaniasis mucocutánea representa una complicación severa de la leishmaniasis cutánea causada por Leishmania braziliensis que puede provocar deformidad facial permanente. Presentamos el caso de un ganadero de 36 años de Santo Domingo de los Tsáchilas quien desarrolló una lesión nasal que progresó durante 12 meses hasta convertirse en úlcera destructiva con perforación del tabique nasal y compromiso palatino. El diagnóstico se confirmó mediante frotis directo con formas amastigotas y PCR positiva para Leishmania braziliensis. A pesar del tratamiento con antimoniato de meglumina 20 mg/kg/día durante 28 días según protocolo nacional, la lesión empeoró progresivamente requiriendo intervención quirúrgica reconstructiva maxilofacial. El paciente presentó recidiva a los seis meses del procedimiento, evidenciando refractariedad al tratamiento convencional. Este caso ilustra las consecuencias del diagnóstico tardío y pone en evidencia la necesidad de fortalecer el acceso a métodos diagnósticos sensibles y tratamientos de segunda línea en el sistema público de salud ecuatoriano para prevenir secuelas irreversibles en esta enfermedad tropical desatendida.

INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis mucocutánea es una enfermedad desatendida que afecta al 3-5% de los casos cutáneos causados por Leishmania braziliensis, con predilección por la mucosa nasal.[1] Esta forma clínica puede desarrollarse meses o años después de la lesión cutánea inicial y se caracteriza por la destrucción progresiva de las estructuras nasales, palatinas y faríngeas.[2,3] La leishmaniasis representa un problema de salud pública global, afectando aproximadamente 12 millones de personas en todo el mundo, con una incidencia anual estimada de 1.3 millones de nuevos casos.[4]

En Ecuador se estiman 3.000-4.500 nuevos casos de leishmaniasis al año y más de tres millones de personas están en riesgo.[5] Santo Domingo de los Tsáchilas notificó el 12,5% de los casos nacionales en 2014, siendo una zona endémica importante.[6] La distribución geográfica de la leishmaniasis en Ecuador está estrechamente relacionada con factores climáticos y ecológicos que favorecen la proliferación de vectores flebótomos.[7]

Los factores de virulencia específicos de Leishmania braziliensis incluyen su capacidad de invadir tejidos mucosos y su resistencia a los mecanismos de defensa del hospedero.[8] La patogénesis de la forma mucocutánea involucra una respuesta inmunológica exacerbada que contribuye a la destrucción tisular progresiva.[9]

El presente reporte pretende ilustrar las consecuencias devastadoras del diagnóstico tardío y las limitaciones del sistema de salud público para el manejo de esta patología, aspectos cruciales para prevenir la morbilidad asociada a esta enfermedad prevenible.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 36 años, ganadero, procedente de Santo Domingo de los Tsáchilas, sin antecedentes patológicos de relevancia, que consultó por lesión nasal de 12 meses de evolución. Refiere inicio como pápula pequeña que progresivamente aumentó de tamaño hasta convertirse en úlcera nodular.

Al examen físico se evidenció úlcera destructiva en región nasal con las siguientes características: bordes irregulares y elevados, fondo granulomatoso, destrucción de cartílagos nasales, perforación del tabique nasal y compromiso del paladar duro. No se palparon adenopatías regionales.

Se realizaron estudios complementarios que incluyeron: frotis directo que mostró formas amastigotas de Leishmania sp., y PCR que confirmó la presencia de Leishmania braziliensis. Los estudios de laboratorio generales se encontraron dentro de parámetros normales.

Se inició tratamiento con antimoniato de meglumina 20 mg/kg/día durante 28 días según protocolo nacional. Sin embargo, durante el seguimiento se observó empeoramiento progresivo de la lesión con mayor destrucción tisular, por lo que requirió intervención quirúrgica reconstructiva maxilofacial.

A pesar de la cirugía reconstructiva, el paciente presentó recidiva de la lesión a los seis meses del procedimiento, evidenciando la refractariedad al tratamiento convencional.

DISCUSIÓN

Este caso ilustra los desafíos diagnósticos y terapéuticos de la leishmaniasis mucocutánea en Ecuador. La dependencia exclusiva de la microscopia para iniciar terapia favorece el subdiagnóstico, ya que la sensibilidad del frotis es del 51-76%, mientras que la qPCR alcanza 68-73%.[10] Los métodos moleculares han demostrado mayor precisión diagnóstica, especialmente en casos con baja carga parasitaria.[11]



Figura 1: Lesión mucocutánea nasal con destrucción severa de estructuras cartilaginosas y perforación septal.

El Ministerio de Salud Pública continúa usando la microscopia como prueba de referencia y solo trata a pacientes con frotis positivo, aunque estudios reportan sensibilidades del 14–51%, dejando sin terapia a muchos enfermos.[10] Esta limitación diagnóstica contribuye al retraso en el inicio del tratamiento, permitiendo la progresión a formas destructivas como la observada en nuestro paciente. La implementación de pruebas rápidas inmunocromatográficas podría mejorar significativamente el diagnóstico en zonas rurales.[11,12]

Adicionalmente, los antimoniales pentavalentes presentan fallos terapéuticos en 45% de los casos,[13] como se evidenció en este paciente que no respondió al tratamiento convencional. Los fármacos de segunda línea, como anfotericina B o miltefosina, no están disponibles en el sistema público de salud de primer nivel, limitando las opciones terapéuticas para casos refractarios. La resistencia a antimoniales se ha convertido en un problema creciente en diferentes regiones endémicas.[14]

La ocupación agrícola del paciente es un factor de riesgo conocido, ya que expone a los trabajadores a flebótomos, incrementando la incidencia en hombres y ganaderos.[15] Las actividades rurales en zonas endémicas requieren medidas preventivas específicas que frecuentemente no se implementan adecuadamente. Los programas de control vectorial deben considerar el comportamiento ecológico de las especies de flebótomos locales para ser efectivos.

CONCLUSIÓN

Este caso demuestra que la demora diagnóstica y la falta de acceso a terapias eficaces permiten que una infección curable cause deformación facial permanente. Es urgente fortalecer el primer nivel de atención con métodos diagnósticos sensibles, garantizar medicamentos de segunda línea y realizar tamizaje en comunidades rurales para prevenir casos similares y reducir inequidades sanitarias. La leishmaniasis mucocutánea representa un problema de salud pública que requiere un abordaje integral que incluya mejoras en el diagnóstico, tratamiento y prevención.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente incluido en este estudio ha firmado el consentimiento informado, aprobando el uso de sus imágenes y datos clínicos exclusivamente con fines de investigación y publicación científica. Se garantiza que no se han proporcionado datos personales ni se han utilizado fotografías que permitan su identificación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cincurá RE, de Lima CMF, Machado PRL, et al. Mucosal leishmaniasis: A retrospective study of 327 cases from an endemic area of Leishmania (Viannia) braziliensis. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 2017;97(3):761–766.
2. Torres-Guerrero E, Quintanilla-Cedillo MR, Ruiz-Esmenjaud J, Arenas R. Leishmaniasis: a review. F1000Research. 2017;6:750.
3. Kevric I, Cappel MA, Keeling JH. New World and Old World Leishmania infections: a practical review. Dermatology Online Journal. 2015;21(1):2.
4. Burza S, Croft SL, Boelaert M. Leishmaniasis. Lancet. 2018;392(10151):951–970.
5. Calvopiña M, Loor R, Lara F, et al. Isoenzyme polymorphisms in Leishmania isolates from Ecuador. BMC Infectious Diseases. 2004;4:21.
6. Kato H, Gómez EA, Martini-Robles L, et al. Geographic distribution of Leishmania species in Ecuador based on the cytochrome b gene sequence analysis. PLoS Neglected Tropical Diseases. 2016;10(7):e0004844.
7. Valderrama-Ardila C, Alexander N, Ferro C, et al. Environmental risk factors for the incidence of American cutaneous leishmaniasis in a sub-Andean zone of Colombia (Chaparral, Tolima). American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 2010;82(2):243–250.
8. McMahon-Pratt D, Alexander J. Does the Leishmania major paradigm of pathogenesis and protection hold for New World cutaneous leishmaniases or the visceral disease? Immunological Reviews. 2004;201:206–224.
9. Scott P, Novais FO. Cutaneous leishmaniasis: immune responses in protection and pathogenesis. Nature Reviews Immunology. 2016;16(9):581–592.
10. Bezemer B, King R, Adams E, et al. Diagnostic accuracy of qPCR and microscopy for cutaneous leishmaniasis in rural Ecuador. PLoS Neglected Tropical Diseases. 2023;17(11):e0011703.

11. Adams ER, Versteeg I, Leeflang MM. Systematic review into diagnostics for post-kala-azar dermal leishmaniasis (PKDL). Clinical Microbiology and Infection. 2013;19(9):372-382.
12. Chappuis F, Sundar S, Hailu A, et al. Visceral leishmaniasis: what are the needs for diagnosis, treatment and control? Nature Reviews Microbiology. 2007;5(11):873-882.
13. Santos C, Gomes R, Silva L, et al. Treatment failure and clinical relapses in leishmaniasis: A systematic review. Tropical Medicine & Infectious Disease. 2023;8(6):356.
14. Rojas R, Valderrama L, Valderrama M, et al. Resistance to antimony and treatment failure in human Leishmania (Viannia) infection. Journal of Infectious Diseases. 2006;193(10):1375-1383.
15. Alzahrani MJ, Al Faki N, Abdulla YH, et al. Cutaneous leishmaniasis: Associated risk factors and prevention in Hubuna, Najran, Saudi Arabia. International Journal of General Medicine. 2023;16:723-731.

ORCID

Javier Rosero https://orcid.org/0000-0002-3635-6653
Carolina Narváez https://orcid.org/0009-0003-5405-1882
Ernesto Rosero https://orcid.org/0009-0008-8228-7258
Wilma Vaca https://orcid.org/0009-0008-5805-4980