Presentación de caso

Leishmaniosis cutánea en el departamento del Atlántico (Colombia): reporte de dos casos

Cutaneous Leishmaniasis in the Department of Atlántico (Colombia): Report of Two Cases

Yenifer Cuentas-Muñoz[1] https://orcid.org/0009-0001-1515-4366

Arlet Domínguez-Fonseca[1] https://orcid.org/0009-0005-5754-0897

Sergio Goenaga-Olaya[1] https://orcid.org/0009-0007-3325-6511

Hernán Argote-Berdugo[1] https://orcid.org/0009-0008-1164-0122

Katherine Girón-Dominguez[2] https://orcid.org/0000-0002-4050-1091

Alwis Vega-Cataño[2] https://orcid.org/0000-0002-4273-5748

Nathalie Pérez-Fontalvo[2] https://orcid.org/0000-0003-3060-7789

Ronald Maestre-Serrano[2*] https://orcid.org/0000-0002-5858-9829

[1]Gobernación del Atlántico, Secretaría de Salud. Barranquilla, Colombia.

[2]Universidad Libre, Seccional Barranquilla, Facultad Ciencias de la Salud, Exactas y Naturales. Puerto Colombia, Colombia.

[*]Autor para la correspondencia: ronaldy.maestres@unilibre.edu.co

RESUMEN

Introducción: La leishmaniosis cutánea es una enfermedad de interés en salud pública para Colombia. El departamento del Atlántico, en el año 2009, reportó el primer caso autóctono de leishmaniosis; desde entonces no se había notificado más casos.

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Objetivo: Describir dos nuevos casos de leishmaniasis cutánea para el departamento del Atlántico, Colombia.

Descripción de casos: El primer caso correspondió a un hombre de 46 años con lesión nodular ulcerada en miembro inferior derecho, diagnosticado mediante examen directo de raspado y tratado exitosamente con N-metil-glucamina. El segundo caso fue una mujer de 72 años con lesión nodular ulcerosa en la pierna izquierda, cuyo diagnóstico se confirmó por biopsia con hallazgos compatibles con leishmaniosis cutánea. Recibió tratamiento con meglumina antimoniato, presentando reacciones adversas que fueron controladas con seguimiento médico, lo que permitió completar la terapia con éxito.

Conclusiones: Estos dos nuevos casos autóctonos de leishmaniosis en el Atlántico subrayan la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica y mejorar las capacidades diagnósticas en áreas no tradicionales de transmisión.

Palabras clave: *Leishmania;* leishmaniosis cutánea; tratamiento sistémico.

ABSTRACT

Introduction: Cutaneous leishmaniasis is a disease of public health interest in Colombia. The Department of Atlántico reported its first autochthonous case of leishmaniasis in 2009; no further cases had been reported since then.

Objective: To describe two new cases of cutaneous leishmaniasis in the Department of Atlántico, Colombia.

Case reports: The first case involved a 46-year-old man with ulcerated nodular lesion on his right lower limb; he was diagnosed via direct smear examination and successfully treated with N-methyl-glucamine. The second case involved a 72-year-old woman with ulcerated nodular lesion on her left leg; the diagnosis was confirmed by biopsy, with findings consistent with cutaneous leishmaniasis. She was treated with meglumine antimoniate and experienced adverse reactions that were managed under medical supervision, allowing the therapy to be completed successfully.

Conclusions: These two new autochthonous cases of leishmaniasis in Atlántico highlight the need to strengthen epidemiological surveillance and improve diagnostic capabilities in non-traditional transmission areas.

Keywords: Leishmania; cutaneous leishmaniasis; systemic treatment.

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Recibido: 05/11/2024

Aceptado: 18/09/2025

Introducción

La leishmaniosis cutánea (LC) es una enfermedad infecciosa causada por protozoos del género *Leishmania*, transmitida por la picadura de *Lutzomyia* spp., y es una de las enfermedades tropicales desatendidas en las Américas, caracterizada por lesiones ulcerosas crónicas en áreas expuestas del cuerpo, con variaciones clínicas y epidemiológicas según la zona de procedencia del paciente.[1,2] En el mundo, la leishmaniosis afecta a más de 12 millones de personas en 98 países, principalmente en regiones tropicales y subtropicales, y se estima que ocurren aproximadamente 1,5 a 2 millones de nuevos casos anualmente.[1]

En Colombia hasta el año 2005 se notificaron aproximadamente 6000 casos anuales de leishmaniosis; sin embargo, posterior a este año se ha incrementado su incidencia aproximadamente a 12 000 casos anuales.[2]

Según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional (SIVIGILA), hasta el año 2008 los departamentos de San Andrés y el Atlántico eran las únicas áreas del país donde no se tenían reportes de casos autóctonos de leishmaniosis; sin embargo, en 2009 se registró por primera vez para el departamento del Atlántico el primer caso autóctono de leishmaniosis;[3] desde entonces no se había notificado más casos para esta región del país.

Se considera caso sospechoso en zonas endémicas a toda persona con una o más lesiones ulcerosas, de bordes elevados e indoloras, con más de un mes de evolución en regiones como piernas, brazos, cuello y cara; en zonas no endémicas, este diagnóstico se establece tras descartar otras patologías dermatológicas.[4] El caso se confirma mediante pruebas laboratoriales como frotis directo, cultivo, histopatología o reacción en cadena de la polimerasa (PCR), que constituyen el estándar diagnóstico de la enfermedad.[1,5]

El presente artículo tuvo como objetivo describir dos nuevos casos de leishmaniosis cutánea en el departamento del Atlántico notificados durante el año 2023, lo cual es importante desde el punto de vista epidemiológico, ya que registra la presencia de transmisión en otras áreas del departamento.

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Descripción del primer caso

Hombre de 46 años, con peso de 85 kg, residente en el municipio de Piojó, en el departamento del Atlántico, y de ocupación conductor de vehículo, quien laboraba en el corregimiento de Juan Mina, ubicado a 5 km al sur-occidente del área urbana de la ciudad de Barranquilla en el departamento del Atlántico. El paciente acudió al servicio de consulta externa de una institución de salud ubicada en el distrito de Barranquilla por presentar cuadro clínico de 45 días de evolución, caracterizado por lesiones nodulares, en forma ovalada, ulceradas, de tamaño 3x3 cm, de consistencia dura, bordes acordonados, regulares y elevados y centro granuloso ubicadas en el miembro inferior derecho (fig. 1A).

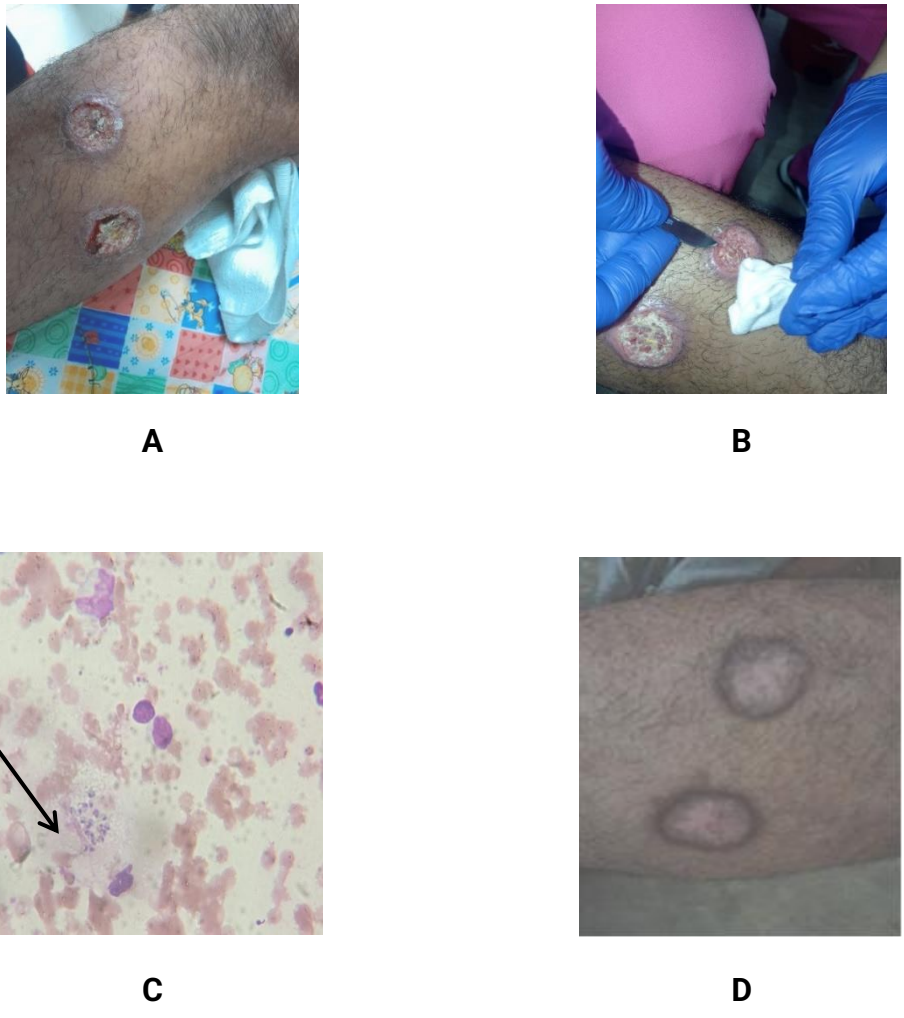


Fig. 1 - Caso 1: A) Lesiones en miembro inferior derecho; B) Toma de muestra de la lesión; C) Presencia de amastigotes *de Leishmania* sp. intracelulares, coloración de Field; D) Lesiones cicatrizadas después del tratamiento.

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

El paciente acudió al laboratorio clínico para pruebas diagnósticas y, dadas las características de la lesión, se sugirió realizar examen directo para leishmaniasis (fig. 1B). La confirmación parasitológica se efectuó mediante coloración de Field, técnica rápida para la identificación de hemoparásitos en extendidos de sangre y gotas gruesas, basada en fijación con alcohol metílico y tinción con azul de metileno y eosina.[6] Se empleó colorante químico Albort (Bogotá, Colombia). La observación se realizó con un microscopio de luz blanca (Carl Zeiss, Oberkochen, Alemania), con objetivo de inmersión 100x, en el área de zoonosis y parasitología del Laboratorio Departamental de Salud Pública del Atlántico, donde se identificaron amastigotes intracelulares de *Leishmania* sp., de morfología esférica y con flagelo muy corto (fig. 1C).

Al finalizar el examen microscópico del extendido obtenido de las lesiones, se confirmó el diagnóstico de leishmaniosis cutánea (LC), y posteriormente se informó al Laboratorio Departamental de Salud Pública del Atlántico, para la realización de un control de calidad indirecto en la confirmación del diagnóstico. El paciente fue citado el 16 de junio de 2023 para informarle el resultado positivo de LC y se realizó el diligenciamiento de la ficha de notificación epidemiológica; además, se tomó una nueva muestra en las lesiones y se envió al Instituto Nacional de Salud para realizar la evaluación externa indirecta del desempeño.

Posteriormente, se remitió al paciente con el resultado positivo de LC hacia su Empresa Promotora de Salud, para dar inicio al tratamiento el 22 de junio de 2023 con N-metil glucamina (Glucantime®, Sanofi-Aventis, París, Francia), administrada por vía intramuscular a una dosis de 15 ml/día de antimonio pentavalente durante 20 días, con un total de 60 ampollas, siguiendo las recomendaciones de la guía nacional para el manejo integral de la leishmaniosis cutánea.[4] En el seguimiento clínico postratamiento se observó una disminución del 50 % del tamaño de la úlcera al finalizar el esquema, en el transcurso de 30 días. Finalmente, se realizó seguimiento al paciente, que evidenció cicatrización de la lesión (fig. 1D) con curación clínica documentada entre 45 y 90 días después.

Los criterios considerados incluyeron:

- Aplanamiento del borde activo
- Cicatrización
- Desaparición de la induración
- Resolución de linfangitis cuando estuvo presente

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Las pruebas parasitológicas posteriores se consideran deseables, aunque no indispensables, para confirmar la ausencia de parásitos.

Descripción segundo caso

Mujer de 72 años, de ocupación ama de casa, quien residía en el área periurbana del municipio de Malambo en el departamento del Atlántico, ubicado entre el margen occidental del río Magdalena y el municipio de Soledad; el municipio de Malambo se encuentra a 12 kilómetros del distrito de Barranquilla. La paciente negó haber estado en zona endémica para leishmaniosis y no haber salido del municipio de Malambo en el último año.

La paciente consultó a su asegurador de salud por inicio de síntomas caracterizado por lesión nodular ulcerosa y costrosa de 2 cm de tamaño ubicada en la pierna izquierda y con dolor intermitente iniciado cuatro meses antes de la consulta (fig. 2A).

La paciente informó haber consultado a un médico particular, quien ordenó biopsia, que arrojó los siguientes resultados: piel ulcerada con hiperplasia pseudoepitelomatosa que asienta sobre dermis ocupada por infiltrados histiolinfoplasmocitario, diagnóstico de piel de pierna izquierda con patrón histológico de Leishmaniosis cutánea.

Al obtener los resultados de la biopsia el día 27 de noviembre de 2023, la paciente acudió a la Empresa Social del Estado (E.S.E.) Hospital Local de Malambo, donde inició tratamiento el 29 de diciembre de 2023 con meglumina antimoniato, presentación en ampollas por 5 ml, solución inyectable de 1,5 g. El tratamiento se le suministró vía intramuscular con 12,5 ml por kilogramo de peso durante 20 días.

Finalizado el tratamiento, la paciente consultó al médico general, quien ordenó paraclínicos de control y fue remitida a dermatología para consulta de control, donde se observó cicatrización de la lesión (fig. 2B).

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES



A **B**

Fig. 2 - Caso 2: Lesión en miembro inferior izquierdo. A) Lesión antes del tratamiento y B) Lesión posterior al tratamiento.

La información médica descrita en ambos casos se obtuvo de las historias clínicas de los pacientes, quienes autorizaron su uso mediante la firma del consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de la información.

Discusión

La leishmaniasis cutánea (LC) es causada por *Leishmania* spp., al ser frecuentes en América Latina, especies como *L. braziliensis*, *L. mexicana* y *L. panamensis*.[7] La transmisión ocurre principalmente en áreas rurales, aunque la urbanización y el desplazamiento humano han favorecido su presencia en zonas periurbanas y urbanas de Colombia,[7] como en los casos aquí reportados. Clínicamente, la LC se manifiesta con lesiones que progresan de pápulas y nódulos iniciales a úlceras profundas de bordes elevados e indurados, con centro necrótico o costroso, localizadas con mayor frecuencia en extremidades expuestas de adultos.[5]

El diagnóstico diferencial de la leishmaniasis cutánea es amplio y esencial para un manejo adecuado. Entre las patologías infecciosas que pueden simularla se incluyen la lepra, la tuberculosis cutánea, el impétigo, la difteria cutánea, el

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

rinoescleroma, el pioderma tropical y diversas micobacteriosis como las causadas por *Mycobacterium avium-intracellulare* y *Mycobacterium marinum*. También deben considerarse micosis endémicas de Latinoamérica, como paracoccidioidomicosis, histoplasmosis, esporotricosis, cromoblastomicosis y lobomicosis, además de infecciones bacterianas piogénicas por *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*.[8]

El diagnóstico diferencial también debe considerar agentes virales como el orf (familia Poxviridae).[9] En el grupo de las enfermedades inflamatorias, es pertinente incluir el granuloma piógeno, la dermatitis numular y la psoriasis en placas.[9] Asimismo, se necesita ampliar la evaluación hacia las neoplasias cutáneas, entre ellas las metástasis cutáneas, queloides, tumores primarios de piel, así como úlceras de origen traumático o por estasis venosa, que pueden simular las manifestaciones de la leishmaniasis cutánea localizada.[10] En el caso 1, el paciente presentó una lesión nodular ulcerada en el miembro inferior derecho, mientras que en el caso 2, la paciente presentó una lesión nodular ulcerosa y costrosa en el miembro inferior izquierdo. Estas manifestaciones clínicas, aunque variables, resultan características de la LC y refuerzan la importancia de un abordaje diagnóstico integral.

El diagnóstico de LC se basa en la identificación del parásito en muestras de tejido. Los métodos utilizados son altamente específicos y se aplican en todas las formas clínicas de la enfermedad. Estos incluyen el examen microscópico de extendidos, raspados, biopsias o aspirados, tomados generalmente del borde de las lesiones y teñidos con Giemsa. Sin embargo, la sensibilidad es limitada: en el viejo mundo se reporta entre 50 y 70 %, mientras que en el nuevo mundo puede descender a valores de 15 a 30 %.[8]

Las técnicas diagnósticas incluyen el examen directo de muestras teñidas, cultivos, y métodos moleculares como la PCR. [9] En el caso 1, el diagnóstico se confirmó mediante examen directo utilizando la coloración de Field, que reveló la presencia de amastigotes intracelulares. Este método, aunque tradicional, continúa siendo ampliamente utilizado, debido a su costo-efectividad y rapidez. En el caso 2, la biopsia confirmó el diagnóstico, con hallazgos histológicos compatibles con LC. La combinación de métodos diagnósticos puede mejorar la sensibilidad y especificidad del diagnóstico, especialmente en áreas no endémicas, donde la sospecha clínica puede ser menor.

El tratamiento de la leishmaniosis cutánea varía según la especie, la localización de las lesiones y la disponibilidad terapéutica. Los antimoniales pentavalentes, como el antimoniato de meglumina, son la primera línea en Colombia. En el caso 1, la N-

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

metilglucamina logró adecuada cicatrización, mientras que en el caso 2 se presentaron reacciones adversas que requirieron monitoreo clínico.[10] El control de la función hepática y renal es fundamental durante la terapia. Alternativas como la miltefosina, la anfotericina B liposomal y tratamientos tópicos son opciones en casos de intolerancia o falla. La elección debe individualizarse según la respuesta clínica y las comorbilidades.[11]

Conclusiones

La descripción de dos casos autóctonos de leishmaniasis cutánea en el Atlántico evidencia la posibilidad de transmisión en áreas no endémicas. Ambos pacientes presentaron lesiones ulceradas típicas, confirmadas por examen directo e histopatología, y respondieron favorablemente al tratamiento con antimoniales pentavalentes, aunque en un caso se observaron efectos adversos. Estos hallazgos destacan la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica, optimizar la capacidad diagnóstica y terapéutica en zonas no tradicionales y sensibilizar al personal de salud sobre la variabilidad clínica y las alternativas de tratamiento.

Referencias bibliográficas

1. WHO. Leishmaniasis. Geneva: WHO; 2023 [acceso 15/09/2024]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis

2. Padilla JC, Lizarazo FE, Murillo OL, Mendigaña FA, Pachón E, Vera MJ. Escenarios de transmisión de las principales enfermedades transmitidas por vectores en Colombia, 1990-2016. Biomedica. 2017;37(Supl. 2):27-40. DOI: https://doi.org/10.7705/biomedica.v34i2.3769

3. Santamaría E, Cabrera OL, Marceló C, Goenaga-Olaya S, Maestre-Serrano R. Behavioral aspects of phlebotomine sand flies associated with a case of cutaneous leishmaniasis in Atlántico, Northern Colombia. Am J Trop Med Hyg. 2020;102(4):768-76. DOI: https://doi.org/10.4269/ajtmh.19-0245

4. Colectivo de autores. Instituto Nacional de Salud (Colombia). Protocolo de vigilancia en salud pública: leishmaniasis. Bogotá: INS; 2024 [acceso 20/11/2024].

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Leishmaniasis.pdf
5. Reithinger R, Dujardin JC, Louzir H, Pirmez C, Alexander B, Brooker S. Cutaneous leishmaniasis. Lancet Infect Dis. 2007;7(9):581-96. DOI: https://doi.org/10.1016/S1473-3099(07)70209-8
6. Cheesbrough M. District laboratory practice in tropical countries. 2 ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2005. DOI: https://doi.org/10.1017/CBO9780511581304
7. Torres-Guerrero E, Quintanilla-Cedillo MR, Ruiz-Esmenjaud J, Arenas R. Leishmaniasis: a review. F1000Res. 2017;6:750. DOI: https://doi.org/10.12688/f1000research.11120.1
8. Montalvo AM, Fraga J, Monzote L, García M, Fonseca L. Diagnóstico de la leishmaniasis: de la observación microscópica del parásito a la detección del ADN. Rev Cubana Med Trop. 2012 [acceso 15/06/2024];64(2):108-31. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602012000200002&lng=es&nrm=iso
9. Palma VA, Crespín MM, Hidalgo PA, González ÁD, Lozada DA, Nacimba GA, *et al*. Diagnostic advances in tegumentary leishmaniasis: a narrative review from 2018 to 2023. J Public Health Emerg. 2024 [acceso 18/08/2024];8:36. Disponible en: https://jphe.amegroups.org/article/view/10204/html
10. Kashani MN, Firooz A, Eskandari SE, Ghoorchi MH, Khamesipour A, Khatami A, *et al*. Evaluation of meglumine antimoniate effects on liver, kidney and pancreas function tests in patients with cutaneous leishmaniasis. Eur J Dermatol. 2007 [acceso 02/12/2024];17(6):513-5. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17951131/
11. Esfandiarpour I, Farajzadeh S, Rahnama Z, Fathabadi EA, Heshmatkhah A. Adverse effects of intralesional meglumine antimoniate and its influence on clinical laboratory parameters in the treatment of cutaneous leishmaniasis. Int J Dermatol. 2012;51(10):1221-5. DOI: https//doi.org/10.1111/j.1365-4632.2012.05460.x

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES