

Leishmaniasis en cabeza y cuello. ¿Una enfermedad migratoria?

Leishmaniasis in head and neck. ¿A migratory disease?

Carlos Morales A.^{1,2}, María José Roa C.², Camilo Iñiguez L.¹, Carlos Mejías G.²

Resumen

La leishmaniasis comprende un grupo de patologías dadas por la infección de protozoos del género *Leishmania*. Es una enfermedad endémica de Asia, África y América del Sur, muy poco común en Chile. Puede causar compromiso severo de la vía aérea alta y simular patologías más frecuentes en la práctica otorrinolaringológica, como las neoplasias malignas. Actualmente, Chile presenta un fenómeno social migratorio desde países vecinos donde la leishmaniasis es endémica. Se presenta un caso clínico poco frecuente, de diagnóstico desafiante, que debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales.

Palabras clave: Leishmaniasis, cáncer, protozoo, anfotericina, patología endémica.

Abstract

Leishmaniasis comprises a group of diseases caused by protozoa of the Leishmania genus. It is endemic in Asia, Africa, and South America, and is very uncommon in Chile. It may cause severe upper airway involvement and mimic neoplastic otorhinolaryngological diseases. Due to increasing migration from endemic regions, physicians in non-endemic countries should be aware of this condition. We present a rare and diagnostically challenging clinical case that should be considered among differential diagnoses.

Keywords: Leishmaniasis, cancer, protozoan, amphotericin, endemic disease.

¹Hospital Coyhaique.

²Hospital Puerto Aysén.

Los autores declaran no tener conflictos de interés

Recibido el 09 de septiembre de 2025. Aceptado el 12 de febrero de 2026.

Correspondencia:

Carlos Morales A.

Hospital Coyhaique

Eusebio Ibar 068, Coyhaique.

Email: dr.cmorales.a@gmail.

com

Introducción

La leishmaniasis corresponde a un grupo de enfermedades causadas por protozoos del género *Leishmania*, transmitidas por la picadura de flebotomos hembra, conocidos como mosquitos de la arena, de los géneros *Phlebotomus* y *Lutzomyia*. Es una enfermedad fundamentalmente zoonótica, siendo los cánidos y roedores los principales reservorios, con excepción de *L. donovani* y *L. tropica*, cuyo reservorio es el ser humano¹.

Clínicamente se manifiesta en formas cutánea, mucocutánea y visceral, siendo esta última potencialmente fatal si no se trata adecuadamente. Todas estas variantes han sido descritas en cabeza y cuello².

La forma cutánea es la más prevalente y suele localizarse en regiones corporales expuestas, presentándose habitualmente con lesiones

múltiples. La forma visceral se caracteriza por compromiso sistémico, con citopenias y hepatoesplenomegalia. La leishmaniasis mucocutánea es la forma clínica menos frecuente y es causada principalmente por *L. braziliensis* en las Américas y por *L. aethiopica* en Asia y África. Esta variante provoca destrucción parcial o completa de las mucosas de la nariz, boca y faringe. Más del 90% de los casos se concentran en países sudamericanos como Bolivia, Brasil y Perú³.

En Chile, la leishmaniasis no es una enfermedad endémica; sin embargo, el aumento de la migración desde regiones con transmisión activa obliga a los médicos a familiarizarse con su diagnóstico y manejo. En particular, el compromiso mucoso puede simular patologías otorrinolaringológicas más frecuentes, como neoplasias malignas o enfermedades granulomatosas. Se presenta el caso más austral

CASO CLÍNICO

reportado en la literatura de leishmaniasis de cabeza y cuello, con compromiso mucoso extenso y buena respuesta al tratamiento médico.

Caso clínico

Paciente masculino de 51 años, procedente de Colombia, residente en Chile desde hace siete años, sin comorbilidades ni antecedentes de inmunosupresión. Consulta por un cuadro de un año de evolución caracterizado por rinorrea serohemática bilateral, escalofríos y pérdida de peso no cuantificada.



Figura 1. Lesiones en paladar blando y amígdala derecha pretratamiento.



Figura 2. Orofaringe post tratamiento.

Al examen físico se observa mucosa nasal engrosada y micronodular, con costras mielécéricas y rinorrea serohemática, extendiéndose hacia la mucosa palatina, sin perforación septal ni lesiones ulceradas (**Figura 1**).

La nasofibrolaringoscopia muestra vestibulitis extensa con abundantes costras mielécéricas en ambas fosas nasales, mucosa edematosa y friable, con meatos medios libres. La rinofaringe y fosas de Rosenmüller no presentan lesiones. En la cara nasal del paladar blando se observa una lesión infiltrativa de aspecto tumoral que se extiende hacia ambas paredes laterales orofaríngeas y compromete completamente la úvula, con predominio derecho. La orofaringe presenta compromiso de ambos pilares palatofaríngeos por la misma lesión. La hipofaringe y la laringe no muestran alteraciones.

Se realiza biopsia incisional, cuyo estudio histopatológico evidencia inflamación granulomatosa crónica; la tinción de Ziehl-Neelsen resulta negativa. El informe sugiere inicialmente tuberculosis, sin signos de neoplasia. La PCR para *Mycobacterium tuberculosis* en tejido y esputo resulta negativa. Evaluaciones multidisciplinares permiten descartar vasculitis u otras neoplasias.

Ante la persistencia de la sospecha clínica, se solicita PCR específica para *Leishmania* al Instituto de Salud Pública de Chile, la que resulta positiva para *Leishmania braziliensis*. La tomografía computada no evidencia compromiso visceral. Se inicia tratamiento con anfotericina B liposomal (3 mg/kg/día) en tres ciclos de cinco días, sin efectos adversos ni nefrotoxicidad. Al mes del tratamiento se observa resolución completa de las lesiones (**Figura 2**). El paciente se mantiene asintomático y sin recidiva a los seis meses de seguimiento.

Discusión

La leishmaniasis mucocutánea es una entidad infrecuente pero potencialmente destructiva, con una incidencia menor al 5%, y suele corresponder a la progresión de una infección cutánea previa, diseminada por vía hematogena o linfática⁴. En regiones no endémicas, como Chile, el principal desafío diagnóstico radica en distinguirla de patologías

más prevalentes, como el carcinoma escamoso o enfermedades granulomatosas infecciosas, particularmente la tuberculosis.

Las mucosas más afectadas son la nasal y la oral, aunque las lesiones pueden extenderse a la orofaringe y laringe, comprometiendo incluso estructuras cartilagosas o cuerdas vocales⁵. Su aspecto infiltrativo o ulcerado puede simular tumores malignos, por lo que, ante biopsias negativas para neoplasia, la leishmaniasis debe ser considerada dentro de los diagnósticos diferenciales⁶.

El diagnóstico de la leishmaniasis mucosa o mucocutánea es fundamentalmente clínico y debe complementarse con pruebas parasitológicas, histológicas o inmunológicas específicas. La confirmación etiológica se realiza mediante la demostración del parásito por microscopía, cultivo o técnicas moleculares como la PCR⁷. Los amastigotes son estructuras redondeadas de 1-4 µm con un cinetoplasto en forma de bastón. Dada la sensibilidad variable de cada método, se recomienda combinar técnicas para aumentar el rendimiento diagnóstico^{8,9}.

En Chile, el Instituto de Salud Pública (ISP) es la principal institución pública encargada del diagnóstico confirmatorio de leishmaniasis, a través de su Laboratorio Nacional de Referencia de Parasitología, donde se realizan estudios parasitológicos y PCR específica en tejido. En la práctica clínica, los paneles moleculares habituales para el estudio de enfermedades granulomatosas suelen incluir patógenos como *Mycobacterium tuberculosis*, micobacterias no tuberculosas y hongos como *Histoplasma*, *Paracoccidioides* y *Cryptococcus*, pero no consideran *Leishmania*, lo que puede generar una falsa sensación de descarte diagnóstico en la práctica clínica otorrinolaringológica.

Si bien en el sistema privado existen pruebas serológicas, como el Western Blot para *Leishmania* disponible en la Red de Salud UC Christus, estas son principalmente útiles para la leishmaniasis visceral y no constituyen un método adecuado para la enfermedad cutánea o mucocutánea, debido a la respuesta inmune humoral variable o baja. Por lo tanto, un resultado serológico negativo no descarta la enfermedad en este contexto clínico.

El tratamiento de la leishmaniasis cutánea simple puede ser tópico o incluso expectante en casos seleccionados¹⁰. Sin embargo, las formas

mucocutáneas requieren tratamiento sistémico. La anfotericina B liposomal ha demostrado alta eficacia, con tasas de curación cercanas al 80-90%, incluyendo buenos resultados en infecciones por *L. braziliensis*, y un perfil de seguridad favorable^{7,11,12}. Los antimoniales pentavalentes han sido el tratamiento histórico, pero su uso se ha visto limitado por toxicidad y resistencia¹³. Otras alternativas incluyen azoles, miltefosina y pentamidina^{13,14}.

Desde la perspectiva otorrinolaringológica, se ha descrito que la leishmaniasis mucocutánea puede presentarse en pacientes inmunocompetentes. No obstante, existe mayor incidencia y dificultad terapéutica en pacientes tratados con fármacos biológicos anti-TNF α, como adalimumab¹⁵, así como en pacientes con uso crónico de corticoides inhalados, en quienes se han reportado casos de compromiso laríngeo¹⁶.

Conclusión

La leishmaniasis, aunque infrecuente en Chile, debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales ante lesiones granulomatosas, infiltrativas o ulceradas persistentes del tracto aerodigestivo superior, especialmente en pacientes provenientes de zonas endémicas. El diagnóstico precoz y el manejo interdisciplinario, en conjunto con infectología, son fundamentales.

El Instituto de Salud Pública cumple un rol clave en el diagnóstico confirmatorio mediante técnicas moleculares específicas. La anfotericina B liposomal representa una alternativa terapéutica eficaz y segura, con excelente respuesta clínica. El seguimiento estrecho es esencial para detectar recidivas y evaluar la respuesta a largo plazo.

Bibliografía

1. Abadías-Granado A, Diago P, Cerro A, Palma-Ruiz Y, Gilaberte M. Leishmaniasis cutánea y mucocutánea. *Actas Dermosifiliogr.* 2021;112(7):601-618.
2. García J, Balaguer R, Juantegui M, García M. ENT involvement in *Leishmania* infections. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2021;72(1):3-10.
3. World Health Organization. Leishmaniasis. Geneva:

CASO CLÍNICO

- WHO; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis>
4. Carotenuto A, Albers G, Hankins R, Geelan-Hansen K. Clinical diagnosis and management of mucosal leishmaniasis in the context of a global pandemic: a case report. *Cureus*. 2022;14(10):e30586.
 5. Marra F, Chiappetta C, Vincenti V. Ear, nose and throat manifestations of mucocutaneous leishmaniasis: a literature review. *Acta Biomed*. 2014;85:3-7.
 6. Aronson N, Herwaldt B, Libman M, et al. Diagnosis and treatment of leishmaniasis: Clinical Practice Guidelines by the IDSA and the ASTMH. *Clin Infect Dis*. 2016;63:e202-264.
 7. Solomon M, Pavlotsky F, Leshem E, et al. Liposomal amphotericin B treatment of cutaneous leishmaniasis due to *Leishmania tropica*. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011;25:973-977.
 8. Gow I, et al. Laboratory diagnostics for human *Leishmania* infections. *Parasites & Vectors*. 2022;15:193.
 9. Weerasinghe A, Wijesinghe R, Karunaweera N, et al. Diagnostic tools for cutaneous leishmaniasis caused by *Leishmania donovani*. *Diagnostics (Basel)*. 2023;13(18):2989.
 10. Kellman C, et al. Therapeutic advances in the topical treatment of cutaneous leishmaniasis. *PLoS Negl Trop Dis*. 2020;15(3):e0009099.
 11. Chivinski J, Ribeiro de Jesus A, et al. Intravenous liposomal amphotericin B efficacy and safety for tegumentary leishmaniasis. *Open Forum Infect Dis*. 2023;10(7):ofad348.
 12. Brown M, Noursadeghi M, Boyle J, Davidson RN. Successful liposomal amphotericin B treatment of *Leishmania braziliensis* cutaneous leishmaniasis. *Br J Dermatol*. 2005;153:203-205.
 13. Sundar S, Chakravarty J. Use of antimony in the treatment of leishmaniasis. *J Glob Infect Dis*. 2010;2(2):179-185.
 14. Mota WJS, et al. Classical and innovative drugs for the treatment of leishmaniasis. *Int J Parasitol Drugs Drug Resist*. 2024;16:2-18.
 15. Penella A, Muntaner-Virgili C, Marcoval J, et al. Leishmaniasis in otorhinolaryngology: an emerging disease and its relationship with anti-tumor necrosis factor-alpha drugs. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2024;281(5):2739-2742.
 16. Santangeli L, McCluney N, Hathorn I, Shakeel M, Anderson C. Leishmaniasis presenting to the otolaryngologist: a rare but important cause of persistent hoarseness. *J Laryngol Otol*. 2009;123:1181-1183.