

CASOS CLÍNICOS

Leishmaniasis mucocutánea de aspecto lupoide

Lupoid-appearing mucocutaneous leishmaniasis

Paola Zuleta¹, Ludmila Rodríguez², Marisa Fernández³, Clara Corrales⁴ y Viviana Leiro⁵

RESUMEN

La leishmaniasis es una zoonosis causada por protozoos intracelulares del género *Leishmania spp.* Presentamos el caso de una paciente de 41 años, oriunda de Tucumán, con una forma poco frecuente de leishmaniasis mucocutánea (LMC). La clínica mostró placas infiltradas con tubérculos centofaciales y compromiso mucoso. La histología reveló un infiltrado inflamatorio granulomatoso y la PCR confirmó *Leishmania spp.* Se indicó tratamiento con antimoniato de meglumina

y pentoxifilina, con reducción posológica por efectos adversos y evolución clínica favorable. Este caso resalta la importancia de considerar variantes crónicas lupoideas en el diagnóstico diferencial de la LMC y la necesidad de una correlación clínico-histopatológica.

Palabras clave: leishmaniasis mucocutánea, leishmaniasis lupoide, variantes atípicas, antimoniato de meglumina.

Dermatol. Argent. 2026; 32(1): 64-66

ABSTRACT

Leishmaniasis is a zoonotic disease caused by intracellular protozoa of the genus Leishmania spp. We report the case of a 41-year-old female from Tucumán, with a rare presentation of mucocutaneous leishmaniasis (MCL) with lupoid features. Clinical findings included centrofacial plaques with tubercular infiltration and mucosal involvement. Histology showed granulomatous inflammatory infiltrate, and PCR confirmed Leishmania spp. Treatment with meglumine antimoniate plus pentoxifylline was

administered, with dose adjustment due to adverse effects, leading to favorable clinical outcome. This case underscores the need to consider lupoid chronic variants in MCL differential diagnosis and highlights the relevance of clinicopathological correlation.

Key words: mucocutaneous leishmaniasis, lupoid leishmaniasis, atypical variants, meglumine antimoniate.

Dermatol. Argent. 2026; 32(1):64-66

¹ Médica Concurrente de segundo año de Dermatología

² Médica Dermatóloga

³ Médica Infectóloga

⁴ Médica Patóloga

⁵ Médica Dermatóloga, Jefa de la Unidad

Unidad de Dermatología, Hospital Francisco J. Muñiz, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Paola Zuleta

E-mail: gabrielazuleta@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 6/5/2025

Fecha de trabajo aceptado: 20/10/2025

Conflicto de intereses: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 41 años, oriunda de Tucumán, sin antecedentes patológicos, consultó por una dermatosis facial de 10 meses de evolución. En la nariz, labio superior y mejillas presentaba múltiples tubérculos confluentes en una gran placa eritematoedematosa y erosionada (Foto 1); además, en el labio superior se observaba una induración de consistencia cartilaginosa con caída de la punta nasal (Foto 2), y una placa infiltrada en el paladar blando y una cicatriz atrófica en el miembro inferior izquierdo. Los cultivos para bacterias, hongos y micobacterias fueron negativos. La

PCR resultó positiva para *Leishmania spp.* y la histopatología mostró un infiltrado inflamatorio difuso con granulomas (Foto 3). La evaluación otorrinolaringológica evidenció compromiso de la mucosa nasal y de la palatina. Dada la presencia de tubérculos y el compromiso mucoso, se arribó al diagnóstico de leishmaniasis mucocutánea de aspecto lupoide. Se indicó antimoniato de meglumina 810 mg/día más pentoxifilina, pero por artralgias severas se redujo a 405 mg/semana hasta completar 28 días. La paciente evolucionó favorablemente con franca mejoría clínica (Foto 4).



FOTO 1: Múltiples tubérculos que se agmanan formando una placa eritematoedematosa sobre la que asientan aisladas erosiones, en su mayoría cubiertas por escamocostras.



FOTO 2: Caída de la punta de la nariz por el compromiso mucoso y perforación del tabique nasal.

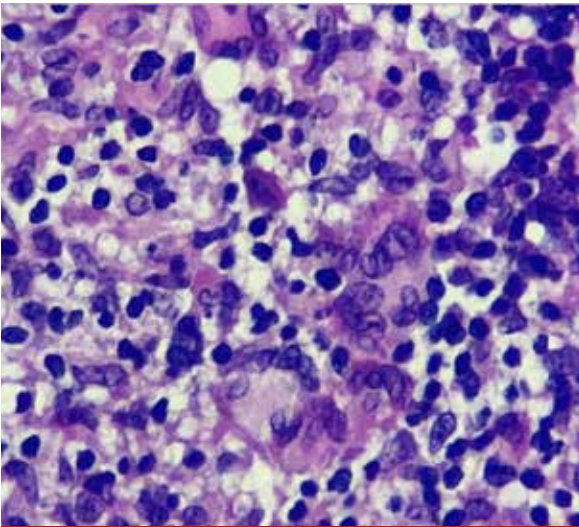


FOTO 3: Infiltrado inflamatorio constituido por células gigantes multinucleadas e histiocitos conformando granulomas (HyE, 400x).



FOTO 4: Franca mejoría de la dermatosis con disminución de la infiltración en el rostro y en la punta nasal en su posición anatómica normal.

COMENTARIOS

La leishmaniasis es una zoonosis causada por protozoarios del género *Leishmania*, transmitida por la picadura de hembras hematófagas de *Phlebotomus* y *Lutzomyia*¹⁻³. Se han descrito unas 22 especies patógenas agrupadas en los subgéneros *L. Leishmania* (L.L) y *L. Viannia* (L.V)². L.L se distribuye tanto en el Viejo como en el Nuevo Mundo, mientras que L.V se limita a América^{2,4,5}. En la Argentina predomina la cepa *L. V braziliensis*, responsable de cuadros cutáneos y mucosos¹⁻³.

Las manifestaciones clínicas varían según la especie, los factores ambientales y la respuesta inmune^{1,2}. Se distinguen tres formas principales: la leishmaniasis cutánea (LC), la leishmaniasis mucocutánea (LMC) y la visceral (LV), esta última con alta mortalidad sin tra-

tamiento⁴. En la Argentina, las formas más comunes son la LC y la LMC, endémicas en provincias del norte^{1,2}. Por un lado, la LC puede resolverse espontáneamente o evolucionar a formas diseminadas, crónicas o atípicas, entre ellas, la variante crónica lupoides (<10% de casos) caracterizada por tubérculos parduzcos sobre placas infiltradas en la región centrofacial^{3,6,7}, mientras que la LMC suele originarse a partir de una LC previa y aparecer años después de la lesión inicial^{1,2,5}. La LMC con características lupoides es una presentación atípica y poco frecuente, generalmente vinculada a *L. tropica* y *L. V. braziliensis*^{1-3,6,7}. Aunque la forma lupoides suele considerarse una variante crónica de la LC con respecto de las mucosas, en este caso coexistieron tubérculos

centrofaciales y compromiso mucoso, lo que motivó su interpretación como una LMC de aspecto lupoide. La cicatriz atrófica en el miembro inferior probablemente correspondía a la lesión cutánea primaria resuelta años antes del compromiso mucoso.

El diagnóstico de esta patología requiere integración clínica, epidemiológica y confirmación parasitológica mediante métodos directos (frotis, histopatología, cultivo) y/o moleculares como PCR, especialmente útiles en formas crónicas¹⁻³. El tratamiento de primera línea son los antimoniales pentavalentes a dosis de 20 mg/kg/día (estibogluconato de sodio y antimonio de meglumina), asociados a pentoxifilina por su efecto sinérgico antiinflamatorio^{1-3,5}. La duración varía entre 21 y 28

días según la forma clínica¹. Estos fármacos requieren monitoreo por el riesgo de cardiotoxicidad, hepatotoxicidad y pancreatitis^{1,8,9}. Las artralgias, presentes en el 25-50% de los casos, se relacionan con la dosis y la duración del tratamiento; pueden ser incapacitantes y requerir reducción o ajuste del esquema^{8,10}. En nuestra paciente, la reducción posológica por artralgias permitió completar el esquema con buena respuesta, confirmando la eficacia del abordaje combinado.

Este caso destaca la importancia de reconocer presentaciones inusuales de la LMC, integrar hallazgos clínicos e histológicos, y considerar la variante lupoide como diagnóstico diferencial frente a lesiones centrofaciales granulomatosas con compromiso mucoso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lorenz A, Molina S, Liatto de Nógalo A, Garlatti M, et al. Consenso sobre leishmaniasis. Sociedad Argentina de Dermatología, 2008. Disponible en: <https://sad.org.ar/wp-content/uploads/2019/10/Consenso-sobre-Leishmaniasis---2008.pdf>.
2. Ching-Chacón A, Villalobos-Romero B, Jiménez-Vargas MF. Leishmaniasis: evaluación clínica y diagnóstico. *Rev Medica Sinerg*. 2022;7:781-792.
3. Castillo S, D'Antonio R, Gassmann P, Cejas K, et al. Leishmaniasis cutánea. *Dermatol Argent*. 2023;29:129-131.
4. De Vries HJC, Schallig HD. Cutaneous leishmaniasis. A 2022 updated narrative review into diagnosis and management developments. *Am J Clin Dermatol*. 2022;23:823-840.
5. Fischer T, Fischer M, Schliemann S, Elsner P. Treatment of mucocutaneous leishmaniasis. A systematic review. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2024;22:763-773.
6. Gehlhausen J, Sibindi C, Ko CJ, Grant M, et al. A rare case of lupoid leishmaniasis defying diagnosis for a decade. *J Cutan Pathol*. 2020;47:1054-1057.
7. Ahmad S, Suleiman H, Al-Shehabi Z. A successful treatment of severe lupoid cutaneous leishmaniasis in an elderly man: a case report. *Oxf Med Case Reports*. 2020;2020:281-284.
8. Llanos-Cuentas A, Pineda-Reyes J, Álvarez F, Ramos AP, et al. Comparación de la eficacia y toxicidad del estibogluconato de sodio y antimonio de meglumina en el tratamiento de leishmaniasis cutánea en Perú. *Rev Medica Hered*. 2023;34:63-74.
9. Abadías-Granado I, Diago A, Cerro PA, Palma-Ruiz AM, et al. Leishmaniasis cutánea y mucocutánea. *Actas Dermosifiliogr*. 2021;112:601-618.
10. Bravo FG. Protozoos y helmintos. En: Bolognia JL, Schäffer JV, Cerroni L, et al. *Dermatología*. Ed. Elsevier, Barcelona, 2018:1470-1476.