Salud Humana: Revista Académica Investigativa
ISSN: 2631-2492
DOI: 10.54753/rsh.v1i1.2460
Página web: https://revistas.unl.edu.ec/index.php/saludh

| Reporte de caso

Leishmaniasis cutánea: Reporte de un caso clínico de la Amazonía ecuatoriana

Natasha Samaniego-Luna[1], Yosselyn Chamba-Carchi✉[2], Pammela Sivisaka-Satama [3], Tania Armijos-Ramon [4]
[1]Médico Pediatra, Docente de la Universidad Nacional de Loja.
[2]Residente de la especialidad de Pediatría, Hospital "Dr. Florencio Escardó", Buenos Aires,Argentina.
[3]Residente de la especialidad de Cardiología ,Hospital " San Francisco de Quito", Quito, Ecuador.
[4]Residente de la especialidad de Medicina Estética Avanzada ,Barcelona, España.

Autor para correspondencia: Yosselyn Chamba Carchi **E-mail**: yosselynchamba@gmail.com

| RESUMEN
La leishmaniasis es una zoonosis transmitida por vectores, causada por diversos protozoos del género *Leishmania*. Aunque los factores ambientales y climáticos que favorecen su transmisión están bien documentados, también es importante destacar que aspectos sociales como la pobreza y la desnutrición juegan un papel relevante en su epidemiología. La relevancia clínica y epidemiológica de esta enfermedad motiva la presentación de casos que ayuden a mejorar su diagnóstico y manejo. En este contexto, se reporta el caso de un niño de 4 años, originario de una zona endémica en la provincia de Zamora Chinchipe, Ecuador. El niño acudió a consulta por presentar tres lesiones en forma de pápula, con bordes indurados, pruriginosas y descamativas, de aproximadamente 5 mm de diámetro, localizadas en la región posterior del brazo derecho. Estas lesiones comenzaron como pequeñas pápulas y, con el tiempo, evolucionaron a úlceras que aumentaron de tamaño. La persistencia de las lesiones a pesar de un tratamiento combinado con antimicóticos y antibacterianos generó la sospecha clínica de leishmaniasis cutánea, especialmente considerando que el paciente provenía de una zona endémica para esta enfermedad. Para confirmar el diagnóstico, se realizó un frotis de las lesiones, lo que permitió identificar la presencia del protozoo *Leishmania*, estableciendo así la leishmaniasis cutánea. El tratamiento con sales de antimonio condujo a una resolución paulatina de las lesiones, demostrando la eficacia de esta terapia en estos casos. Este caso resalta la importancia de un diagnóstico precoz y un seguimiento adecuado, ya que esto ayuda a prevenir complicaciones sistémicas y la afectación de otros órganos. En definitiva, la presentación de este caso subraya la necesidad de considerar la leishmaniasis en pacientes provenientes de zonas endémicas que presenten lesiones cutáneas persistentes, permitiendo un manejo oportuno y efectivo.

| PALABRAS CLAVE

Leishmaniasis cutánea, zoonosis, Ecuador, meglumina

| ABSTRACT
Leishmaniasis is a vector-borne zoonosis caused by various protozoa of the genus Leishmania. Although the environmental and climatic factors that favor its transmission are well documented, it is also important to highlight that social factors such as poverty and malnutrition play a significant role in its epidemiology. The clinical and epidemiological relevance of this disease motivates the presentation of cases that help improve its diagnosis and management. In this context, we report the case of a 4-year-old boy from an endemic area in the province of Zamora Chinchipe, Ecuador. The child presented with three papule-shaped lesions with indurated, pruritic, and scaly edges, approximately 5 mm in diameter, located on the back of the right arm. These lesions began as small papules and, over time, evolved into ulcers that increased in size. The persistence of the lesions despite combined treatment with antifungal and antibacterial agents raised the clinical suspicion of cutaneous leishmaniasis, especially considering that the patient was from an area endemic for this disease. To confirm the diagnosis, a smear of the lesions was

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0.

performed, which identified the presence of the protozoan Leishmania, thus establishing cutaneous leishmaniasis. Treatment with antimony salts led to gradual resolution of the lesions, demonstrating the efficacy of this therapy in these cases. This case highlights the importance of early diagnosis and adequate follow-up, as this helps prevent systemic complications and the involvement of other organs. Ultimately, this case report underscores the need to consider leishmaniasis in patients from endemic areas who present with persistent cutaneous lesions, allowing for timely and effective management.

| KEYWORDS:

Cutaneous leishmaniasis, zoonosis, Ecuador, meglumina.

ACEPTADO: Mayo 2025 **PUBLICADO:** Julio 2025 **DOI:** 10.54753/rsh.v1i1.2460

1. Introducción

La leishmaniasis cutánea está catalogada como una patología de naturaleza zoonótica; ampliamente distribuida en el mundo (Montes de Oca Aguilar et al. 2023). Botero y Restrepo (2012) afirma que se trata de una enfermedad infecciosa crónica, provocada por un protozoo del género leishmania. El parásito es disgenético; ya que, durante su ciclo, adopta dos estadíos: promastigote y amastigote. Se transmite al hombre a través de la picadura de insectos flebótomos. Existen alrededor de 22 especies patógenas agrupadas en los subgéneros Leishmania y Vannia.

El ciclo vital del parásito inicia cuando la mosca hembra se alimenta de sangre y, en ese proceso, ingiere amastigotes provenientes de un hospedador ya infectado, ya sea humano u otro mamífero. Dentro del insecto, estos amastigotes se transforman en promastigotes en un plazo de entre 24 y 48 horas. Posteriormente, los promastigotes se multiplican en el intestino del vector y se desplazan hacia la región faríngea y el esófago. Cuando la mosca vuelve a picar a otro hospedador, inocula entre 10 y 100 promastigotes. Estos invaden macrófagos y células dendríticas del nuevo hospedador, donde se convierten nuevamente en amastigotes (González et al., 2017). La Leishmania tiene dos ciclos: el silvestre en el que circula entre los reservorios naturales a través de las especies de vectores propias de la zona, y el doméstico en el que los vectores infectados pueden infectar al hombre y a los animales domésticos. (Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, 2010, p.6).

Cada año hay entre 700 000 y 1 millón de nuevos casos. Se conocía desde 2016 según lo informado por la OPS que la leishmaniasis cutánea se registra en 21 países y es endémica en 19 de ellos; Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana Francesa, Guyana, Honduras, Nicaragua, México, Panamá, Paraguay, Perú, Surinam y Venezuela (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023).

En Ecuador el primer caso de leishmaniasis cutánea (LC) fue identificado en 1920 en la provincia de Esmeraldas. (Espin y Procel, 2021). En el año 2022 se reportaron 844 casos confirmados de leishmaniasis, de los cuales 813 (96.3%) correspondieron a leishmaniasis cutánea y 31 a la variedad mucocutánea (3.7%). En 2023, la gaceta epidemiológica nacional ecuatoriana notificó 979 casos confirmados de leishmaniasis, mayormente asociados a leishmaniasis cutánea. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2022).

Los factores de riesgo para las enfermedades están influenciados por las condiciones socioeconómicas de la población, que incluyen aspectos como la pobreza, la desnutrición, la migración, las condiciones de vivienda y el trabajo en áreas rurales, así como actividades relacionadas con la agricultura, la ganadería y el ámbito militar (Caicedo y et al. 2023).

Se reconocen varias presentaciones clínicas de la enfermedad, incluyendo la leishmaniasis cutánea, mucocutánea y visceral. La leishmaniasis cutánea, considerada la forma más frecuente, es de tipo ulcerosa y deja cicatrices de por vida (Sandoval et al. 2023). El diagnóstico definitivo se efectúa mediante la demostración visual del agente causante de la enfermedad, que puede ser observado en muestras de frotis directo o en piezas histopatológicas tomadas de las lesiones. (Lincango et al. 2023). Otros métodos incluyen cultivo, análisis histopatológico y reacción en cadena de la polimerasa (PCR). (Silveira et al. 2019)

La OPS en el año 2023 ratifica que en el paciente pediátrico el manejo de la forma cutánea se puede considerar como tratamientos paromomicina tópica al 15% durante 20 días en la zona afectada, miltefosina oral en dosis de 1,5-2,5 mg/kg/día durante 28 días, antimoniales pentavalentes IV o IM 20 mg de antimonio/kg/día en dosis.

La importancia de transmitir este caso radica en que servirá como base bibliográfica para que profesionales de la salud lleguen a un acertado diagnóstico de la enfermedad y deriven tempranamente al paciente para tratamiento y seguimiento por especialidad de dermatología.

2. Presentación de caso

Paciente de 4 años masculino, residente en Guaramizal, cantón Zumba, provincia de Zamora Chinchipe - Ecuador, catalogada como zona endémica de leishmaniasis, hijo de padres agricultores, con nivel socioeconómico limitado, cuya vivienda cuenta con los servicios básicos mínimos (agua y alcantarillado). Sin antecedentes patológicos personales ni familiares de relevancia para el caso.

Dos meses previos a la consulta presentó tres lesiones tipo pápula, con bordes indurados, pruriginosas y descamativas, de 5 mm de diámetro localizadas en región posterior de brazo derecho, como secuela de contacto accidental con superficie afilada (rama de árbol), manejado en casa en base a la aplicación local de apósitos de plantas. Al no haber mejoría, acude a facultativo, quien bajo criterio de infección micótica más sobreinfección bacteriana, prescribe cefalexina a dosis de 40mg/kg/día, tres tomas diarias durante siete días y aplicación tópica simultánea de clotrimazol, dos veces al día, con evolución desfavorable, observándose incremento paulatino del diámetro de las lesiones que toman aspecto de úlceras con centro melicérico que recubre pequeñas erosiones rojas sangrantes, indoloras. Se realiza un frotis de los bordes de la lesión y al examinar con microscopía óptica, se identifican amastigotes del protozoo, del género Leishmania. Se inició con antimoniato de meglumina intralesional e intramuscular dosis de 20mg/kg/día, por el lapso de 20 días. Se evaluaron las lesiones cada cuatro días, evolucionando satisfactoriamente hasta su remisión.

Figura 1.

Lesiones iniciales del cuadro

Nota: Pápulas, de bordes indurados, pruriginosas, descamativas, de 5 mm de diámetro, dos meses de evolución con las que inicia el cuadro.

Fuente: Datos del estudio

Figura 2.
Sobreinfección de lesiones iniciales

Nota: Úlceras de aspecto melicérico en el centro, indoloras 2,2cm, 1.5cm y 1 cm de diámetro. A los 7 días de haberse concluido tratamiento en base a cefalexina vía oral más clotrimazol tópico.
Fuente: Datos del estudio.

Figura 3.
Lesiones se observan mejoradas

Nota: Evolución favorable a los 15 días de tratamiento
Fuente: Datos del estudio.

Figura 4.
Remisión completa

Nota: Remisión de lesiones. Obsérvese cicatrices lisas, hipocrómicas, no descamativas a final de tratamiento.
Fuente: Datos del estudios.

3. Discusión:

La leishmaniasis en una enfermedad zoonótica causada por parásitos obligados intracelulares que se transmite al hombre a través de la picadura de insectos flebótomos del género Lutzomyia (Castro et al. 2023).

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2018) señala que, desde una perspectiva clínica, existen dos formas principales de leishmaniasis en América: la Leishmaniasis Visceral Americana (LVA), también conocida como kala-azar neotropical, y la Leishmaniasis Tegumentaria Americana (LTA), la cual comprende tanto la Leishmaniasis Cutánea (LC) como la Leishmaniasis Mucocutánea (LM). Las manifestaciones y características clínicas de esta enfermedad varían dependiendo de la especie de *Leishmania* involucrada y del estado inmunológico del paciente.

La leishmaniasis cutánea es una afección comúnmente presente en regiones donde predominan condiciones de pobreza. Su periodo de incubación puede extenderse desde unos pocos días hasta varias semanas o incluso meses. Inicialmente, la enfermedad se manifiesta con lesiones papulares de carácter progresivo y enrojecido, que pueden presentarse de forma aislada o múltiple. Con el tiempo, estas lesiones evolucionan hacia úlceras localizadas, por lo general en zonas expuestas del cuerpo (Rojas, 2019). En el caso del niño procedente de Zamora que estamos analizando, la enfermedad comenzó con tres lesiones tipo pápula en la parte posterior del brazo derecho.

En los casos de leishmaniasis cutánea, las úlceras suelen estar cubiertas por una costra, y al desprenderse esta, queda visible la lesión típica de la enfermedad: una úlcera de aspecto limpio, de color rosado, con tejido granuloso, forma redondeada, bordes definidos y elevados, indolora y con una base endurecida. En algunos casos, estas úlceras pueden infectarse de manera secundaria por otros microorganismos. Esto fue precisamente lo que ocurrió con nuestro paciente, quien inicialmente presentó una sobreinfección bacteriana que agravó la lesión incipiente, lo que llevó a considerar la posible causa de origen (OPS, 2016)

La leishmaniasis mucocutánea se distingue por provocar daños parciales o completos en las membranas mucosas de la nariz, la boca y la laringe, y estos síntomas pueden manifestarse incluso años después de la infección inicial. Por otro lado, la leishmaniasis visceral, conocida también como kala-azar, se asocia con síntomas tales como fiebre intermitente, pérdida de peso, aumento del tamaño del hígado y el bazo (hepatomegalia y esplenomegalia), así como palidez y anemia. Mientras que la forma mucocutánea se centra en las mucosas y puede aparecer mucho tiempo después de la infección, la forma visceral impacta los órganos internos y suele presentar síntomas más sistémicos y generalizados (Rojas, 2019).Las manifestaciones clínicas de la enfermedad son esenciales para el diagnóstico de las diversas formas de leishmaniasis. Asimismo, la información epidemiológica es fundamental para decidir la realización de un frotis directo de las lesiones, el cual se analizará en el laboratorio con el fin de confirmar la presencia de amastigotes en los casos de leishmaniasis cutánea o mucocutánea. En situaciones en las que persista la incertidumbre

diagnóstica, el análisis histopatológico puede ser implementado como un método adicional. Otra técnica, que proporciona resultados en un intervalo de 7 a 15 días, es el cultivo. El Test de Montenegro continúa siendo una herramienta útil, ya que implica la inyección intradérmica de un antígeno, con una lectura programada a las 48-72 horas. Finalmente, la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) se destaca como un método de diagnóstico que es rápido y cuenta con alta sensibilidad y especificidad (Ching et al., 2022).

En nuestro paciente de 4 años de edad, de quien nos hemos referido, se sospechó de leishmaniasis cutánea por la clínica que presentó, fundamentalmente por la persistencia de la lesión a pesar del primer tratamiento combinado de antimicótico + antibacteriano. La característica de las lesiones que en un comienzo fueron de tipo pápula y en lo posterior se tornaron en úlceras con incremento del diámetro. No se observaron signos ni síntomas para sospechar distribución sistémica. Otro aspecto que se consideró, para el diagnóstico ,estuvo dado por las condiciones adversas en el entorno del paciente. Conforme lo señala la literatura médica; si bien existen varios métodos para el diagnóstico de la leishmaniasis, fueron la clínica y el frotis de la lesión donde se observaron los amastigotes en el contexto de este reporte, los únicos medios de los cuales se dispuso en la Unidad de Atención Primaria de Salud para llegar hacia el diagnóstico.

En cuanto al diagnóstico diferencial, es importante tener en cuenta afecciones como el ectima, la esporotricosis, la tuberculosis cutánea, la miasis foruncular, las micosis subcutáneas, la sífilis en su etapa terciaria y la lepra lepromatosa. También se deben considerar lesiones malignas, como el carcinoma espinocelular, el carcinoma basocelular o el linfoma, así como las picaduras de artrópodos, la sarcoidosis, la granulomatosis con poliangitis y el pioderma gangrenoso (Abadías et al. 2021).

En el caso de los niños, las guías sugieren el uso de miltefosina por vía oral, aunque su alto costo y la falta de disponibilidad en muchos países endémicos representan un inconveniente. Por esta razón, el antimoniato de meglumina se utiliza con mayor frecuencia, siendo la opción preferida para los pacientes inmunocomprometidos (Llanos et al. 2023).

Se ha demostrado que la combinación de antimoniales con lidocaína reduce las molestias locales y promueve la fragmentación y pérdida de definición de la membrana citoplasmática y otros organelos de los parásitos, gracias a su naturaleza anfifílica (Torres y Arenas, 2019). Además, el imiquimod tópico actúa como un inmunomodulador que activa las células del sistema inmunitario y elimina los amastigotes. Otras opciones incluyen dapsona (diaminodifenilsulfona), criocirugía y azoles, siendo el itraconazol el que muestra una respuesta favorable (Mayorga et al. 2021).

La liposomal de anfotericina B se considera el tratamiento preferido para la leishmaniasis visceral. Es fundamental controlar la función renal durante su administración. Debido a la complejidad del tratamiento y a los posibles efectos adversos del medicamento, se requiere personal con experiencia en su manejo. Este proceso debe llevarse a cabo en un entorno hospitalario, lo que permite intervenir adecuadamente para mejorar la evolución del paciente y reducir el riesgo de mortalidad asociada a la enfermedad (OPS, 2022). En nuestro paciente se propuso y cumplió en el paciente de Zamora, un esquema terapéutico con meglumina a dosis de 20mg/kg/día , durante 20 días .Se administraron 4,2 ml por vía intramuscular. Las lesiones fueron evaluadas cada cuatro días. Durante el proceso, se efectuaron limpieza y aplicación de meglumine en los bordes lesionales con evolución favorable hasta su remisión.

Diversos estudios han documentado efectos adversos como la reactivación del virus de la varicela zóster, fiebre, sudoración excesiva, tos, vómitos, hinchazón facial, dolor en el abdomen, y alteraciones en el funcionamiento del hígado, riñones y páncreas, así como leucocitosis y anemia (Nohemy et al., 2023). Por otro lado, las modificaciones en el electrocardiograma dependen de la dosis administrada y suelen ser reversibles. En la mayoría de los casos, la inversión de la onda T y la prolongación del intervalo QT suelen preceder a arritmias graves como la torsade de pointes o la fibrilación ventricular (Asociación Española de Pediatría, 2021).

El paciente en cuestión presento una red familiar de apoyo importante, lo que fue de gran ayuda para una adecuada adherencia al tratamiento. Así mismo durante toda la terapéutica no presento reacciones adversas que pudieran afectar su integridad física o representaran un peligro vital.

El control del paciente con leishmaniasis cutánea debe realizarse una vez concluido el tratamiento, con evaluaciones a los 45 días y a los 6 meses. En caso de que la lesión persista sin cicatrizar completamente a los 45 días, se recomienda repetir el examen directo; solo si este resulta positivo, se retomará la terapia. En cuanto a las formas mucosa y visceral de la enfermedad, el seguimiento es más prolongado: se lleva a cabo al finalizar el tratamiento, a los 45 días, a los 6 meses, y luego de manera semestral hasta completar un periodo de dos años. Asimismo, se sugiere realizar controles de laboratorio —como pruebas de función hepática y pancreática— a mitad del tratamiento y al concluirlo, especialmente si se emplean compuestos antimoniales, con el fin de detectar y prevenir efectos adversos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

El paciente presento una remisión completa terminado el tratamiento. Como protocolo se tomaron exámenes básicos de laboratorio antes y después tratamiento los cuales se mantuvieron dentro del rango normal para la edad. Posteriormente, se programaron consultas de seguimiento cada dos meses durante un período de seis meses, considerando que se trata de un caso con remisión clínica exitosa de la enfermedad.

Conocer las enfermedades endémicas propias de una región resulta fundamental en el proceso diagnóstico, ya que permite al profesional de la salud mantenerlas presentes como posibles causas ante determinados cuadros clínicos, como sucede con la leishmaniasis en zonas donde su incidencia es elevada. Esta conciencia epidemiológica contribuye a reducir los errores diagnósticos y a iniciar el tratamiento de manera oportuna. En el caso de la población pediátrica, el desafío es aún mayor, ya que muchas veces los signos y síntomas pueden ser inespecíficos o solaparse con otras patologías comunes de la infancia, lo que representa un verdadero reto diagnóstico tanto para el médico general como para el pediatra. Por ello, la realización de una historia clínica detallada y un examen físico completo continúa siendo una herramienta esencial para orientar el diagnóstico adecuado, no solo en patologías prevalentes, sino también en aquellas menos frecuentes o de presentación atípica. La combinación del conocimiento del entorno y una exploración clínica rigurosa fortalece la toma de decisiones médicas y mejora el pronóstico del paciente.

Agradecimientos: A los profesionales quienes brindaron su aporte para la construcción y publicación de este artículo. Así mismo al centro de salud en Zamora Chinchipe por facilitarnos recabar datos, a nuestro paciente como a sus padres por permitirnos publicar su caso clínico.

Contribución de autores:

Natasha I. Samaniego (NIS), Yosselyn N. Chamba (YNC), Pammela C. Sivisaka (PCS), Tania P. Armijos (TPA)

Conceptualización: NIS, YNC, PCS, Metodología: NIS, YNC, PCS, Software: YNC, TPA, Validación: NIS, YNC, PCS, TAP, Análisis formal: NIS,YNC, Investigación: NIS,YNC,PCS, TAP, Recursos: NIS,YNC,PCS,TAP, Curación de datos: YNC,PCS,TAP

Redacción - Borrador original: NIS, YNC, PCS, TPA, Redacción-Revisión y edición: YNC, TPA, Visualización: NIS, YNC, PCS, TPA, Supervisión: NIS, YNC, Administración de proyecto: NIS, YNC, PCS, TPA

Referencias

[1] Abadías Granado, I., Diago, A., Palma Ruiz, A. M., & Gilaberte, Y. (2021). Leishmaniasis cutánea y mucocutánea. Actas Dermo-Sifiliográficas, 112(7), 608. https://doi.org/10.1016/J.AD.2021.02.008

[2] Asociación española de pediatría. (12 de abril 2021). Ficha de Antimoniato de meglumina. (págs. 1-3). Madrid-España: Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría.

[3] Botero, D., & Restrepo, M. (2012). Parasitosis Humanas. Corporación para Investigaciones Biológicas.

[4] Caicedo Suarez, N., Villa Cedeño, K., & Castro Jalca, J. (2023). Leishmaniasis cutánea, prevalencia, factores de riesgo y diagnóstico en Latinoamérica. MQRInvestigar, 7(1), 683. https://doi.org/10.56048/mqr20225.7.1.2023.672-703.

[5] Castro Yáñez, L., Turró Martín, H. A., Miranda Yañez, I. R., & Saborit Rodríguez, M. (2023). Leishmaniasis visceral. Presentación de un caso y revisión de la entidad. 24, 3-4. http://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v27/1028-4818-mmed-27-e2424.pdf

[6] Ching Chacón, A., Villalobos Romero, B., & Jiménez Vargas, M. F. (2022). Leishmaniasis: evaluación clínica y diagnóstico. Revista Médica Sinergia, 7, 781. https://doi.org/10.31434/rms.v7i4.781

[7] Espin, C., & Procel, M. C. (2021). Leishmaniasis en el Ecuador: revisión bibliográfica. Mediciencias UTA Revista Universitaria con proyección científica, académica y social., 5(3), 3-4. https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v5i3.1190.2021

[8] González Tovar, A., Osorio Trujillo, C, & Talamás Rohana, P. (2017). Leishmaniosis, 68 (1), 38-41. https://www.amc.edu.mx/revistaciencia/images/revista/68_1/PDF/Leishmaniosis.pdf

[9] Jaramillo Antillón, O., Espinoza Aguirre, A., Calvo Fonseca, N., Mata Somarribas, C., & Wasserman, H. (1 de 7 de 2018). La leishmaniosis cutánea en Costa Rica: prevención, diagnóstico y tratamiento. Acta Médica Costarricense: https://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v60n3/0001-6002-amc-60-03-103.pdf

[10] Lincango, N. F., Catota, G. E., Murillo, Y. A., Quishpe, R. B., & Vilcacundo, D. G. (2023). Leishmaniasis de presentación cutánea: diagnóstico y tratamiento en un paciente pediátrico. Presentación de caso. Revista Multidiciplinar Ciencia Latina, 7, 2405. https://cienciala tina.org/index.php/cienciala/article/view/4595/6992

[11] Llanos Cuentas, A., Pineda Reyes, J., Alvarez, F., Valencia, B., & Ramos, A. (2023). Comparación de la eficacia y toxicidad del estibogluconato de sodio y antimoniato de meglumina en el tratamiento de leishmaniasis cutánea en Perú. Revista Med Hered, 34, 64. https://doi.org/10.20453/rmh.v34i3.4541

[12] Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. (2010). Enfermedades Infecciosas, Leishmaniasis visceral, Diagnóstico de Leishmaniasis Visceral, Guía para el equipo de salud. Buenos Aires Argentina: Dirección de Epidemiología - Ministerio de Salud de la Nación. https://www.posadas.gov.ar/images/vector/doc/LEISHMANIASIS%20Enfermedades%20infecciosas%20Leishmaniasis.pdf

[13] Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2018). Manual de diagnóstico y tratamiento de las leishmaniasis. (págs. 1-93). Asunción-Paraguay: https://www.mspbs.gov.py/dependencias/imt/adjunto/057510-MANUALLEISHMANIASISSENEPA50618actualizado.pdf.

[14] Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Lineamientos de atención clínica integral para Leishmaniasis en Colombia., (págs. 1-43). https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/Lineamientos-leishmaniasis.pdf.

[15] Ministerio de Salud Pública. (2023). Subsecretaria de Vigilancia, prevención y Control de la Salud Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica enfermedades Transmitidas por Vectores. Gaceta epidemiológica Ecuador, 4. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2023/12/Gaceta-de-Vectoriales-SE-50.pdf

[16] Ministerio de Protección Social República de Colombia. (2006). Protocolo para la Vigilancia en Salud Pública de Leishmaniasis. (págs. 1-29). https://www.minsalud.gov.co/Documents/Salud%20P%C3%BAblica/Ola%20invernal/protocolo%20LEISHMANIASIS.pdf.

[17] Montes de Oca Aguilar, A. C., Sosa Bibiano, E., López Ávila, K. B., Torres Castro, J., & Loría Cervera, E. (2023). Registro de flebotomíneos antropofílicos en el peridomicilio de un caso de leishmaniosis cutánea localizada en Yucatán, México. Revista Biomédica, 34, 105-106. https://doi.org/10.32776/revbiomed.v34i1.984

[18] Mayorga Uriarte, D. F., Gómez González, A. B., & Aguilar Aliaga, M. M. (2021). Leishmaniasis cutánea: alternativas terapéuticas. Revista Mexicana, 5, 830. https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v65i5.6917

[19] Nohemy, E., Martinez, T., Cheny, R., & Ortiz, D. (2018). Leishmaniasis cutánea, herpes zoster y efectos adversos del antimoniato de meglumina en Arizona Atlántida Honduras. Panorama. Cuba y Salud, 13(2), 127. https://revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/126-130/pdf_310

[20] Organización Panamericana de la Salud. (12 de enero 2023). Leishmaniasis. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis

[21] Organización Panamericana de la Salud. (11 de septiembre 2016). Leishmaniasis.https://www.paho.org/es/temas/leishmaniasis#:~:text=A%20nivel%20mundial%2C%20la%20leishmaniasis,formas%20cl%C3%ADnicas%3A%20LC%20y%20LV.

[22] Organización Panamericana de la Salud. (11 de septiembre 2016). https://www.paho.org/es/temas/leishmaniasis/leishmaniasis-cutanea-mucosa#:~:text=Inicialmente%20las%20%C3%BAlceras%20est%C3%A1n%20cubiertas,secundariamente%20con%20otros%20agentes%20microbianos

[23] Organización Panamericana De La Salud. (2023). Síntesis de evidencia y recomendaciones: directrices para el tratamiento de las leishmaniasis en la Región de las Américas. Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health, 47, 4-5. https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.43

[24] Espin, C., & Procel, M. C. (2021). Leishmaniasis en el Ecuador: revisión bibliográfica. Mediciencias UTA Revista Universitaria con proyección científica, académica y social., 5(3), 3-4. https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v5i3.1190.2021

[25] Rojas Madriz, B. (2019). Leishmaniasis cutánea: una revisión centrada en Costa Rica. REVISTA MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA, 36(2), 84. https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v36n2/2215-5287-mlcr-36-02-82.pdf

[26] Sandoval Juárez, A., Rojas Palomino, N., Kolevic Roca, L., Pilares Barco, G., Cuadros Castro, J., & Araujo Castillo, R. (2023). Uso de anfotericina B liposomal en leishmaniasis cutánea diseminada causada por Leishmania braziliensis en un paciente pediátrico con síndrome de Down. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 4, 2-3. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2023.401.11481

[27] Silveira Maia, E. A., Cupolillo, E., Rangel, E., Nazare Morgado, F., Ferreira de Lima, J. F., Coelho, G., . . . Robledo Restrepo, S. M. (2019). Manual de procedimientos para la vigilancia y control de las leishmaniasis. OPS. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50524/9789275320631_spa.pdf

[28] Torres Guerrero, E., & Roberto, A. (2019). Leishmaniasis. Alternativas terapéuticas actuales. Revista Mexicana, 5, 403-404. https://www.researchgate.net/profile/Edoardo-Torres-Guerrero/publication/329527655_Leishmaniasis_Current_therapeutic_alternatives/links/5d98d1b592851c2f70eecc93/Leishmaniasis-Current-therapeutic-alternatives.pdf