

ORIGINAL

Leishmaniasis cutánea localizada del pabellón auricular: experiencia de la consulta de Leishmaniasis del Instituto de Biomedicina “Dr. Jacinto Convit”

Andrea Cachutt-Díaz¹ , Idalina Martínez-Da Silva¹ , José Ramón Guevara², Doris Belizario³ , Wilmen Galindo³ .

¹Dermatólogo. Servicio de Dermatología, Instituto de Biomedicina “Dr. Jacinto Convit” – Hospital Vargas de Caracas.

²Médico epidemiólogo. Coordinador del Programa de Control de Leishmaniasis. Instituto de Biomedicina “Dr. Jacinto Convit”- Hospital Vargas de Caracas.

³Lcdo. en inspección en Salud Pública de la Consulta de Leishmaniasis, Instituto de Biomedicina “Dr. Jacinto Convit”- Hospital Vargas de Caracas.

Resumen

La leishmaniasis cutánea localizada (LCL) del pabellón auricular es infrecuente en nuestro país. Suele ser una presentación clínica de difícil tratamiento con tendencia a la cronicidad. **Objetivo:** Describir las características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas de pacientes con diagnóstico de LCL del pabellón auricular del Instituto de Biomedicina “Dr. Jacinto Convit” entre 2019-2023. **Métodos:** Estudio descriptivo, de corte transversal. El estudio estuvo conformado por 14 pacientes con diagnóstico de LCL del pabellón auricular. Se realizó revisión de historias médicas. Análisis con estadística descriptiva por frecuencias absolutas. **Resultados:** De 665 pacientes, 14 presentaban diagnóstico de LCL del pabellón auricular (representado un 2,1%). El rango de edad más frecuente fue de 66-70 años. El sexo masculino fue el más afectado. La mayoría de los pacientes eran de Miranda. Los principales síntomas fueron eritema, edema y secreción seropurulenta. 2 casos presentaron adenopatías regionales. 1 caso presentó lesiones satélites. 3 pacientes presentaron lesiones en otras regiones. El frotis fue positivo en 11 casos. La leishmanina fue positiva en 9/14 casos. 9 pacientes recibieron tratamiento con antimonio de meglumina intramuscular e intralesional, 3 miltefosina y 1 estibogluconato de sodio. 10 pacientes presentan curación clínica y 4 pacientes no acudieron a control. **Conclusiones:** El dermatólogo debe conocer formas infrecuentes de leishmaniasis. Un rápido reconocimiento permitirá instaurar un tratamiento precoz y prevenir secuelas. La LCL del pabellón auricular representa un reto terapéutico por su tendencia a cronicidad.

Palabras claves: Leishmaniasis cutánea localizada, pabellón auricular, úlcera del chiclero, Venezuela, dermatología.

Información del artículo

Autor para correspondencia:

Andrea Cachutt-Díaz

E-mail:

andrecachutt@gmail.com

Recibido:03/06/25

Aceptado:25/08/2025

doi: <https://doi.org/10.70181/DV.2025.63.1.02>

Localized cutaneous leishmaniasis of the ear: Experience from the Leishmaniasis Clinic at the Instituto de Biomedicina “Dr. Jacinto Convit”

Summary

Localized cutaneous leishmaniasis (LCL) of the auricle is uncommon in our country. It is usually a clinical presentation that is difficult to treat and tends to be chronic. **Objectives:** To describe the clinical, epidemiological, and therapeutic characteristics of patients diagnosed with LCL of the auricle at the “Dr. Jacinto Convit” Institute of Biomedicine between 2019-2023. **Methods:** Descriptive, cross-sectional trial. The sample consisted of 14 patients diagnosed with LCL of the auricle. Medical records were reviewed. Analysis with descriptive statistics by absolute frequencies. **Results:** Of 665 patients, 14 had a diagnosis of LCL of the auricle (representing 2.1%). The most frequent age range was 66-70 years. Males were most affected. Most patients were from Miranda. The main symptoms were erythema, edema, and seropurulent secretion. Two cases presented regional lymphadenopathy. One case presented satellite lesions. Three patients presented lesions in other regions. The smear was positive in 11 cases. The leishmanin skin test was positive in 9/14 cases. Nine patients received treatment with intramuscular and intralesional meglumine antimoniate, 3 miltefosine, and 1 sodium stibogluconate. Ten patients showed clinical cure and 4 patients did not return for follow-up. **Conclusions:** Dermatologists should be aware of uncommon forms of leishmaniasis. Early recognition will allow for early treatment and prevent sequelae. LCL of the auricle represents a therapeutic challenge due to its tendency towards chronicity.

Keywords: Localized cutaneous leishmaniasis, auricle, chiclero's ulcer, Venezuela, dermatology.

Introducción

La leishmaniasis cutánea (LC) es la forma clínica más frecuente de esta enfermedad, representando 50-75% de los casos. Se producen entre 0,7 y 1,2 millones de casos de LC en todo el mundo^{1,2}.

Las presentaciones atípicas suponen un reto diagnóstico, representando el 5,7%. La "úlceras del chiclero" o leishmaniasis cutánea localizada (LCL) del pabellón auricular, corresponde a una forma cutáneo-condral y se presenta posterior a la picadura del insecto en el pabellón auricular. Esta localización es muy rara y solo se han descrito algunos casos en el Viejo Mundo^{1,3,4}.

En 1912, Seidelin describió la enfermedad en los trabajadores del chicle de la península de Yucatán, México por lo que acuñó el término de "úlceras de los chicleiros". Esta es ocasionada por *L. mexicana* y transmitida por *Lutzomyia olmeca*, en el Nuevo Mundo⁵.

Este vector tiene un vuelo de corto alcance y saltón, lo que limita su dispersión a largas distancias, manteniéndose cerca del suelo, a menos de 2 metros de altura. Son más activos durante el atardecer y las primeras horas de la noche, evitando las horas de mayor calor y luz solar. Son sensibles al viento fuerte, la lluvia y las bajas temperaturas que dificultan su vuelo y reducen su actividad. Estas condiciones influyen en la infrecuencia de esta forma clínica en Venezuela⁶.

La LC puede cursar con formas simples o complejas. Las lesiones complejas se definen como aquellas que son más de 2-3 en número, tienen más de 40 mm en su diámetro máximo y afecta cara, labios, orejas y párpados².

La LCL del pabellón auricular inicia como una pápula o nódulo eritemato-amarillento con costra central en la zona de la picadura, que progresa a una úlcera, de evolución tórpida, cicatrizando después de un tiempo generalmente largo, dejando al apéndice auricular con mutilaciones con aspecto de mordedura, especialmente en hélix. La destrucción no suele alcanzar la concha ni el conducto auditivo externo^{3,7}.

Es fundamental realizar diagnóstico diferencial de acuerdo a la etapa evolutiva de la enfermedad. En formas agudas con infecciones, enfermedad de Winkler, picaduras, sarcoidosis, granulomas y neoplasias. En formas crónicas con lupus vulgar o discoide, lepra y linfoma¹.

El diagnóstico se basa en la evolución clínica del paciente, la aparición de una lesión típica de esta enfermedad, factores de riesgo o epidemiológicos, leishmanina positiva y la demostración del parásito mediante impronta o histopatología^{4,8}.

Dada la tendencia a la cronicidad y la posibilidad de deformidad, la terapia sistémica es ideal, especialmente en regiones anatómicas con riesgo de secuelas estéticas (cara) o de gran extensión (> 3 cm). Dentro de las opciones terapéuticas sistémicas se encuentran los antimoniales pentavalentes como el antimonio de meglumine (vía intramuscular o endovenosa), a una dosis de 10-20 mg/Kg/día durante 20-30 días^{1-4,9}.

Otras opciones de tratamiento son la anfotericina B liposomal (2-3 mg/Kg/día hasta 20-40 mg/Kg/dosis total), anfotericina B desoxicolato (0,7-1 mg/Kg/día hasta 20-30 dosis), miltefosina (150 mg/día durante 28 días), fluconazol (200mg/día por 6 semanas) o metronidazol^{1,3,9,10}.

Sin embargo, se ha descrito el uso de tratamiento local con antimonio de meglumine (intralesional) con una dosis de 0,5-5 ml cada 7-15 días. La eficacia de la terapia intralesional, aunque es variable, puede ser muy alta. Se ha descrito el uso de la criocirugía y termoterapia por radiofrecuencia con índice variable de recaída^{1,3,4}.

Debido a la infrecuencia de esta forma clínica en Venezuela y su naturaleza crónica y recidivante, se realiza este estudio con el objetivo de describir las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de pacientes con diagnóstico de leishmaniasis cutánea localizada del pabellón auricular.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo,

de corte transversal conformado por los pacientes con diagnóstico de leishmaniasis cutánea localizada del pabellón auricular que acudieron a la consulta de Leishmaniasis del Instituto de Biomedicina “Dr. Jacinto Convit” entre 2019-2023.

Se incluyeron pacientes de ambos sexos y de todas las edades que contaran con identificación de datos sociodemográficos (edad, sexo, procedencia), descripción de manifestaciones clínicas (localización, tamaño, signos asociados, adenopatías, lesiones satélites, tiempo de evolución, lesión en otra región anatómica), tratamiento recibido (dosis, reacciones adversas, tiempo de uso y respuesta al tratamiento) y pruebas diagnósticas realizadas (frotis por escarificado, leishmanina).

Se realizó revisión de las historias médicas y morbilidad de la sección. La información se organizó y totalizó mediante el programa Microsoft Excel®. El análisis estadístico se realizó por frecuencias absolutas.

Resultados

De 665 pacientes atendidos en la consulta de Leishmaniasis bajo el diagnóstico de LCL desde 2019 hasta 2023, solo 14 casos presentaban diagnóstico de LCL del pabellón auricular, lo cual representa una prevalencia estimada de 2,1%.

El rango de edad más frecuente fue de 66-70 años. 12 pacientes eran del sexo masculino. 7 pacientes provenían del estado Miranda, 6 del estado La Guaira y 1 del estado Carabobo. (Tabla 1)

Nueve (9) pacientes presentaron compromiso del pabellón auricular izquierdo y 5 del pabellón auricular derecho. La media de diámetro de las úlceras fue de 16,58 mm (diámetro mayor). Los principales síntomas asociados fueron: secreción seropurulenta (10/14), eritema (9/14), edema (6/14), secreción serosa (1/14), sobreinfección bacteriana (1/14) y solo 2 pacientes no presentaron ningún signo concomitante. 2 casos presentaron adenopatías regionales y un solo caso presentó lesiones satélites (pápulas eritematosas preauriculares). Tres (3) pacientes presentaron lesiones en otras regiones

anatómicas (región cervical derecha, miembro inferior izquierdo, región mandibular izquierda). La media de evolución de enfermedad fue de 6,19 meses, con un rango de 15 días hasta 3 años. (Figura 1 y Tabla 1).

Tabla 1. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de Leishmaniasis cutáneo localizada del pabellón auricular

Característica clínico-epidemiológica	Descripción	Frecuencia (n=14)
Edad	0-10 años	1
	11-20 años	3
	21-30 años	2
	31-40 años	0
	41-50 años	1
	51-60 años	1
	> 60 años	6
Sexo	Femenino	2
	Masculino	12
Procedencia	Miranda	7
	La Guaira	6
	Carabobo	1
Localización anatómica	Pabellón auricular izquierdo	5
	Pabellón auricular derecho	9
Signos asociados	Eritema	9
	Secreción seropurulenta	11
	Edema	6
Adenopatías	Si	2
	No	12
Lesiones satélites	Si	1
	No	13
Tiempo de evolución	0-3 meses	9
	3-6 meses	1
	6 – 12 meses	2
	> 12 meses	1
Lesión en otra región anatómica	Si	3
	Región cervical derecha	1
	Miembro inferior izquierdo	1
	Región mandibular izquierda	1
	No	11

Fuente: Historias médicas de la consulta de Leishmaniasis del Instituto de Biomedicina “Dr. Jacinto Convit”.



Figura 1: Manifestaciones clínicas de Leishmaniasis del pabellón auricular. 1A: Úlcera de bordes mal definidos, eritemato-infiltrados en pabellón auricular izquierdo con presencia de edema, secreción seropurulenta y lesiones satélites preauriculares. 1B: Úlcera de bordes mal definidos, eritemato-infiltrados en cara posterior de pabellón auricular izquierdo, con exudado seroso y costras sero-hemáticas en su superficie.

El frotis por escarificado fue positivo en 11 casos,

negativo en 2 pacientes sin embargo en uno de ellos el diagnóstico se realiza por clínica y epidemiología (procedente de área endémica: Araira, Miranda) y no se realizó en 1 paciente por limitación de traslado al centro de atención. La leishmanina fue positiva en 9/14 casos, negativa en 2/14 casos, no fue aplicada a 3 pacientes debido a dificultad de traslado por pandemia por COVID-19 sin embargo, el diagnóstico se realizó por la presencia de otros criterios diagnósticos. (Tabla 2).

Solo 1 paciente presentó contraindicación para uso de antimoniales pentavalentes. 9 casos recibieron tratamiento con antimonio de meglumina sistémico, con una media de 31 ampollas por paciente y un rango de 3-70 ampollas. 9 casos recibieron tratamiento con antimonio de meglumina intralesional con una media de 3,7 sesiones y con una dosis variable de 1cc hasta 8,2 cc. 3 casos fueron tratados con miltefosine y 1 paciente ameritó uso de estibogluconato de sodio (Pentostam®). 10 pacientes presentaron curación clínica (Figura 2) y 4 pacientes no acudieron a control. Ningún paciente presentó efectos adversos. (Tabla 2)

Tabla 2. Pruebas diagnósticas y tratamiento recibido de pacientes con diagnóstico de Leishmaniasis cutáneo localizada del pabellón auricular

	Descripción	Frecuencia (n=14)
Frotis por escarificado	Positivo	11
	Negativo	2
	No se realizó	1
Leishmanina	Positiva	9
	Negativa	2
	No aplicada	3
Contraindicación para antimonial pentavalente	Sí	1
	No	13
Antimonio de meglumine sistémico	Sí	9
	0-20 ampollas	2
	20-40 ampollas	5
	> 40 ampollas	2
	No	5
Antimonio de meglumine intralesional	Sí	9
	0-2 sesiones	3
	3-5 sesiones	3
	> 5 sesiones	3
	No	5
Miltefosine	Sí	3
	29 días (87 cápsulas)	1
	25 días (75 cápsulas)	1
	15 días (45 cápsulas)	1
	No	11
Estibogluconato de sodio	Sí	1
	No	13
Curación clínica	Sí	10
	No acudieron a control	4

Tabla 2. Pruebas diagnósticas y tratamiento recibido de pacientes con diagnóstico de Leishmaniasis cutáneo localizada del pabellón auricular. **Fuente:** Historias médicas de la consulta de Leishmaniasis del Instituto de Biomedicina “Dr. Jacinto Convit”
*Curación clínica a los 3 meses de culminado el tratamiento.



Figura 2. . Evolución a los 3 meses de culminado el tratamiento, cumpliendo con criterios de curación clínica.

Discusión

La leishmaniasis cutánea es la forma clínica más frecuente y leve, sin embargo, existen algunas presentaciones atípicas cuya incidencia es muy baja, que suponen un reto diagnóstico y terapéutico y, tal es el caso de la leishmaniasis cutáneo localizada del pabellón auricular.

En este estudio se observó que, a pesar de no tener una predilección por sexo o edad, los pacientes más afectados fueron del sexo masculino entre 66-70 años de edad, lo cual guarda relación con lo establecido por Blasco y colaboradores en el año 2014, donde el grupo etario predominante fueron ancianos de 73-86 años y con Muñoz y colaboradores en el 2021, quienes describen mayor frecuencia de esta enfermedad en hombres en edad productiva con actividades laborales al aire libre^{1,4}.

El estado con mayor número de casos fue el estado Miranda, seguido del estado La Guaira. Esta primera ubicación coincide con un caso reportado por Medina y colaboradores en 1960 sin embargo, no existen nuevos reportes en Venezuela para precisar regiones del país con mayor prevalencia de esta forma clínica⁷.

El tiempo de evolución de las lesiones fue de 6 meses (0.5 a 36 meses), coincidiendo con lo observado por Blasco y colaboradores en el 2014,

en cuyo estudio el promedio de evolución fue de 6 meses, con un rango de 2-16 meses¹.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, el compromiso fue unilateral en la totalidad de los casos. La localización más frecuente fue el pabellón auricular izquierdo, lo cual coincide con lo descrito por Zetina, en cuyo estudio la totalidad de los casos presentaron esta localización⁹.

Se observó la presencia de úlceras con eritema, edema y secreción seropurulenta similar a lo descrito por Muñoz en el 2021, quien observó cómo hallazgos clínicos placas eritemato-infiltradas y nódulos con ulceración central, edema, secreción serosa, indoloras que sanan dejando cicatriz^{1,4}.

En este estudio 2 pacientes presentaron adenopatías regionales, lo cual fue reportado por Zetina en el año 2008, quien establece que los pacientes en ocasiones presentan adenomegalia (moderada a grave). Es de considerar este parámetro como un indicador clínico de pronóstico sobre la respuesta de la enfermedad al tratamiento, siendo necesarios tratamientos más prolongados⁹.

Resultó infrecuente la afectación de más de una región anatómica, coincidiendo este hallazgo con los resultados de Zetina en el 2008, donde solo 5 pacientes presentaron lesiones en más de una localización⁹.

El diagnóstico de LCL del pabellón auricular se basa en las manifestaciones clínicas, siendo importante enfatizar en las características epidemiológicas de los pacientes (procedencia, ocupación y antecedentes de picaduras, así como evolución natural de la enfermedad), lo cual es resaltado por Muñoz en el 2021^{4,8}.

El diagnóstico se confirma a través del frotis por escarificado o impronta ya que este tiene una alta sensibilidad (91-100%), por lo que permitió el diagnóstico definitivo en 11 de los 13 pacientes en quienes se realizó⁴.

El tratamiento estandarizado se elige según la forma clínica, las características del paciente y la especie infectante. En el caso de la LCL del

pabellón auricular la literatura revisada considera como fármacos de elección los antimoniales pentavalentes (sistémico e intralesional), excepto en aquellos casos de contraindicación, donde podrá ser necesario uso de terapias de segunda línea como miltefosina, entre otros.

Dada la dificultad para obtención de tratamiento de primera línea en Venezuela, será necesario conocer terapias alternativas (Azoles, metronidazol), cuya eficacia ha sido validada por distintos autores, con respuestas variables, pero satisfactorias^{4,9}.

Se debe tener presente que la LCL del pabellón auricular es una forma clínica con tendencia a la cronicidad, por lo que el seguimiento debe ser estrecho para detectar a tiempo recaídas y evitar la deformidad.

Se desconocen los mecanismos exactos que expliquen la cronicidad y recaídas ya que, solo se cuenta con reportes de casos, pero se deducen los siguientes mecanismos:

1. La invasión del cartílago.
2. Desarrollo de respuesta inmunitaria similar a los pacientes con leishmaniasis cutáneo mucosa, en quienes la ausencia de células de Langerhans epiteliales pudiera causar una transducción y señalización inadecuada, necesarias para cumplir la fase efectora de la respuesta inmunitaria. La liberación de citocinas por los queratinocitos pudiera promover un estado proinflamatorio persistente con daño tisular asociado. Además, prevalece la respuesta inmunitaria tipo Th1, la cual bajo-regula las señales accesorias de las células presentadoras de antígeno y la producción de citocinas Th1; se producen altas concentraciones de IFN- γ y ausencia de células de Langerhans CD1a+ y CD83+. Finalmente se presenta disminución del receptor de IL-10 por lo cual esta citocina está limitada en su función reguladora de la respuesta inflamatoria presente en estos pacientes¹¹.

Conclusiones

El dermatólogo debe conocer formas infrecuentes de leishmaniasis, especialmente en áreas endémicas. Un rápido reconocimiento permitirá instaurar un tratamiento precoz y prevenir lesiones residuales. En este estudio la LCL del pabellón auricular fue más frecuente en hombres mayores de 60 años del estado Miranda. Es fundamental la terapia sistémica, pudiendo ser necesario la combinación con métodos locales. El seguimiento estrecho, luego de la curación clínica es fundamental para detectar a tiempo probables recaídas. La LCL del pabellón auricular representa un reto terapéutico por su tendencia a cronicidad.

Referencias

1. Blasco G, Rodríguez-Granger J, Tercedor-Sánchez J, et al. Infección del lóbulo auricular por *Leishmania* en el Viejo Mundo: una localización excepcional. *Actas Dermosifilogr*. 2014;105:628-630. doi: 10.1016/j.ad.2013.10.012
2. Hooshyar H, Rasti S, Rostamkhani P. Cutaneous Leishmaniasis Lesion on the Ear from Kashan, Central Iran: A Case Report. *Iran J Parasitol*. 2023;18:119-124. doi: 10.18502/ijpa.v18i1.12390
3. Domínguez C, Vila A, Terrasa F, et al. Leishmaniasis cutánea simuladora de pericondritis. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello*. 2021;81:211-214. doi: 10.4067/s0718-48162021000200211.
4. Muñoz-Estrada V, Rodríguez-Gutiérrez J, Omaña-Domínguez M, et al. Leishmaniasis cutáneo condral. Un caso tratado con itraconazol. *DermatologíaCMQ*. 2021;19:87-89.
5. Feliciangeli D. Leishmaniasis en Venezuela: Situación actual, acciones y perspectivas para el control vectorial en el marco de un programa de control multisectorial. *Bol Mal Salud Amb*. 2014;54:1-7.
6. Organización Panamericana de la Salud. Manual de procedimientos para vigilancia y control de las Leishmaniasis en las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2019.
7. Medina R, Lizardo C. Leishmaniasis de la oreja. *Dermatol Venez*. 1960;2:54-57.
8. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Programa de Control de Leishmaniasis. Normas, pautas y procedimientos para el diagnóstico y control 2019. República Bolivariana de Venezuela: MPPS;2019.
9. Zetina JL. Leishmaniasis cutánea en el estado de Quintana Roo, México. *Dermatología Rev Mex*. 2008;52:3-9.
10. Marie C, Petri W, Muzny C. Leishmaniasis. Manual Merck versión para profesionales. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/enfermedades-infecciosas/protozoos-extraintestinales/leishmaniasis>. Publicado: Diciembre de 2022. Consultado: 16 de enero de 2025.
11. Castes M, Tapia FJ. Inmunología de la leishmaniasis tegumentaria americana. *Saber UCV*. 1998;49:1-39.