

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v70i5.11444>

Itraconazol en leishmaniasis cutánea facial adquirida en el sur de Texas

Itraconazole in facial cutaneous leishmaniasis acquired in the south of Texas.

Natalia Sánchez Olivo,¹ Alexandra De Osio Cortez,² José Francisco Ruiz González²

ANTECEDENTES

La leishmaniasis es una enfermedad crónica causada por un parásito del género *Leishmania* por la picadura de flebótomo hembra infectado (*Phlebotomus* y *Lutzomyia*).¹ Su periodo de incubación varía de dos semanas a varios meses.² Es una zoonosis de distribución mundial y se considera una de las enfermedades tropicales desatendidas. En México los estados con mayor incidencia son Quintana Roo, Tabasco y Campeche.¹

En América, las especies predominantes son *L. mexicana* y *L. braziliensis*.³

Existen tres manifestaciones clínicas: cutánea (localizada y diseminada), mucocutánea y visceral; la cutánea es la más frecuente. Ésta se caracteriza por lesiones ulceradas o infiltradas en áreas expuestas. La dermatosis típica suele iniciar como una mácula o pápula que evoluciona a úlcera; sin embargo, existen variantes atípicas con morfologías eccematosas, verrugosas, erisipeloides o lupoides.^{1,3}

El tratamiento de referencia son los compuestos antimoniales pentavalentes; sin embargo, su disponibilidad limitada, la toxicidad y los reportes crecientes de resistencia justifican la exploración de terapias alternativas.¹ Entre ellas, los antifúngicos azólicos, como el itraconazol, han demostrado actividad antileishmania en algunos estudios.^{3,4}

¹ Residente de primer año, Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México.

² Dermatólogo, consulta privada.

ORCID
<https://orcid.org/0009-0000-8266-4211>

Recibido: mayo 2026

Aceptado: mayo 2026

Correspondencia
José Francisco Ruiz González
joseruiz@dermont.mx

Este artículo debe citarse como:
Sánchez-Olivo N, De Osio-Cortez A, Ruiz-González JF. Itraconazol en leishmaniasis cutánea facial adquirida en el sur de Texas. Dermatol Rev Mex 2026; 70 (5): 752-755.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 59 años, que acudió a consulta privada por padecer una lesión en la mejilla izquierda de seis meses de evolución. A la exploración física se observó una placa eritematosa parda, infiltrada de 10 x 10 cm, con crecimiento progresivo. No se identificaron lesiones en las mucosas ni adenopatías regionales (**Figura 1**). Como antecedente epidemiológico, refirió un viaje reciente al sur de Texas, región donde se han reportado especies del complejo *L. mexicana*.

Se tomó una biopsia cilíndrica de 3 x 2 mm, cuyo estudio mostró una epidermis atrófica y dermis con infiltrado inflamatorio denso compuesto por

linfocitos, células plasmáticas, neutrófilos escasos y abundantes histiocitos parasitados, entre los que se observaron estructuras ovaladas compatibles con cuerpos de Leishman-Donovan, lo que confirmó el diagnóstico de leishmaniasis cutánea.

Debido a la no disponibilidad de antimonio de meglumina (Glucantime), se inició itraconazol a dosis de 100 mg cada 12 horas durante seis semanas, con lo que se observó alivio progresivo. Posteriormente, se continuó con itraconazol 100 mg cada 8 horas durante ocho semanas, que se complementó con crioterapia local (tres sesiones con 20 segundos de descongelación cada una).

Al finalizar el tratamiento se logró el alivio completo de la lesión, con restitución estética favorable y sin evidencia de recurrencia a los 12 meses de seguimiento. **Figura 2**

DISCUSIÓN

La leishmaniasis cutánea es una enfermedad causada por protozoarios intracelulares obligados del género *Leishmania*, cuya manifestación clínica depende de la especie y del tipo de respuesta inmunitaria del huésped. En México predominan *L. mexicana* y *L. braziliensis*, especies asociadas con lesiones localizadas y, en ocasiones, con variantes clínicas atípicas.^{1,3} La forma observada en la paciente del caso –una placa infiltrada no ulcerada de gran tamaño– corresponde a una manifestación menos frecuente porque la evolución típica es la evolución a nódulo y posteriormente a úlcera. Las variantes no ulceradas pueden retrasar el diagnóstico al simular dermatosis inflamatorias crónicas como granulomas infecciosos, sarcoidosis, lupus vulgar o pseudolinfomas.⁵

Los antimoniales pentavalentes continúan siendo el tratamiento de referencia, con tasas de curación entre 70 y 90% según la especie. No obstante, su toxicidad, costo, dificultad de



Figura 1. Placa eritematosa en la mejilla izquierda en la primera consulta.



Figura 2. Mejilla sin recurrencia a 12 meses de seguimiento.

acceso en algunos países y la resistencia emergente justifican la evaluación de alternativas terapéuticas.^{1,3}

En este escenario, las alternativas terapéuticas como azoles y anfotericina intralesional, entre otras, se han administrado con resultados variables.^{1,6} El itraconazol es un antifúngico triazólico que inhibe la síntesis de ergosterol; sin embargo, también interfiere con la membrana del parásito y muestra actividad antileishmania *in vitro* y en estudios clínicos. Los reportes recientes documentan tasas de curación de, incluso, el 80% en casos de leishmaniasis cutánea por *L. major* y *L. mexicana* tratados con itraconazol, ya sea en monoterapia o en combinación con terapias locales.^{6,7} En este

caso, la respuesta clínica fue favorable y sostenida, lo que refuerza la utilidad en contextos donde los antimoniales no están disponibles.

La crioterapia, utilizada como coadyuvante, ha demostrado disminuir la carga parasitaria mediante necrosis térmica y estimulación inmunológica local. Otras terapias locales que han demostrado eficacia incluyen termoterapia, láser CO₂, terapia fotodinámica, entre otros.¹ En este caso, la combinación del itraconazol con crioterapia potenció un mejor resultado sin efectos adversos (hiperpigmentación, cicatrización hipertrófica).⁸

Un aspecto relevante es el antecedente de viaje a Texas, zona donde se ha documentado un aumento de casos autóctonos por *L. mexicana*. La expansión geográfica del vector y cambios ambientales hacen necesario considerar la enfermedad, incluso, en pacientes sin viajes a zonas endémicas tradicionales.³

En conjunto, la evidencia creciente sustenta que el itraconazol podría integrarse como terapia alternativa en casos localizados leves o cuando los antimoniales no están disponibles, según las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud.⁹ Sin embargo, se requieren estudios comparativos y ensayos clínicos que permitan determinar dosis óptimas, duración del tratamiento e indicaciones específicas.

CONCLUSIONES

El itraconazol demostró ser una alternativa terapéutica eficaz y bien tolerada por la paciente con leishmaniasis cutánea facial localizada, especialmente útil en contextos donde los antimoniales no están disponibles. Este caso aporta evidencia adicional a la creciente cantidad de reportes que apoyan la administración de azoles como estrategia terapéutica alternativa. Sin embargo, se requieren estudios clínicos controlados que permitan establecer esquemas estandarizados y definir su verdadero papel terapéutico.

DECLARACIONES

Conflicto de interés

Ninguno

Financiamiento

Ninguno

Consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado para la publicación del caso y el uso de imágenes del paciente.

REFERENCIAS

1. Abadías-Granado I, Diago A, Cerro PA, et al. Leishmaniasis cutánea y mucocutánea. *Actas Dermosifiliogr* 2021; 112 (7): 601-618. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.02.008>
2. Gontijo B, de Carvalho ML. Leishmaniose tegumentar americana. *Rev Soc Bras Med Trop* 2003; 36 (1): 71-80. <https://doi.org/10.1590/S0037-86822003000100011>
3. de Vries HJC, Schallig HD. Cutaneous leishmaniasis: a updated narrative review of diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol* 2022; 23 (6): 823-840. <https://doi.org/10.1007/s40257-022-00726-8>
4. Hernández Cruz A, Mendoza López MJ, Aquino Farrera CJ, Arenas R. Imiquimod al 5% e itraconazol como alternativa terapéutica para leishmaniasis cutánea localizada atípica: reporte de un caso. *Dermatol CMQ* 2025; 23 (2): 121-123.
5. Torres-Guerrero E, Quintanilla-Cedillo MR, Ruiz-Esmenjaud J, Arenas R. Leishmaniasis: a review. *F1000Res* 2017; 6: 750. <https://doi.org/10.12688/f1000research.11120.1>
6. Andrade-Neto VV, Cunha-Junior EF, dos Santos Faioes V, et al. Leishmaniasis treatment: update of possibilities for drug repurposing. *Front Biosci (Landmark Ed)* 2018; 23: 967-996. <https://doi.org/10.2741/4629>
7. Mashayekhi Goyonlo V, Derakhshan Z, Darchini-Maragheh E. Treatment of cutaneous leishmaniasis with allopurinol plus itraconazole in Iran. *Am J Trop Med Hyg* 2023; 108 (6): 1164-1166. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.22-0733>
8. Bañuls AL, Bastien P, Pomares C, Dujardin JC. Leishmaniasis: current challenges and future perspectives. *Trop Med Infect Dis* 2023; 8 (5): 275. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed8050275>
9. Organización Panamericana de la Salud. Leishmaniasis en las Américas: recomendaciones para el tratamiento. Washington (DC): OPS; 2023.

AVISO IMPORTANTE

Ahora puede descargar la aplicación de **Dermatología Revista Mexicana**.

Para consultar el texto completo de los artículos deberá registrarse una sola vez con su correo electrónico, crear una contraseña, indicar su nombre completo y especialidad. Esta información es indispensable para saber qué consulta y cuáles son sus intereses y poder en el futuro inmediato satisfacer sus necesidades de información.

La aplicación está disponible para Android o iPhone.

