

Leishmaniasis cutánea y preeclampsia con signos de gravedad en el embarazo: reporte de caso y posible causalidad

 Juan Diego Soto-Duque,¹  Emanuel Osorio-Orozco,²  Fabian Andres Ruiz-Murcia.³

RESUMEN

La leishmaniasis cutánea es una enfermedad endémica en regiones tropicales, cuyo manejo durante el embarazo representa un desafío. Se presenta el caso de una primigesta adolescente, procedente del Chocó biogeográfico colombiano, diagnosticada con leishmaniasis cutánea localizada y con preeclampsia con signos de gravedad como complicación obstétrica. A pesar del manejo médico, se requirió cesárea de urgencia por hipertensión refractaria, el recién nacido prematuro evolucionó favorablemente y la madre fue tratada con anfotericina B liposomal con buena tolerancia. Este caso evidencia la posible interacción fisiopatológica entre la infección por *Leishmania* y los trastornos hipertensivos del embarazo, probablemente mediada por disfunción endotelial e inflamación sistémica. Existe una limitada evidencia existente; este reporte contribuye al conocimiento sobre las complicaciones infecciosas en gestantes. Se resalta la necesidad de vigilancia estrecha y abordaje multidisciplinario oportuno en este tipo de escenarios clínicos complejos.

Palabras clave: Leishmaniasis, Preeclampsia, Complicaciones del embarazo.

Cutaneous leishmaniasis and preeclampsia with signs of severity in pregnancy: case report and possible causality

SUMMARY

We present the case of a primigravid adolescent from the Colombian Chocó biogeographic region, diagnosed with localized cutaneous leishmaniasis and preeclampsia with features of severity as an obstetric complication. Despite medical management, an emergency cesarean section was required due to refractory hypertension. The preterm newborn had a favorable clinical course, and the mother was treated with liposomal amphotericin B with good tolerance. This case highlights a potential pathophysiological interaction between *Leishmania* infection and hypertensive disorders of pregnancy, likely mediated by endothelial dysfunction and systemic inflammation. Given the limited available evidence, this report contributes to the understanding of infectious complications in pregnant women. It underscores the need for close clinical monitoring and timely multidisciplinary management in complex obstetric scenarios such as this one.

Keywords: Leishmaniasis, Preeclampsia, Case reports, Pregnancy complications.

INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis es una enfermedad infecciosa causada por protozoos del género *Leishmania*, que afecta a macrófagos y células dendríticas de humanos y otros mamíferos. Dependiendo de la especie, puede manifestarse como leishmaniasis cutánea, mucocutánea o visceral, es endémica en regiones

tropicales y subtropicales, y en América, se asocia frecuentemente con los complejos *L. mexicana* y *L. braziliensis*, transmitida por la picadura de hembras del género *Lutzomyia* (1, 2). Esta enfermedad es endémica en regiones tropicales y subtropicales, se estima que hay más de 10 millones de casos en el mundo, con cerca de 2 millones de nuevos diagnósticos anuales, cifras que podrían estar subestimadas por el subregistro (1). En Colombia, departamentos como Risaralda, especialmente sus municipios con influencia del Chocó biogeográfico, presentan una alta carga de enfermedad.

La forma cutánea puede presentarse como localizada (LCL), caracterizada por úlceras de bordes indurados

¹Médico. Universidad Tecnológica de Pereira. Pereira. Colombia. ²Médico. Universidad Tecnológica de Pereira. Semillero de Investigaciones en Ginecología y Obstetricia. Universidad Tecnológica de Pereira. Pereira. Colombia. ³Médico. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Grupo de Investigación MEOCRI. Profesor Auxiliar Universidad Tecnológica de Pereira. Pereira. Colombia. Correo para correspondencia: fabianandres.ruiz@utp.edu.co

Forma de citar este artículo: Soto-Duque JD, Osorio-Orozco E, Ruiz-Murcia FA. Leishmaniasis cutánea y preeclampsia con signos de gravedad en el embarazo: reporte de caso y posible causalidad. Rev Obstet Ginecol Venez. 2026;86(1):176-181. DOI: 10.51288/00860121

y fondo claro, o como difusa (LCD), con lesiones nodulares generalizadas. Las formas mucocutáneas afectan la mucosa nasofaríngea, y la visceral compromete órganos internos, con elevada mortalidad si no se trata (2). El diagnóstico suele ser clínico, confirmado mediante visualización microscópica, pruebas inmunológicas o moleculares. Su tratamiento se basa en el uso de antimoniales pentavalentes, anfotericina B liposomal o pentamidina, según el caso (3).

Durante el embarazo, la leishmaniasis representa un reto médico por la mayor gravedad clínica y el riesgo de eventos obstétricos adversos como aborto, parto pretérmino, restricción del crecimiento fetal o muerte perinatal (1, 4, 5); sin embargo, la asociación con trastornos hipertensivos del embarazo, como la preeclampsia, ha sido poco estudiada (6). Este manuscrito tiene como objetivo describir un caso de LCL, en una gestante, complicada con preeclampsia con signos de gravedad, además de explorar una posible interacción fisiopatológica entre ambas entidades, aportando evidencia a la literatura. Durante la búsqueda bibliográfica no se encontraron trabajos que evidenciaran esta interacción.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente primigesta de 18 años, procedente del Chocó biogeográfico colombiano, sin antecedentes médicos relevantes, quien ingresó al servicio de urgencias a las 30 semanas y 5 días de gestación por cefalea intensa, fosfenos, tinnitus y cifras tensionales elevadas (175/103 mm de Hg). Al ingreso, se consideró diagnóstico de preeclampsia con signos de gravedad, por lo que se hospitalizó en la unidad de cuidados intensivos obstétricos para vigilancia y monitorización materno y fetal permanente; se inició manejo antihipertensivo con labetalol intravenoso, neuroprofilaxis con sulfato de magnesio y corticosteroides para maduración fetal.

Durante la evaluación física inicial, se identificaron cuatro lesiones en piel redondeadas, indoloras y de bordes indurados, localizadas en extremidades. La paciente refiere aparición dos semanas previas (Figura 1). El servicio de dermatología valoró a la paciente en el segundo día de hospitalización, estableciendo el diagnóstico clínico de LCL. Se realizó diagnóstico de restricción del crecimiento fetal estadio I, dado peso fetal estimado menor percentil 2.

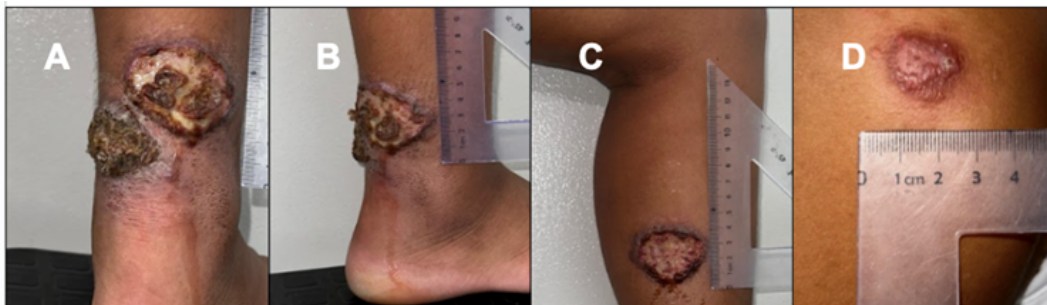


Figura 1. (A) Lesiones en cara posterior de miembro inferior derecho, vista posterior. (B) Lesiones en cara posterior de miembro inferior derecho, vista lateral. (C) Lesión en cara medial de miembro inferior izquierdo, vista lateral. (D) Lesión en cara lateral de miembro superior derecho, vista lateral.

*LEISHMANIASIS CUTÁNEA Y PREECLAMPSIA CON SIGNOS DE GRAVEDAD EN EL EMBARAZO:
REPORTE DE CASO Y POSIBLE CAUSALIDAD*

A la semana 31 de gestación, la paciente persistía con hipertensión refractaria al manejo farmacológico, con presencia de crisis hipertensivas a repetición, por lo que se decidió finalización urgente de la gestación vía cesárea de urgencia; se obtuvo un recién nacido masculino con peso de 1350 gramos, talla de 38 cm y Apgar 6 al minuto y 8 a los cinco minutos, quien fue hospitalizado en unidad de cuidado intensivo neonatal, con evolución clínica estable.

Dos días después de la cesárea, se inició tratamiento sistémico con anfotericina B liposomal interdiaria durante catorce días consecutivos. Durante este

periodo, se documentó una elevación transitoria de creatinina, que se resolvió con manejo hídrico conservador. La paciente fue dada de alta el día 29 de hospitalización, con cifras tensionales controladas, en manejo con losartán, paraclínicos sin lesión a órgano blanco y mejoría clínica de las lesiones cutáneas; los resultados de paraclínicos más relevantes se describen en la tabla 1.

En el seguimiento ambulatorio a los tres meses posevento, tanto la madre como el recién nacido mostraban evolución favorable, sin complicaciones, ni secuelas.

Tabla 1. Estudios paraclínicos.

Paraclínicos	Ingreso	Día 21	Alta	Valor de referencia del laboratorio
Hemograma				
Leucocitos	16,09 K / uL	7,27 K / uL	5,78 K / uL	4,5 -12 K / uL
Neutrófilos	14,62 K / uL	3,64 K / uL	4,66 K / uL	1,1 – 6,6 K / uL
Linfocitos	1,26 K / uL	2,63 K / uL	0,77 K / uL	1,0 – 7,0 K / uL
Plaquetas	334 K / uL	151 K / uL	318 K / uL	150 - 450 K / uL
Hemoglobina	15,0 gr/dL	13,1 gr/dL	13,1 gr/dL	12,0 – 15,5 gr/dL
Hematocrito	42,2 %	38,9 %	37,6 %	36 - 45 %
Química sanguínea				
DHL	263 U/L	204 U/L		120 - 246 U/L
TGO	32 U/L	20 U/L		14 - 36 U/L
TGP	26 U/L	11 U/L		0 - 35 U/L
Creatinina sérica	0,50 mg/dl	1,3 mg/dl	0,90 mg/dl	0,52 – 1,04 mg/dl
Química de orina				
Proteínas en orina de 24 horas	1131,0 mg/24 hora			
Doppler fetal				
Peso fetal: 1270 percentil 2. IP promedio de arterias uterina mayor a percentil 95 %				
RCIU estadio I				
Panel de enfermedades infecciosas				
Anticuerpos VIH	NEGATIVO			
Prueba treponémica rápida	NEGATIVO			
Antígeno superficie hepatitis B	NEGATIVO			

DHL: deshidrogenasa láctica; TGO: transaminasa glutámico oxalacética; TGP: transaminasa glutámico pirúvica; IP: índice de pulsatilidad; RCIU: restricción del crecimiento intrauterino; VIH: virus de inmunodeficiencia humana

DISCUSIÓN

La leishmaniasis durante el embarazo corresponde a un desafío para las regiones endémicas, dado que se relaciona con complicaciones maternas y fetales, incluyendo abortos, prematuridad y restricción del crecimiento intrauterino (1, 4, 5); incluso se ha documentado transmisión vertical (5). Aunque la asociación entre leishmaniasis y preeclampsia no está claramente establecida, algunas publicaciones sugieren que la infección por *Leishmania* puede inducir una respuesta inflamatoria sistémica que favorece la disfunción endotelial, clave en la fisiopatología de la preeclampsia (6, 7). El presente caso describe una gestante de 18 años, primigesta, con LCL, con múltiples complicaciones: preeclampsia con signos de gravedad, hipertensión arterial de difícil manejo, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), parto pretérmino y disfunción renal materna. Esta presentación clínica resulta inusual y plantea una posible interacción fisiopatológica entre la infección por *Leishmania* y los trastornos hipertensivos del embarazo.

A diferencia del caso reportado por Jaimes y Rodríguez (5), en 2018, donde se describe un caso de LCL sin complicaciones maternas ni fetales, con resolución espontánea de las lesiones, en este caso, la paciente desarrolló preeclampsia con criterios de gravedad, con necesidad de finalización del embarazo a las 31 semanas, generando afección neonatal relacionada por la prematuridad. En Brasil, donde se ha documentado series de casos de gestantes con LCL, las complicaciones más frecuentes fueron lesiones extensas y diseminadas, con una evolución más lenta, pero sin asociación con complicaciones hipertensivas (8); igualmente en estos casos se postula la modulación inmune del embarazo como un factor agravante, lo que podría explicar la mayor carga parasitaria y gravedad de las lesiones. En la paciente que se presenta, si bien las lesiones eran localizadas y limitadas, la coexistencia de disfunción endotelial sistémica refuerza la hipótesis de que la inflamación inducida por *Leishmania* podría

actuar como desencadenante fisiopatológico de preeclampsia.

Durante el embarazo, se produce un cambio inmunológico hacia un perfil Th2, que facilita la tolerancia fetal pero reduce la capacidad de respuesta contra patógenos intracelulares como *Leishmania* (5, 9), esto puede explicar la mayor gravedad clínica en gestantes. Además, el aumento de citocinas proinflamatorias, como TNF- α e IL-6, observado en la leishmaniasis, se encuentra relacionado con el desarrollo de preeclampsia (9 - 11). El compartir estos mecanismos inflamatorios ofrece un modelo teórico de interacción entre ambas entidades.

Respecto a las complicaciones documentadas, la paciente presentó restricción del crecimiento fetal, una complicación común para la preeclampsia e infecciones sistémicas; se han reportado afecciones en el crecimiento fetal, en gestantes con la enfermedad (8); aunque no se observó transmisión vertical ni lesiones neonatales, el recién nacido requirió hospitalización por prematuridad.

La madre recibió tratamiento sistémico con anfotericina B liposomal, el cual se considera el medicamento de elección durante la gestación debido a su seguridad materno-fetal. La toxicidad renal leve y transitoria observada es una complicación conocida, usualmente reversible con manejo hídrico, como se evidenció en este caso (3, 4, 8, 12).

Para 2024, Colombia reportó una incidencia de 17 casos por 100 000 habitantes de población general, es decir excluyendo militares, el departamento de Risaralda supera esta cifra, presentado un valor de 46 por 100 000 habitantes; se estima que el mayor aporte de casos, provienen de zonas como Pueblo Rico y Mistrató, ubicadas en el Chocó biogeográfico, donde residen poblaciones indígenas y rurales con acceso limitado a servicios de salud, esta región se caracteriza por una alta pluviosidad, densa cobertura vegetal y

condiciones ecológicas propicias para la transmisión de enfermedades infecciosas como la leishmaniasis (13).

En Colombia, la mortalidad materna, se encuentra en reducción constante, para 2024 el Instituto Nacional de Salud notificó un total de 90 muertes maternas, para una razón de mortalidad materna de 45 por 100 000 nacidos vivos, representando una reducción comparada con los 120 registrados en 2023, para una razón de 50 por cada 100 000 nacidos vivos; no obstante en el departamento de Risaralda, la razón de mortalidad materna se incrementó de 51 en 2023 a 58 en 2024, esto a pesar de que en ambos años se presentaron dos muertes maternas, debido al menor número de nacimientos en 2024, afectando el cálculo de la razón (14). Aunque la leishmaniasis no se reportó como una causa directa de muerte materna, su presencia en regiones endémicas y su potencial relación con complicaciones obstétricas como la preeclampsia, la hacen merecedora de especial atención.

Este caso aporta evidencia sobre la posible asociación entre leishmaniasis cutánea y preeclampsia con signos de gravedad, debido a superposición de mecanismos inflamatorios y la inmunomodulación del embarazo. Se requieren estudios adicionales que permitan aclarar la relación entre estas entidades, además de mejorar el registro epidemiológico de los casos.

CONCLUSIÓN

Este caso clínico describe una asociación inusual entre leishmaniasis cutánea localizada y preeclampsia con criterios de gravedad en una gestante adolescente procedente de una zona endémica de Colombia; esta coexistencia plantea una posible interacción fisiopatológica basada en la respuesta inflamatoria

sistémica inducida por *Leishmania* y la disfunción endotelial característica de la preeclampsia. A pesar de que no se establece una relación directa, este reporte sugiere que la infección parasitaria podría actuar como un factor agravante en gestantes.

El manejo multidisciplinario oportuno permitió una evolución maternofetal favorable, a pesar de las complicaciones perinatales asociadas al parto pretérmino, relacionado con la necesidad de finalización de la gestación. Se requieren más estudios clínicos y experimentales que exploren la asociación entre infecciones parasitarias y trastornos hipertensivos del embarazo, especialmente en regiones endémicas; se deben reforzar las estrategias para disminuir el posible subregistro de la enfermedad.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Bitton Y, Diav-Citrin O. Cutaneous Leishmaniasis: Case Series on Pregnancy Outcome. *Open Forum Infect Dis*. 2020;7(11):ofaa479. DOI: 10.1093/ofid/ofaa479.
2. Alvar J, Vélez ID, Bern C, Herrero M, Desjeux P, Cano J, *et al.*; WHO Leishmaniasis Control Team. Leishmaniasis worldwide and global estimates of its incidence. *PLoS One*. 2012;7(5):e35671. DOI: 10.1371/journal.pone.0035671.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Clinical Care of Leishmaniasis [Internet]. Atlanta: CDC; 2023 [consultado 9 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/leishmaniasis/hcp/clinical-care/index.html>
4. Karampas G, Koulouraki S, Daikos GL, Nanou C, Aravantinos L, Eleftheriades M, *et al.* Visceral Leishmaniasis in a Twin Pregnancy: A Case Report and Review of the Literature. *J Clin Med*. 2024;13(8):2400. DOI: 10.3390/jcm13082400.
5. Jaimes-Ángel J, Rodríguez-Gerzaín. Leishmaniasis cutánea y embarazo. *Biomédica* [Internet]. 2018 [consultado 9 de mayo de 2025]; 38 (Suppl 2): 8–12. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/974000/leishmaniasis-cutanea-y-embarazo.pdf>

6. Silveira FT, Lainson R, De Castro Gomes CM, Laurenti MD, Corbett CE. Immunopathogenic competences of *Leishmania (V.) braziliensis* and *L. (L.) amazonensis* in American cutaneous leishmaniasis. *Parasite Immunol.* 2009;31(8):423-31. DOI: 10.1111/j.1365-3024.2009.01116.x.
7. Redman CW, Sargent IL. Immunology of pre-eclampsia. *Am J Reprod Immunol.* 2010;63(6):534-43. DOI: 10.1111/j.1600-0897.2010.00831.x.
8. Berger BA, Bartlett AH, Saravia NG, Galindo Sevilla N. Pathophysiology of *Leishmania* Infection during Pregnancy. *Trends Parasitol.* 2017;33(12):935-946. DOI: 10.1016/j.pt.2017.08.012.
9. Mescouto-Borges MR, Maués É, Costa DL, Pranchevicius MC, Romero GA. Congenitally transmitted visceral leishmaniasis: report of two Brazilian human cases. *Braz J Infect Dis.* 2013;17(2):263-6. DOI: 10.1016/j.bjid.2012.10.017.
10. Mora CE, Aguilar EM, Avendaño MM, Payán RR, Cortez MB, Lara L, *et al.* IL-6, IL-10 and TNF- α gene polymorphisms in preeclampsia: a case-control study in a Mexican population. *Ginekol Pol.* 2024;95(2):108-113. DOI: 10.5603/gpl.94272.
11. Aggarwal R, Jain AK, Mittal P, Kohli M, Jawanjal P, Rath G. Association of pro- and anti-inflammatory cytokines in preeclampsia. *J Clin Lab Anal.* 2019;33(4):e22834. DOI: 10.1002/jcla.22834.
12. Mueller M, Balasegaram M, Koummuki Y, Ritmeijer K, Santana MR, Davidson R. A comparison of liposomal amphotericin B with sodium stibogluconate for the treatment of visceral leishmaniasis in pregnancy in Sudan. *J Antimicrob Chemother.* 2006;58(4):811-5. DOI: 10.1093/jac/dkl342.
13. Instituto Nacional de Salud (Colombia). Leishmaniasis en Colombia, semana epidemiológica 24 de 2024 [Internet]. Bogotá: INS; 2024 [consultado el 22 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2024_Boletin_epidemiologico_semana_25.pdf
14. Instituto Nacional de Salud (Colombia). Mortalidad materna. Informe de evento. Periodo epidemiológico VI de 2024 [Internet]. Bogotá: INS; 2024 [consultado el 22 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%20PE%20VI%202024.pdf>

Recibido 7 de julio de 2025

Aprobado para publicación 3 de octubre de 2025