

Leishmaniasis visceral: a propósito de un caso de fiebre de origen desconocido

S. López Cotón^a, R. Redondo Fernández^b y L. Manzano Espinosa^c

^aResidente 3.º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jazmín. Área IV. Madrid.

^bResidente 4.º año Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

^cMédico Adjunto del Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. Profesor Titular de la Universidad de Alcalá de Henares. Madrid.

La leishmaniasis visceral (LV) es uno de los diagnósticos a considerar en el estudio de todo paciente que llega a nuestra consulta con fiebre de origen desconocido (FOD) (temperatura \geq 38,3 °C durante más de tres semanas), teniendo una mayor incidencia en aquellos pacientes con alguna alteración inmunitaria de base (enfermedades crónicas, virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], tratamiento esteroideo, etc.), en los que se puede presentar como una infección oportunista.

Palabras clave: fiebre de origen desconocido (FOD), inmunosupresión, protocolo.

Visceral leishmaniasis (VL) is one of the diagnoses to consider in the study of all patient who come to our consultation with fever of unknown origin (temperature \geq or = 38.3°C for more than three weeks), having a greater incidence in those patients with some baseline immune disorder (chronic diseases, HIV, steroid treatment, etc.) in whom it may occur as an opportunistic infection.

Key words: fever of unknown origin (FUO), immunosuppression, protocol.

INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis visceral (LV) puede aparecer como una infección oportunista del paciente inmunocomprometido. En nuestro medio y en el área mediterránea, la LV es una infección endémica aunque de baja prevalencia. Se estima una incidencia anual en España de 0,3 casos por 100.000 habitantes¹. Por tanto, debe incluirse en el diagnóstico diferencial de fiebre de origen desconocido (FOD)² y del síndrome febril con mala respuesta al tratamiento antimicrobiano.

La inmunidad celular es fundamental para la contención y resolución de la infección, lo que explica que la leishmaniasis pueda aparecer como infección oportunista en pacientes inmunocomprometidos (inmunodeficiencias primarias, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), trasplantados, diabetes mellitus, tratamiento esteroideo crónico, etc.)³.

La coinfección VIH-leishmania es la principal causa del aumento de la incidencia global de leishmaniasis en el área mediterránea. El sida constituye en la actualidad el principal factor de riesgo para la LV en España (2/3 partes del total de casos)⁴.

Correspondencia: S. López Cotón.
Centro de Salud Jazmín.
C/ Jazmín, 33.
28033 Madrid.

Recibido el 03-05-04; aceptado para su publicación el 29-12-04.

CASO CLÍNICO

Varón español de 72 años, diabético no insulino dependiente y con colitis ulcerosa (CU) en tratamiento esteroideo crónico de 25 años de evolución, que presenta fiebre diaria de predominio vespertino desde hace 3 meses. El cuadro se acompañaba de astenia intensa y episodios ocasionales de sudoración profusa y escalofríos, sin otros datos relevantes en la anamnesis por órganos y aparatos. En el examen físico destacaba la presencia de marcadas telangiectasias malares y una mínima esplenomegalia indolora sin hepatomegalia, como únicos hallazgos relevantes. Durante este tiempo el paciente permaneció con buen estado general, por lo que su médico pautó empíricamente tratamiento antipirético y antibiótico (amoxicilina 500 mg/8 h). Ante la persistencia del cuadro febril y tras el hallazgo analítico de pancitopenia, se decidió derivar al paciente al hospital para completar el estudio.

En el hospital se le sometió a una batería de pruebas analíticas, serológicas y de imagen dentro de un protocolo completo de estudio de FOD con estos resultados: pancitopenia (Hb 9,5 g/dl, 1.900 leucocitos/ μ l y 90.000 plaquetas/ μ l), tomografía axial computarizada que mostraba leve esplenomegalia, biopsia de médula ósea con cambios displásicos y colonoscopia completa con un estudio histopatológico que demostraba datos de CU y una lámina propia con histiocitos repletos de estructuras que se correspondían con amastigotes de leishmania.

El paciente presentó una rápida mejoría clínica y analítica tras tratamiento parenteral con antimoniales pentavalentes a dosis de 20 mg/kg/día durante 28 días.

DISCUSIÓN

En el caso que nos ocupa, los principales diagnósticos diferenciales al ingreso eran infección sistémica y proceso inmunológico, que fueron razonablemente descartados con las pruebas complementarias (incluyendo serología a leishmania negativa).

En la exploración física no presentaba ningún hallazgo típico de leishmaniasis como hepatomegalia, la cual se encuentra presente en el 60%-100% de los casos⁵.

El diagnóstico en nuestro caso se consiguió de una manera casual al realizar biopsia colónica para comprobar la actividad de la CU, tras ser negativa la biopsia de médula ósea que se encuentra infiltrada en el 100% de los casos, como así se demostró en una segunda revisión.

En conclusión, se trataba de un paciente con una doble condición de inmunodepresión, tratamiento esteroideo crónico y diabetes mellitus de larga evolución, estado que motivó la negatividad de las pruebas serológicas por anergia y que, además, era VIH negativo.

Los principales diagnósticos diferenciales de FOD son:

- 1) *Neoplasias*: linfomas y tumores sólidos.
- 2) *Infecciones*: abscesos intraabdominales, tuberculosis miliar, endocarditis infecciosa, VIH.
- 3) *Vasculitis/conectivopatías*: arteritis células gigantes, enfermedad de Still, lupus eritematoso sistémico.

Por otra parte, el protocolo de estudio básico en Atención Primaria de FOD debe incluir:

1) *Análítica*: hemograma, hemostasia y velocidad de sedimentación globular (VSG); bioquímica completa-hormonas tiroideas; orina elemental

2) *Microbiología*: hemocultivos, urocultivo, coprocultivo-parásitos en heces*; serologías (*Salmonella*, *Brucella*, *Coxiella*, virus hepatotropos*, VIH*, citomegalovirus [CMV], virus de Epstein-Barr [VEB], lúes); Mantoux, Ziehl esputo y orina.

3) *Inmunología*: proteína C reactiva (PCR), anticuerpos antinucleares (ANA), factor reumatoide (FR), marcadores tumorales*.

4) *Imagen*: radiografía de tórax; eco abdominal.

(*Ante sospecha clínica o alteración analítica sugestiva.)

BIBLIOGRAFÍA

1. Pintado V, López-Vélez R. Visceral leishmaniasis associated with human immunodeficiency virus infection. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2001;19:353-7.
2. Tal S, Guller V, Gurevich A, Levi S. Fever of unknown origin in the elderly (review). *J Intern Med*. 2002;252:295-304.
3. Hernández-Pérez J, Yebra-Bango M, Jiménez-Martínez E, et al. Visceral leishmaniasis (kala-azar) in solid organ transplantation report of five cases and review. *Clin Infect Dis*. 1999;29:918-21.
4. Pintado V, Martín-Rabadán P, Rivera M, Moreno S, Bouza E. Visceral leishmaniasis in human immunodeficiency virus (HIV)-infected and non-HIV infected patients: a comparative study. *Medicine (Baltimore)*. 2001;80:54-73.
5. Pearson RD, Sousa, AQ. Clinical spectrum of leishmaniasis. *Clin Infect Dis*. 1996;22:1-11.