

La realización de estas pruebas nos ayuda enormemente en el manejo temprano y reforzamiento de los programas de cese del tabaquismo, teniendo en cuenta que la persistencia del hábito de fumar sí ha demostrado de forma contundente la progresión a enfermedad pulmonar crónica sintomática<sup>1-5</sup>. Una posible limitación del estudio es la realización únicamente de espirometría simple, lo cual impide valorar la presencia de respuesta de los participantes al test broncodilatador y encontrar diferencias funcionales entre ellos, a pesar de que éste no era un objetivo del presente estudio.

## Bibliografía

1. Amin A, Murshed KM. Mymensingh Med J. Detection of chronic obstructive pulmonary disease using spirometric screening. 2009;18(1 Suppl):S108-12.
2. Ruppel GL, Enright PL. Pulmonary function testing. Respir Care. 2012;57:165-75.

3. D'Urzo AD. Spirometry interpretation in primary care. Can Fam Physician. 2011;57:1122.
4. Walters JA, Walters EH, Nelson M, Robinson A, Scott J, Turner P, et al. Factors associated with misdiagnosis of COPD in primary care. Prim Care Respir J. 2011;20:396-402.
5. Housset B. Does the concept of lung age help the smokers to quit smoking? Rev Prat. 2011;61:600-1.

José Miguel Berrospi Melgarejo, Nuria Pascual Aguirre, María Luisa Lozano Sánchez, Carmen Alfonso Cano y Mariano Leal Hernández\*

Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Docente de San Andrés, Murcia, España

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [arboleja@yahoo.es](mailto:arboleja@yahoo.es)  
(M. Leal Hernández).

doi:10.1016/j.aprim.2012.03.010

## Brote comunitario de leishmaniasis en la zona sur de la comunidad de Madrid

### Community outbreak of leishmaniasis in the southern area of the community of Madrid

Sr. Director:

Los autores queremos comunicar la excepcional agregación de casos de leishmaniasis visceral y cutánea<sup>1</sup> que se ha dado en la zona sur de Madrid desde el verano de 2009 y que continúa actualmente, definida como brote comunitario.

La leishmaniasis es una enfermedad endémica en nuestro país, con 100-120 casos declarados por año en promedio,

excepto en los años 1990 en que se elevaron las tasas de la enfermedad, asociándose a la inmunodepresión por VIH<sup>2</sup>. En la última década, en toda la comunidad de Madrid, no se habían superado los 25 casos ningún año.

Sin embargo, en este brote comunitario, desde el 1 de julio de 2009 hasta el 1 de mayo de 2012, se han acumulado 281 casos, 115 de leishmaniasis visceral (LV) y 166 de leishmaniasis cutánea (LC) (fig. 1), a los que hay que sumar al menos 7 casos más en mayo de 2012. El 84% de los pacientes viven en el municipio de Fuenlabrada, y el resto en los colindantes de Leganés y Getafe.

Las LV se manifestaron con la sintomatología clásica de fiebre, esplenomegalia y pancitopenia; y con una forma ganglionar aislada, apenas descrita hasta ahora para el parásito patógeno en nuestro medio, *L. infantum*, en 12 casos (21%

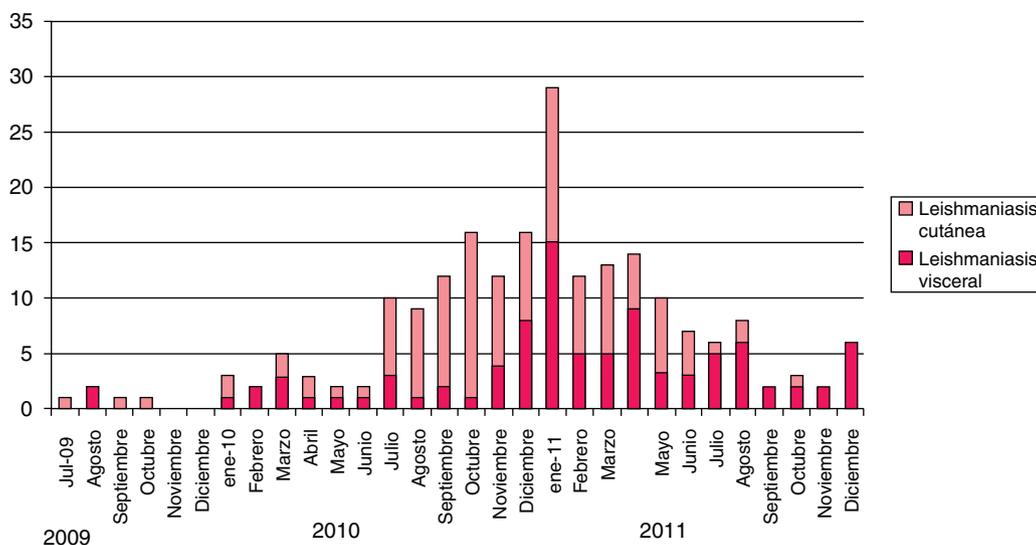


Figura 1 Brote comunitario de la zona sur de Madrid. Agrupación de casos por mes de inicio de los síntomas. Fuente: datos facilitados por la sección de Epidemiología del Área IX de la CAM a fecha 1 de marzo de 2012, sobre 209 casos.

sobre 57 casos analizados en el hospital de Fuenlabrada). Solo el 11% de los pacientes asociaban infección por el VIH. El 40% de los pacientes con LV clásica eran de origen sub-sahariano occidental.

Las LC se caracterizaron por el polimorfismo de las lesiones, con predominio de las pápulas o nódulos sin costra, la afectación predominante en miembros; su distribución en edades medias, y el elevado número de casos con lesiones múltiples, incluso muy alejadas entre sí.

El diagnóstico se realizó por visualización directa del parásito, serología en el caso de las LV, y confirmación con PCR en un 90% de los casos<sup>3,4</sup>. Las LV ganglionares fueron en su mayoría diagnosticadas desde atención primaria tras PAAF de la adenopatía.

El tratamiento, siempre hospitalario, de las LV fue anfotericina B liposomal (dosis totales entre 15 y 21 mg/kg fraccionadas en 7 infusiones intravenosas) y el de las LC fundamentalmente inyecciones intralesionales de antimonio de meglumina espaciadas semanalmente hasta la resolución de la lesión<sup>5</sup>.

Los casos mostraron una marcada agrupación geográfica en torno a la zona norte del municipio de Fuenlabrada, donde ha habido cambios medioambientales importantes que coinciden con la génesis del brote, destacando una superpoblación de lepidóridos concentrados en un espacio protegido de reciente creación, así como densidades muy elevadas de la mosca de la arena o flebotomo, vector que transmite la enfermedad al ser humano tras picar al mamífero infectado.

Sin embargo, hasta la fecha, no se ha detectado un aumento proporcional de la prevalencia de enfermedad o infección en su reservorio tradicional, el perro. Este hecho, sumado al hallazgo de liebres infectadas en zonas colindantes a la población afectada, hace que en este brote puedan considerarse estos animales al menos como reservorios secundarios, lo que sugiere la existencia de un ciclo de transmisión silvestre ligado a la periferia urbana, no descrito hasta ahora en nuestro medio.

Consideramos relevante para los médicos de familia de todo el país conocer la existencia de este brote epidémico en la zona sur de Madrid. En el manejo de pacientes con antecedentes de residencia en dicha zona, ante cuadros que cursen con fiebre sin focalidad aparente de duración intermedia, o con adenopatías aisladas o lesiones papulosas o

nodulares con evolución tórpida, debería sospecharse una posible leishmaniasis e incluir esta infección en el diagnóstico diferencial.

## Agradecimientos

A todos los médicos que han intervenido en el complejo proceso de diagnosticar y tratar a los múltiples pacientes afectados por este brote, por su excelente trabajo.

## Bibliografía

1. Herwaldt B. Leishmaniasis. *The Lancet*. 1999;354:1191–9.
2. Gil-Prieto R, Walter S, Alvar J, de Miguel AG. Epidemiology of leishmaniasis in Spain based on hospitalization records (1997–2008). *Am J Trop Med Hyg*. 2011;85:820–5.
3. Chappuis F, Sundar S, Hailu A, Ghalib H, Rijal S, Peeling RW, et al. Visceral leishmaniasis: what are the needs for diagnosis, treatment and control? *Nature Rev Microbiol*. 2007;5: S7–16.
4. García-Almagro D. Leishmaniasis cutánea. *Actas Dermosifilogr*. 2005;96:1–24.
5. Control of the Leishmaniasis. Report of a meeting of the WHO Expert Committee on the Control of Leishmaniasis, Geneva, 22–26 March 2010. WHO Technical Report Series 949. WHO 2010 [consultado 24 Ene 2011]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_949\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_949_eng.pdf).

Mar Noguero Álvarez<sup>a,\*</sup>, Juan Víctor San Martín López<sup>b</sup>, Marta Aguado Lobo<sup>c</sup> y Pilar Aparicio Azcárraga<sup>d</sup>

<sup>a</sup> *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Cuzco, Fuenlabrada, Madrid, España*

<sup>b</sup> *Servicio de Medicina Interna, Hospital de Fuenlabrada, Madrid, España*

<sup>c</sup> *Servicio de Dermatología, Hospital de Fuenlabrada, Madrid, España*

<sup>d</sup> *Medicina Interna, Centro Nacional de Medicina Tropical, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mnoguero.l.gapm09@salud.madrid.org](mailto:mnoguero.l.gapm09@salud.madrid.org) (M. Noguero Álvarez).

doi:10.1016/j.aprim.2012.04.003

## Respuesta de los autores

### Author's reply

Sr. Director:

La interesante carta al director de Pérez-Ríos et al., que aporta los datos del SIX-2007 en Galicia, plantea la oportunidad de reflexionar sobre lo que expresan los datos de fumadores ocasionales y diarios en la adolescencia y en la vida

adulta<sup>1</sup>. La historia natural del tabaquismo muestra que buena parte de los consumidores ocasionales en la adolescencia se transforman en fumadores habituales con el paso del tiempo, y que casi todos estos se convierten en fumadores diarios. La mayoría de los fumadores habituales no diarios incrementarán su dosis hasta una cifra cercana a un paquete al día y casi todos fumarán esta cantidad durante 3 o 4 décadas, hasta que la gran mayoría abandona el tabaco. Los que no lo hacen y los que lo hacen más tarde tienen el máximo riesgo, y en ellos se concentra el grueso de la carga de enfermedad debida al tabaco. En la edad adulta, la proporción de fumadores diarios es muy alta, un 87,6% del total de fumadores en la última encuesta de

Véase contenido relacionado en DOIs:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2011.07.009>