

Fiebre en paciente con trasplante renal

José Miguel Seguí-Ripoll^a, Esperanza Merino-De Lucas^a, Cristina Alenda-González^b y Antonio Franco-Esteve^c

^aUnidad de Enfermedades Infecciosas. Servicios de ^bAnatomía Patológica y de ^cNefrología (Unidad de Trasplantes). Hospital General Universitario de Alicante. España.

Caso clínico

Varón de 42 años trasplantado renal desde diciembre de 2005 por insuficiencia renal crónica terminal secundaria a glomerulonefritis membranosa, en tratamiento con corticoides y ciclosporina, con disfunción crónica del injerto (creatinina basal de 3,5 mg/dl). Había ingresado en otro centro en dos ocasiones (12 y 7 meses previos) con los diagnósticos de gastroenteritis por *Salmonella* y neumonía por *Legionella*, respectivamente. Ingresó por fiebre alta de 48 h de evolución (febrícula en las últimas 2 semanas). A la exploración física presentaba esplenomegalia. En la analítica destaca: leucocitos 1.800 cél./ μ l, Hb 9 g/dl, plaquetas 77.000/ μ l, VSG 63 mm/1.^a h y PCR 2,9 mg/dl. La placa de tórax era normal. Los hemocultivos, urocultivos y la antigenemia para citomegalovirus fueron negativos. El aspirado medular fue negativo. Al quinto día del ingreso presentó náuseas, vómitos, molestias epigástricas y diarrea. Se realizó gastroscopia con biopsia duodenal (fig. 1).

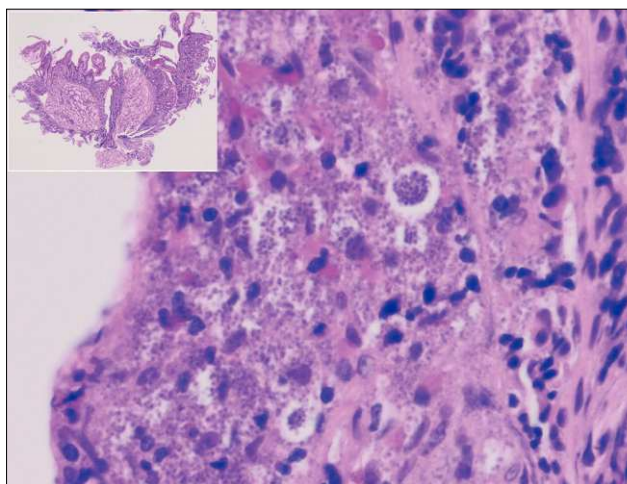


Figura 1. H&E. Mucosa duodenal con presencia de microorganismos intracelulares.

Evolución

Recibió tratamiento inicialmente con anfotericina B liposomal (suspendido por toxicidad por infusión a la segunda dosis); continuó con antimonio de meglumina (suspendido por pancreatitis aguda sintomática al sexto día) y finalmente completó el tratamiento combinando fluconazol-alopurinol, con buena tolerancia. Desapareció la fiebre, con mejoría clínica y analítica (al alta, los leucocitos eran 3.430 cél./ μ l, Hb 12,6 g/dl y plaquetas 114.000/ μ l). Con posterioridad al diagnóstico histológico, se recibió el resultado del cultivo de médula ósea (crecimiento de *Leishmanias*) y un resultado serológico IgG antileishmania a título 1/320 que disminuyó a 1/32 tras finalizar el tratamiento.

Diagnóstico

Leishmaniasis visceral en paciente con trasplante de órgano sólido.

Comentario

La infección latente por *Leishmania* puede progresar a enfermedad en estados inmunocomprometidos¹⁻⁴. La in-

munosupresión terapéutica que precisan los pacientes con trasplante de órgano sólido condiciona las características clínicas de muchas de sus infecciones. La Leishmaniasis visceral en esta población puede considerarse una infección oportunista, es infrecuente (menos de 60 casos descritos en la literatura médica), poco conocida y constituye un reto diagnóstico, ya que la presentación clínica clásica no es habitual y los signos clínicos pueden ser sutiles y atípicos, por lo que deben considerarse en el diagnóstico diferencial de fiebre de origen incierto en pacientes que residen (en nuestro caso) o viajan a zonas consideradas endémicas. El retraso diagnóstico también puede deberse a otras circunstancias como el bajo grado de sospecha, similitud clínica con otros tipos de infección, pancitopenia atribuida a fármacos inmunosupresores, frecuentes resultados falsos negativos en los estudios serológicos y estudio de médula ósea no concluyente, por lo que deben obtenerse muestras histológicas en función de la sintomatología⁵⁻⁸. El diagnóstico precoz constituye un importante factor pronóstico. Como la Leishmaniasis visceral se asocia a sobreinfecciones, debe tenerse en cuenta esta patología como entidad subyacente en pacientes con trasplante de órgano sólido con infecciones bacterianas, especialmente si son recurrentes o múltiples^{9,10}.

Bibliografía

- Berenguer J, Gómez Campderá F, Padilla B, Rodríguez Ferrero M, Moreno S, Valderrábano F. Visceral Leishmaniasis (Kala-Azar) in transplant recipients. *Transplantation*. 1998;65:1401-4.

Correspondencia: Dr. J.M. Seguí-Ripoll.
Lafora, 45, 1.^o A. 03007 Alicante. España.
Correo electrónico: josemisesgui@hotmail.com

Manuscrito recibido el 29-9-2005; aceptado el 11-1-2006.

2. Hueso M, Bover J, Serón D, Gil-Vernet S, Rufi G, Alsina J, Grinyó JM. The renal transplant patient with visceral leishmaniasis who could not tolerate meglumine antimoniate cure with ketoconazole and allopurinol. *Nephrol Dial Transplant*. 1999;14:2941-3.
3. Hernández Pérez J, Yebra Bango M, Jiménez Martínez E, Sanz Moreno C, Cuevas Mons V, Alonso Pulpón L, et al. Visceral leishmaniasis (Kala-Azar) in solid organ transplantation: Report of five cases and review. *Clin Infect Dis*. 1999;29:918-21.
4. Boletis JN, Pefanis A, Stathakis Ch, Helioti H, Kostakis A, Giamarellou H. Visceral leishmaniasis in renal transplant recipients: Successful treatment with liposomal amphotericin B (Ambisome). *Clin Infect Dis*. 1999;28:1308-9.
5. Llorente S, Gimeno L, Navarro MJ, Moreno S, Rodríguez Gironés M. Therapy of visceral leishmaniasis in renal transplant recipients intolerant to pentavalent antimonials. *Transplantation*. 2000;70:800-1.
6. Dereure J, Duong Thanh H, Lavabre Bertrand T, Cartron G, Bastides F, Richard Lenoble D, et al. Viscerals leishmaniasis. Persistent of parasites in lymph nodes after clinical cure. *J Infect*. 2003;47: 77-81.
7. Halim MA, Alfurayh O, Kalin ME. Successful treatment of visceral leishmaniasis with allopurinol plus ketoconazole in a renal transplant recipient after the occurrence of pancreatitis due to stibogluconate. *Clin Infect Dis*. 1993;16:397.
8. Torrús D, Boix V, Massa B, Portilla J, Pérez-Mateo M. Fluconazole plus allopurinol in treatment of visceral leishmaniasis. *J Antimicrob Chem*. 1996;37:1042-3.
9. Henry W. Murray. Clinical and experimental advances in treatment of visceral leishmaniasis. *Antimicrob Agents Chem*. 2001;45: 2185-97.
10. Simão Ferreira M, Sebastião Borges A. Some aspects of protozoan infections in immunocompromised patients - A review. *Mem Inst Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro*. 2002;94:443-57.