

CASOS CLÍNICOS

Leishmaniosis visceral infantil. Presentación de un caso en la provincia de León

M. GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ, S. LAPEÑA LÓPEZ DE ARMENTÍA, M. C. TORRES HINOJAL,
G. MENAU MARTÍN, S. REGUERO CELADA y E. ÁLVARO IGLESIAS

RESUMEN: Presentamos un caso clínico de una niña de 23 meses de edad diagnosticada de leishmaniosis visceral infantil (LVI) por visualización de *Leishmania donovani* en el aspirado de médula ósea. El tratamiento se realizó con Glucantime®. La respuesta al mismo se evaluó mediante la clínica y la serología. PALABRAS CLAVE: LEISHMANIOSIS VISCERAL. ANTIMONIALES PENTAVALENTES.

INFANTILE VISCERAL LEISHMANIOSIS, ONE CASE IN LEON PROVINCE. (SUMMARY): We describe a clinical case of infant visceral leishmaniosis in a girl, 23 months old, by identification of *Leishmania donovani* in the marrow aspirate. She was treated with Glucantime® and the outcome has evaluated by clinical and serological responses. KEY WORDS: VISCERAL LEISHMANIOSIS. PENTAVALENT ANTIMONIAL DRUGS.

La LVI es una parasitosis del sistema reticuloendotelial causada por un protozoo flagelado viscerótropo, la *Leishmania donovani*, que es transmitido por un mosquito del género *Phlebotomus* (1). Aunque España es considerada zona endémica, los casos se presentan de forma esporádica, con mayor prevalencia en el litoral mediterráneo y sur de la península.

En el caso de Kala-azar ocurrido en nuestra provincia destaca el antecedente de una estancia de 20 días en el área mediterránea, 7 meses antes del inicio de los síntomas.

CASO CLÍNICO

Niña de 23 meses de edad ingresada por presentar fiebre, astenia y anorexia de 15 días de evolución. Entre los antecedentes personales destacan el contacto habitual con animales domésticos y un

viaje a la provincia de Málaga hacía 7 meses.

Exploración: Afectación moderada del estado general. Desarrollo ponderal y estatural normales. Palidez de piel y mucosas. Adenopatías laterocervicales e inguinales de pequeño tamaño. Hepatomegalia de 4 cm. bajo reborde costal. Esplenomegalia de 5 cm. bajo reborde costal (llegando incluso a 10 cm. a lo largo de la evolución).

Analítica al ingreso: Leucocitos 2.800/mm³. (71% L, 5% M, 24% S). Hgb 5.7 gr/dl. Hematocrito 17.3%. Plaquetas 79.000/mm³. Reticulocitos 2.2%. v.s.g.: 71 mm/1.^a hra. G.O.T.: 312 UI/l. G.P.T.: 198 UI/l. Proteínograma: proteínas totales 9.28 gr/dl (albúmina 3.66 gr/dl, gammaglobulina 3.62 gr/dl, alfa-1-globulina 0.36 gr/dl, alfa-2-globulina 0.92 gr/dl, betaglobulina 0.63 gr/dl). Aglutinaciones tifoparatóficas y antibrucella, serología de hepatitis A, B

y c, VIH., Lues, Epstein-Barr y Toxoplasma negativos.

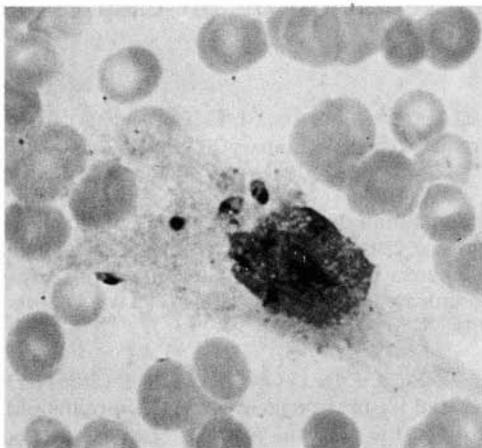


FIGURA 1. Histiocito cargado de parásitos (*Leishmania donovani*) en material de médula ósea (May Grunwald Giemsa x 40)

Ante la sospecha de proceso hematológico se realiza aspirado de médula ósea

a las 48 horas del ingreso, visualizándose parásitos intra y extracelulares tipo *leishmania* (Figura 1). Inicialmente los anticuerpos *antileishmania* fueron positivos a título bajo, aumentando en una determinación posterior (Tabla I). Una vez confirmado el diagnóstico se inició el tratamiento con Glucantime® a dosis iniciales de 30 mg/kg/día, aumentándose progresivamente hasta alcanzar los 100 mg/kg/día. La duración del tratamiento fue de 4 semanas, obteniéndose buena respuesta clínica y analítica (Tabla II). Fue necesario transfundir concentrado de hematíes.

TABLA I. EVOLUCIÓN DE ANTICUERPOS ANTILEISHMANIA

Tiempo de evolución	Título de anticuerpos
1 día	1/40
21 días	1/400
3 meses	1/80
8 meses	Menor de 1/40

TABLA II. EVOLUCIÓN ANALÍTICA

	Al ingreso	A los 10 días de tratamiento
Hemoglobina	5.7 gr/dl	11.4 gr/dl
Hematocrito	17.3%	32.8%
Plaquetas	79.000/mm ³	281.000/mm ³
Leucocitos	2.800/mm ³	6.700/mm ³
V.C.M.	71.5 fl	85.9 fl
G.O.T.	312 UI/l	44 UI/l
G.P.T.	198 UI/l	17 UI/l
V.S.G.	71 mm/1. ^a hora	30 mm/1. ^a hora
Proteínas totales	9.28 gr/dl	8.40 gr/dl
Gammaglobulina	3.62 gr/dl	2.60 gr/dl

COMENTARIOS

El Kala-azar suele manifestarse clínicamente con una tríada característica consistente en fiebre, esplenomegalia y anemia. A pesar de ello el diagnóstico puede demorarse si no se tiene un elevado índice de sospecha, sobre todo en las regiones donde la enfermedad se presenta de forma esporádica (2).

El diagnóstico se basa en la presencia de anticuerpos *antileishmania*, cuyos datos positivos son tardíos, y en el aspirado de médula ósea que proporciona un diagnóstico rápido, por lo que deben buscarse protozoos tipo *leishmania* en el aspirado de médula ósea de todo niño con fiebre, esplenomegalia y anemia. En la fase aguda de la enfermedad se produce un incremento del título de anticuerpos *antileishmania*, a expensas fundamentalmente de la IgG que disminuyen progresivamente en la fase de curación,

siendo la inmunidad celular la que confiere protección duradera (3).

Por ello, la evolución de la serología *antileishmania* es un parámetro menos cruento y más fiable para valorar la respuesta al tratamiento que el aspirado de médula ósea, ya que ésta puede tener una elevada tasa de falsos negativos en función de la experiencia acumulada por el Servicio de Hematología (2).

El tratamiento de elección son los antimoniales pentavalentes (4, 5, 6). Disponemos de dos con toxicidad y eficacia terapéutica similares: antimonioato de N-metil glucamina y estibogluconato sódico. Como alternativa se han empleado la diamidina, la anfotericina B y el alopurinol. Este último usado aisladamente no es eficaz, debiendo administrarse asociado a los antimoniales pentavalentes. Para pacientes con afectación grave se ha utilizado con buenos resultados la asociación de antimoniales y gamma-interferón (2).

BIBLIOGRAFIA

- MARTÍN, M.; BIEDMA, A.; AL KAHTIB, G. y col.: *Kala-azar: revisión de 20 casos*. Arch. Pediatr. 1991; 42: 385-388.
- LÓPEZ PEÑA, L. F.; CLEMENTE YAGO, F.; CRUZ AMORÓS, E. DE LA; GOROSTIZA FELIPE, P.; MONFERRER FÁBREGAT, R.; ESCRIVÁ TOMÁS, P.: *Kala-azar infantil: casuística de una década*. An. Esp. Pediatr. 1993; 39: 199-201.
- WAYNE, G.; SHREFFLER: *Antibody responses of visceral leishmaniasis patients to gp63, a major surface glycoprotein of Leishmania species*. J. Infect. Dis. 1993; 167: 426-430.
- CRUZ AMORÓS, E. DE LA; LAMBRUSCHINI FERRI, N.; RODRÍGUEZ MIGUÉLEZ, J. M.; TORRES SIMÓN, J. M.: *Glucantime® y Alopurinol en el tratamiento de la leishmaniasis visceral infantil persistente*. An. Esp. Pediatr. 1988; 29: 77-79.
- CAMBRONERO GALACHE, M.; MARTÍNEZ CORTÉS, F.; BÓDALO GUERRERO, A.; COUREL BRIJALBA, A.; CASADO FLORES, J.; CASQUERO JUNQUERA, J.: *Kala-azar en la infancia. Revisión de 20 años*. An. Esp. Pediatr. 1983; 18: 28-32.
- GIMÉNEZ FERNÁNDEZ, P.; GOROSTIZA FELIPE, P.: *Kala-azar infantil. a propósito de 14 casos*. Arch. Pediatr. 1982; 33: 259-272.

Petición de separatas:

DR. M. GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ
C/ Riosol, 3, 4.º B
24010 LEÓN