

## Leishmaniosis visceral

M. GARRIDO; J. J. MEDIAVILLA; I. PADRONES; I. SINOVAS;  
A. FIERRO; M. T. M. RIVERA; R. VILLAR y F. FDEZ. DE LAS HERAS

RESUMEN: Se presenta el caso clínico de una niña afecta de Leishmaniosis Visceral, comentando los datos clínicos, evolutivos y terapéuticos, haciendo mención especial en los aspectos epidemiológicos. PALABRAS CLAVE: KALA-AZAR. LEISHMANIOSIS VISCERAL.

VISCERAL LEISHMANIOSIS. (SUMMARY): The authors present a child patient affected with Visceral Leishmaniosis. The clinical, evolutive and therapeutic aspects of this disease are analyzed with special reference to the epidemiological aspects. KEY WORDS: KALA-AZAR. VISCERAL LEISHMANIOSIS.

### INTRODUCCIÓN

La Leishmaniosis visceral o Kala-azar, es una enfermedad producida por un protozoo flagelado denominado *Leishmania Donovanii*, parásita fundamentalmente a roedores y caninos y se transmite al hombre mediante la picadura de mosquitos *Phlebotomos* (1). Constituye una parasitosis endémica en nuestro país, principalmente en Aragón, litoral mediterráneo y algunas zonas del interior (Extremadura, Madrid, Toledo y Granada) (2). En nuestro medio el reservorio habitual es el perro y el hombre, siendo la *Leishmania Donovanii Infantum* el parásito responsable de esta patología. Últimamente se propone la separación de *Leishmania Infantum* como complejo diferente de *Leishmania Donovanii* (3, 4).

El diagnóstico se establece con el estudio del material de biopsia o aspiración de órganos afectados, alcanzándose positividad de hasta el 90 %, y por serología, de

gran importancia, en especial si el diagnóstico parasitológico ha sido negativo (1, 5).

El tratamiento de elección son los derivados pentavalentes de antimonio y de forma alternativa en caso de resistencia, otros fármacos como pentamidina, anfotericina B, derivados imidazoles y pirimidinas (1, 6, 7).

### CASO CLÍNICO

Niña de 16 meses de edad que ingresa para estudio de Síndrome Febril, de 2,5 meses de evolución, con astenia, palidez y epistaxis frecuentes los últimos días. Se recoge el antecedente de cuadro de Fiebre Botonosa Mediterránea 15 días antes del inicio del cuadro actual, que fue tratada con eritromicina. Es una niña de raza gitana, de baja condición socio-económica, residente en Valladolid desde su nacimiento, salvo los 2 meses previos al inicio del

proceso, que residió en un barrio de chabolas en Madrid. En la exploración al ingreso destaca aspecto de enfermedad, hipertermia de 39,5°C, palidez de piel y mucosas y deficiente desarrollo nutritivo. Abdomen blando, hepatoesplenomegalia de 2 cm, palpándose polo de bazo. Resto de exploración, sin hallazgos patológicos.

*Exámenes complementarios.* Hematíes: 2.9 mill/cc. Hb: 6.9 gr/dl. Reticulocitos: 45/dl. Hcto.: 21/dl. Leucocitos: 5.400/mmc. Plaquetas: 80.000/mmc. VSG: 133/>136. Prot.C: (+ + +). Ferritina: 462 ng/l. Haptoglobina: 250 mg/dl. Transferrina: 242 mg/dl. GOT: 76 UI/l. GPT: 62 UI/l. TG: 263 mg/dl. Bioquímica sanguínea sistemática: Normal. Ig: Aumento policlonal de IgG (Ig: 3350 mg/dl). Proteinograma: Normal. Test de

Leishmania, VIH y hepatitis con títulos frente a *Coxiella Burnetti*: 1/80 y *Rickettsia Conorii*: 1/640. FR: 80. Waler Rose: (+). LE y ANA: (—). Aslo: Normal. C3 y C4: Normales. Ac antinúcleo y anti-mitochondrias: (—).

*Evolución:* Presentó fiebre alta en «agujas» de hasta 40°C durante mes y medio, con progresivo aumento de hepatoesplenomegalia (Fig. 1) y anemia, precisando dos transfusiones de concentrado de hematíes a lo largo del ingreso. Ante la persistencia del cuadro se realiza punción medular, detectándose parásitos (identificados como *Leishmanias*) en el aspirado (Fig. 2), iniciando tratamiento con N-metil-glucosamina (Glucantime) a dosis de 100 mg/Kg/día en inyección i.m. única diaria, durante 21 días. Al 4.º día de iniciado el trata-

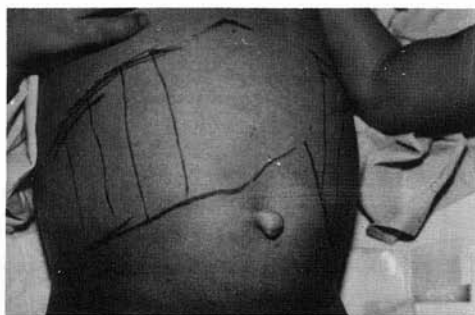


FIG. 1. Aspecto clínico de la paciente a las 3 semanas de su ingreso, donde se aprecia una importante hepatoesplenomegalia

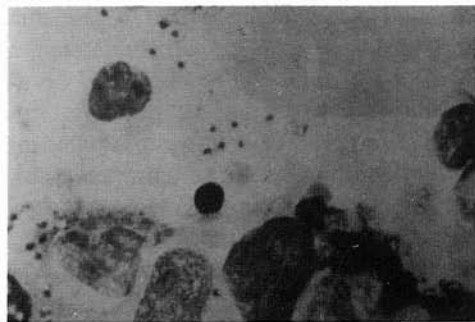


FIG. 2. Preparación de aspirado medular con presencia del parásito

Coombs directo e indirecto: (—). Sedimento urinario: Normal. Cultivos: (—). Rx. de tórax y ECG: Normales. Ecografía abdominal: Hepatoesplenomegalia con ecogenicidad normal Mantoux: (—).

Serología negativa frente a VDRL, TP-HA, TORCH, EB, Brucella, Salmonella,

mientras desaparece la fiebre, mejorando clínicamente con disminución progresiva de la hepatoesplenomegalia y desaparición total de ésta a los 23 días. Unos días después de iniciado el tratamiento recibimos 2.ª serología frente a *L. Donovanii*, realizada por IFI, con resultado positivo.

## DISCUSIÓN

La Leishmaniosis visceral es una enfermedad de declaración obligatoria en nuestro país a partir de 1982, considerándose como zona endémica junto al resto de países del litoral mediterráneo (8). Las series publicadas en nuestro país corresponden principalmente a Cataluña, Aragón, Andalucía y zona centro (2, 9, 10, 11, 12, 13).

La edad de presentación de la enfermedad, aspectos clínicos y analíticos, evolución y respuesta al tratamiento, son similares a las señaladas por otros a.a.

Revisando la literatura no hemos recogido ningún caso de Leishmaniosis visceral en los últimos 10 años en nuestra provin-

cia, no habiéndose diagnosticado ningún caso en nuestro Hospital, lo cual retrasó el diagnóstico al no considerar esta posibilidad inicialmente, debido a su infrecuencia en nuestro medio.

Al realizar el estudio epidemiológico de este caso se admitió como más probable la hipótesis de que la paciente hubiera adquirido la enfermedad durante su estancia en Madrid y no en su residencia habitual. Consideramos por ello que debe ser descartada la Leishmaniosis visceral en aquellos pacientes procedentes de nuestra área sanitaria que presenten fiebre prolongada, hepatoesplenomegalia y gammapatía policlonal, llamando la atención sobre la necesidad de realizar una buena encuesta epidemiológica.

*Agradecimiento:* Damos las gracias a la Srta. Rocío Vicente Sánchez, por su inestimable ayuda mecanográfica.

## BIBLIOGRAFIA

1. ALVAREZ EZQUERRA, J.: *Leishmaniosis*. Medicina. 1986; 72: 3025-3032.
2. MARISCAL SISTIAGA, F.; DOMÍNGUEZ MORENO, B.; LENGUAS PORTERO, F.; MARTÍNEZ FORDE, J. M.; GALVÁN GUIJO, B.: *Kala-Azar en el hospital de enfermedades infecciosas. Revisión de 104 casos*. Revista Clínica Española. 1980; 159: 47-50.
3. RIOUX, J. A.: *Animal reservoir of Leishmania. Meeting on the epidemiological and public health aspects of Leishmaniasis in countries bordering the mediterranean sea*. 1984. Murcia.
4. ALVAR, J.; ORTIZ, M.: *Caracterización isoenzimática de cepas de Leishmania aislados en la provincia de Madrid*. Rev. Iber. Parasitol. 1987; Vol. Extraordinario: 45-50.
5. MANSON BAHR, P. E. C.: *Diagnosis*. In: Peters W. Killick-Kendrick R. eds. *The Leishmaniasis in biology and medicine*. New York. Academic press. 1987; Vol. 2: 703-729.
6. CRUZ, M.: *Tratado de Pediatría*. 6.ª ed. Barcelona. Espexs, SA. 1988; pp. 517-519.
7. TAPIA COLLADOS, C.; COMINO ALMENARA, L.; ESCRIVÁ TOMÁS, P.; RIBERA DELGADO, M.; GONZÁLEZ PERABE, J.; TAPIA LÓPEZ, M.; LÓPEZ PEÑA, L.: *Kala-Azar. ¿Es posible el tratamiento con aminoglucósidos?* An. Esp. Pediatr. 1992; 36, 1: 57-58.
8. *Boletín Microbiológico semanal: Leishmaniasis*. 1988; 13-14: 1-4.
9. VERA, F.; VIÑUALES, S.; TAJADA, N. et al.: *Leishmaniasis visceral y cutánea en Huesca. Aspectos epidemiológicos*. An. Esp. Pediatr. 1985; 23: 551-554.
10. SERNA, F. J. DE LA; SALTO, E. et al.: *Estudio clínico epidemiológico del Kala-Azar en el sur de Madrid*. Rev. Sanid. Hig. Pública. 1987; 61: 783-798.
11. CORACHAN, M.; RECTUS, M.; FILELLA, E.; OLLE, J. E.: *La Leishmaniosis en Cataluña. Estudio preliminar*. Rev. Sanid. Hig. Pública. 1987; 61: 1229-1236.
12. MARTÍNEZ ORTEGA, E.; CONESA GALLEGU, E.: *Aproximación al funcionamiento epidemiológi-*

- co de las Leishmaniosis en el sureste de la península ibérica.* Rev. Iber. Parasitol. 1989; 49: 201-202.
13. PORTILLO SOGORB, J.; ROSAS GÓMEZ DE SALAZAR, J. C.; CASELLAS VALDE, J. A.; ABAD GONZÁLEZ, A.; MONPEL SANJUÁN, A.; PALMERO CABEZAS, M. F.: *Leishmaniosis Visceral en Alicante.* Análisis de 21 casos. Rev. Clin. Esp. 1990; 187: 53-55.

*Petición de Separatas:*

MERCEDES GARRIDO REDONDO  
P.º de Zorrilla, 53, 4.º D  
47007 VALLADOLID