

Nota clínica

Leishmaniasis visceral: orientación diagnóstica solo con anamnesis, clínica y analítica básica

M.P. JIMÉNEZ SAUCEDO, J. LÁZARO RAMOS, S. RUPÉREZ PEÑA, A.M. JIMÉNEZ MARTÍN, F. RUBIO RODRÍGUEZ, J.M. MAILLO DEL CASTILLO, A.J. MARTÍN SANZ, M.F. MARRERO CALVO

Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial de Ávila. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

La leishmaniasis visceral sigue siendo una patología de gran importancia a nivel mundial. Afecta predominantemente a países como India y Sudán.

En los países mediterráneos *Leishmania infantum* es el agente causal de la enfermedad endémica que afecta principalmente a niños menores de 4 años, siendo la leishmaniasis visceral la forma clínica más grave en la cuenca mediterránea. La incidencia de la enfermedad activa en estas regiones varía de 5-200 casos al año y país.

En España presenta mayor incidencia en la costa mediterránea, Castilla-La Mancha y Madrid.

En nuestro país el principal reservorio y a la vez el huésped más susceptible es el perro doméstico. La transmisión al hombre se produce a través de la picadura del mosquito del género *Phlebotomus*.

Presentamos a un niño de 16 meses residente en Ávila en el ámbito rural y convivencia habitual con perros y ganado. Aunque el niño en el momento del ingreso no presentaba picaduras, otros miembros de la familia sí las presentaban. No tiene antecedentes personales de interés salvo la no vacunación reglada, únicamente vacunado frente al meningococo.

La enfermedad se caracteriza clínicamente por fiebre, anorexia, pérdida de peso, esplenomegalia, hepatomegalia y alteraciones analíticas, como anemia, leucopenia, trombocitopenia, hipoalbuminemia e hipergammaglobulinemia. Todos estos datos clínicos y analíticos estaban presentes en nuestro paciente a los 4 días de evolución de la fiebre.

Lo significativo del caso reside en que, no siendo un área especialmente endémica, la primera impresión diagnóstica fundamentada en la clínica (fiebre y visceromegalias) y analítica básica (pancitopenia) y, sobre todo, en la epidemiología familiar (ambiente rural, perros y picaduras) fue de leishmaniasis visceral, siendo conscientes de derivar al paciente a un centro de nivel III para completar estudio diagnóstico sin demorar demasiado los resultados y el inicio del tratamiento. Se solicitaron en sangre periférica serologías y PCR de *Leishmania*, que se remitieron a un laboratorio externo, con resultados disponibles a la semana aproximadamente.

El diagnóstico definitivo de leishmaniasis visceral es la detección del parásito, bien mediante la visualización de amastigotes al microscopio del aspirado de médula ósea, bazo, ganglio linfático o bien mediante técnicas moleculares (PCR en sangre periférica o aspirado de médula ósea) que se han mostrado más sensibles que las técnicas tradicionales y son de elección en nuestro medio. Otra técnica de elección es el cultivo en medio NNN (4 semanas) de sangre o tejidos afectados, permitiendo identificar la especie.

Los métodos serológicos son sencillos, no invasivos y útiles en pacientes con cuadro clínico compatible, pero no permiten diferenciar entre infección aguda, pasada o reinfección. Tampoco poseen alta sensibilidad para excluir el diagnóstico si es negativa.

En determinados centros de referencia disponen de tests rápidos para detección de anticuerpos (antiK39) o antígenos

Correspondencia: M.P. Jiménez Saucedo. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Av. Juan Carlos I, s/n. 05004 Ávila
Correo electrónico: mjimenezsau@saludcastillayleon.es

© 2019 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

de *Leishmania* en sangre u orina, útil para iniciar tratamiento de forma precoz, pero como técnica complementaria al diagnóstico definitivo.

En nuestro paciente se realizó a los 7 días del inicio del cuadro (el mismo día del traslado a Hospital de Nivel III) un test rápido (anti-K39), siendo positivo y no realizando el aspirado de médula ósea por negativa de los padres a pruebas diagnósticas invasivas. Dada la buena respuesta al tratamiento (afebril al 2º día del tratamiento) con anfotericina B liposomal y confirmando el diagnóstico de *Leishmania* con PCR en sangre positiva, se termina tratamiento en hospital de origen. Actualmente en seguimiento (6 meses) sin recaída y con desaparición de las visceromegalias presentes al diagnóstico.

El tratamiento con anfotericina B ha demostrado ser eficaz y seguro en pautas cortas (dosis total de 24 mg/kg administrada en 6 dosis a lo largo de 10 días, 5 días consecutivos y una de recuerdo al décimo día), permitiendo además reducir la estancia hospitalaria, la toxicidad y la mayor incidencia de fracasos terapéuticos que tenían los tratamientos anteriores con antimoniales y consiguiendo tasas de curación > 90%. Pacientes inmunodeprimidos precisan pautas más prolongadas.

Por todo ello, remarcamos la importancia de la anamnesis y datos epidemiológicos en fiebres de origen desconocido que nos orienten hacia una etiología determinada. Y, en este

caso, siendo un hospital de Nivel II la ética de derivar al paciente con una consistente sospecha clínica a un hospital con más medios para el diagnóstico a fin de no demorar el tratamiento en beneficio de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Guerrero-Fernández J, Cartón Sánchez AJ, Barreda Bonis AC, Menéndez Suso JJ, Ruiz Domínguez JA. Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría, 6ª ed. Panamericana; 2018. p. 1625-8.
- Prieto Tato LM, La Orden Izquierdo E, Guillén Martín S, Salcedo Lobato E, García Esteban C, García-Bermejo I, et al. Diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis visceral infantil. An Pediatr (Barc). 2010; 72: 347-51.
- Figueras Nadal MC, García de Miguel MJ, Asensi Botet F, Velasco Bernardo R, Canals Baeza A, Ausín Aoiz I. Tratamiento de corta duración de la leishmaniasis visceral con anfotericina B liposómica en pacientes inmunocompetentes. An Pediatr (Barc). 2003; 58: 535-40.
- Epidemiología de los ingresos hospitalarios por leishmaniasis en España (1999-2003).
- Olbrich P, Hurtado Mingo A, Baltasar Navas C, Anchóriz Espósito M, Neth O. Manejo diagnóstico y terapéutico de un niño afecto de una Leishmaniasis visceral refractaria al tratamiento con Anfotericina B liposomal. Vox Paediatrica. 2010; 17: 63-6.