

Leishmaniasis visceral pediátrica. A propósito de un caso

A. Sangrós Giménez, R. Subirón Ortego, C. Guerrero Laleona, A. de Arriba Muñoz, M. Bustillo Alonso

Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza

Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2018; 48: 85-87]

RESUMEN

La Leishmaniasis es una enfermedad endémica en España producida por un protozoo intracelular: *Leishmania infantum*. Sin tratamiento la forma visceral de la enfermedad tiene una mortalidad superior al 90%. Presentamos el caso de una lactante de veintitrés meses ingresada por fiebre sin foco de diez días de evolución. Ante el hallazgo de hepatoesplenomegalia a la exploración y pancitopenia con hipoalbuminemia en la analítica se sospechó Leishmaniasis, confirmándose en el estudio serológico. Recibió tratamiento con anfotericina B liposomal presentando mejoría clínicoanalítica progresiva. Se realiza una revisión de la enfermedad incidiendo en la epidemiología en nuestro medio.

PALABRAS CLAVE

Fiebre de origen desconocido, pancitopenia, Leishmaniasis.

Visceral Leishmaniasis in children. A case report

ABSTRACT

Leishmaniasis is an endemic disease in Spain produced by an intracellular protozoan: Leishmania infantum. Without treatment, the visceral form of the disease has a mortality higher than 90%. We present the case of a twenty-three-month-old infant who was admitted for fever of unknown origin during the last ten days. Noticed the hepatosplenomegaly and pancytopenia in the laboratory results, Leishmaniasis was suspected and confirmed in the serological study. She received treatment with liposomal amphotericin B having progressive clinical and analytical improvement. A review of the disease is carried out, focusing on epidemiology in our environment.

KEY WORDS

Fever of unknown origin, pancytopenia, Leishmaniasis.

INTRODUCCIÓN

La Leishmaniasis es una enfermedad endémica en España. Existen tres formas de presentación clínica: cutánea, mucocutánea y visceral. La forma visceral se debe sospechar ante un paciente con fiebre de origen desconocido (FOD), hepatoesplenomegalia y adenopatías. En la analí-

tica destaca pancitopenia, elevación de los marcadores de infección, hipoalbuminemia e hipergammaglobulinemia policlonal. Su diagnóstico incluye métodos invasivos como el aspirado de médula ósea y no invasivos como la serología y PCR. El tratamiento de elección en España es anfotericina B liposomal en pautas cortas.

Correspondencia: Ana Sangrós

Vía Hispanidad 35, bloque I, 3ºB. 50012 Zaragoza
anasangros@hotmail.es

Recibido: junio 2018. Aceptado: septiembre 2018

CASO CLÍNICO

Lactante de 23 meses que acude a Urgencias por fiebre de hasta 39,8° de 10 días de evolución. La fiebre es continua, de predominio vespertino. No asocia clínica respiratoria, gastrointestinal ni miccional. No existe ambiente epidémico familiar. La paciente está correctamente vacunada y carece de antecedentes personales de interés. No convive con animales domésticos ni salvajes.

A su llegada a Urgencias presenta decaimiento y palidez cutánea. A la palpación abdominal destaca una hepatomegalia de 1 cm, esplenomegalia de 2,5 cm y adenopatías inguinales y laterocervicales bilaterales. El resto de la exploración es anodina. Se realiza una analítica sanguínea donde destaca elevación de los parámetros de infección (PCR 10,27 mg/dL y PCT 0,73 ng/dL). En el hemograma se objetiva leucopenia (3.800/mm³), anemia (Hb: 8,1 g/dL) y trombopenia (86.000/mm³). En el estudio de sangre periférica no se observan células atípicas. Se recogen hemocultivo y serologías y se realiza una radiografía de tórax que es normal.

Tras los hallazgos se decide ingreso en la planta de Infecciosos para completar estudio. Se inicia tratamiento antibiótico con cefotaxima intravenosa a 200 mg/kg/día a la espera de resultados. Ante la clínica enunciada se sospecha Leishmaniasis, por lo que se amplían los estudios serológicos. La inmunofluorescencia y ELISA son positivos para Leishmania. Con el diagnóstico establecido se inicia tratamiento con anfotericina B liposomal, 4 mg/kg/día durante 5 días consecutivos y una sexta dosis el día 10. Se mantiene la cefotaxima hasta que el hemocultivo es informado como negativo.

La paciente presenta una clara mejoría clínica progresiva estando completamente afebril a partir del quinto día de ingreso. Al alta, tras once días ingresada, presenta 7.300 leucocitos/mm³, 33.2000 plaquetas/mm³ y una hemoglobina de 9,2 g/dL. Los marcadores de infección se normalizan, como también lo hace la albúmina y las inmunoglobulinas que se encontraban ascendidas con un patrón de hipergammaglobulinemia policlonal. El resto de pruebas complementarias que fueron solicitadas como parte del estudio de FOD fueron negativas. Objetivada la mejoría clínica y analítica y habiendo recibido la sexta y última dosis de anfotericina B liposomal es dada de alta con control en consultas de Infecciosos.

DISCUSIÓN

La Leishmaniasis es un grupo de enfermedades causadas por un parásito protozoo intracelular del género Leishmania. El parásito que con mayor frecuencia se detecta en España es la Leishmania Infantum. Es transmitida por la picadura de la hembra de un artrópodo del

género Phlebotomo, denominado mosca de arena. En España, las especies de Phlebotomo responsables son: *P. perniciosus* y *P. ariasi* que se encuentran distribuidos por todo el territorio peninsular respetando la comisa cantábrica. El principal reservorio conocido en nuestro país es el perro, aunque también pueden actuar como reservorios otras especies silvestres⁽¹⁾.

La Leishmaniasis es una enfermedad endémica en 98 países, incluido España, estimándose una incidencia mundial anual de 2 millones de casos nuevos, de los cuales 0,5 millones son L. Visceral. El CMBD estima una incidencia anual de 2,8/100.000 habitantes. De estos, 1,56/100.000 ocurren en menores de 5 años⁽²⁾. En Aragón, en 2017 se registraron 7 casos, todos ellos en la provincia de Zaragoza. La media en los últimos 18 años es de 6 y la mediana de 5 casos/año (tabla I)⁽³⁾.

Existen tres formas clínicas: cutánea, cutáneo-mucosa y visceral. La Leishmaniasis cutánea se caracteriza por una pápula granulomatosa (Botón de Oriente) que crece y se ulcera curando sin secuelas. La forma mucocutánea afecta a la mucosa nasal u orofaríngea pudiendo producir lesiones destructivas de tejidos blandos, cartílago y hueso. Por último, la forma visceral, se presenta como una fiebre prolongada, hepatoesplenomegalia y caquexia. En pacientes graves puede aparecer ictericia, edema, ascitis e infecciones bacterianas secundarias⁽⁴⁾.

Tabla I. Epidemiología de la Leishmaniasis en Aragón: 2000-2017.

Año	Huesca	Teruel	Zaragoza	Total Aragón
2000	0	1	5	6
2001	5	1	7	13
2002	0	2	3	5
2003	2	1	2	5
2004	1	0	10	11
2005	1	0	3	4
2006	0	1	2	3
2007	5	0	5	10
2008	1	0	4	5
2009	1	1	0	2
2010	0	0	4	4
2011	4	2	2	8
2012	0	1	3	4
2013	3	0	7	10
2014	1	1	2	4
2015	2	0	2	4
2016	0	1	2	3
2017	0	0	7	7
TOTAL	26	12	70	108

Tabla II. Revisión de casos en H. Infantil Miguel Servet 2015-2017.

Sexo Edad	Fecha Ingreso	Clínica	Analítica: al ingreso→al alta	Diagnóstico	Tratamiento
♂ 7 meses	02-2015	Fiebre 10 días	L: 4.900→8.400 Hb: 7,6→9,4 Plaq: 60.000→265.000 PCR: 14→0.7	AMO + Serología +	LAMB
♂ 14 meses	02-2017	Fiebre 7 días	L: 6.900→10.100 Hb: 6,6→9,6 Plaq: 163.000→124.000 PCR: 5.24→1.54	AMO - Serología +	LAMB
♀ 11 meses	05-2017	Fiebre 2 días	L: 2.900→8.200 Hb: 5,8→10,3 Plaq: 72.000→209.000 PCR: 17.53→0.31	AMO + Serología +	LAMB
♀ 23 meses	07-2017	Fiebre 10 días	L: 3.800→7.300 Hb: 8,1→9,2 Plaq: 86.000→332.000 PCR: 10.27→0.14	Serología +	LAMB

L (leucocitos/mm³), Hb (hemoglobina: g/dL), Plaq (Plaquetas/mm³), AMO (aspirado médula ósea), LAMB (anfotericina B liposomal)

El diagnóstico se realiza por técnicas invasivas y no invasivas. Dentro de las primeras destaca el aspirado de médula ósea que permite la visualización de los amastigotes y el cultivo de la muestra en medio Novy-McNeal-Nicolle; evitando la realización de punción esplénica de alto riesgo. En cuanto a las no invasivas, se ha extendido el uso de la serología (IF y ELISA) y PCR en los países desarrollados, evitando así en casos de alta sospecha diagnóstica la necesidad de realizar aspirado de médula ósea⁽⁵⁾.

Las medidas de prevención de la Leishmaniasis se basan en primer lugar en el control del reservorio, principalmente el perro. Posteriormente, vigilancia y control del vector Phlebotomo, con mosquiteras e insecticidas.

El tratamiento de elección en España es anfotericina B Liposomal en pautas cortas. La dosificación difiere en adultos y niños. En pediatría la dosis es de 4mg/kg/día durante 5 consecutivos y una sexta dosis el décimo día^(5,6). Sin tratamiento la mortalidad alcanza un 90%, mientras que con tratamiento correcto la tasa de curación es mayor al 98%.

CONCLUSIONES

La etiología más frecuente de FOD en pediatría es la infecciosa. Se debe sospechar Leishmaniasis en un paciente que acude por FOD, hepatoesplenomegalia y que en la analítica se objetiva pancitopenia sin células atípicas. La incidencia de Leishmaniasis visceral se mantiene estable en una zona endémica como es España. Su diagnóstico en

caso de clínica sugestiva se puede realizar con métodos no invasivos como es la serología. El tratamiento más seguro y eficaz es la anfotericina B liposomal en pautas cortas.

BIBLIOGRAFÍA

- Pérez F, Montilla M, Muñoz F. Brote de Leishmaniasis en la Comunidad Autónoma de Madrid. Importancia de las medidas de prevención. *Enfermería global* 2016; 41: 361-374
- Suárez B, Isidoro B, Santos S et al. Situación epidemiológica y de los factores de riesgo de transmisión de Leishmania infantum en España. *Rev Esp Salud Pública* 2012; 86: 555-564.
- Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Leishmaniasis. Datos históricos. Disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Profesionales/13_SaludPublica/18_Vigilancia_Epidemiologica/LEISHMANIASIS_2017.pdf
- Peter C. Melby. Leishmaniasis. En: Behrman RE, Kliegman R, Jenson H. Nelson. Tratado de Pediatría. Volumen I. 19 Edición. Barcelona: Elsevier; 2013. p. 1241-1244.
- Prieto LM, La Orden E, Guillén S. Diagnóstico y tratamiento de la Leishmaniasis visceral infantil. *An Pediatr* 2010; 72(5):347-351.
- Balasegaram M, Ritmeijer K, Lima MA. Liposomal amphotericin B as a treatment for human leishmaniasis. *Expert Opin. Emerging Drugs* 2012; 17(4): 493-510.