

Leishmaniosis visceral: el terror volador

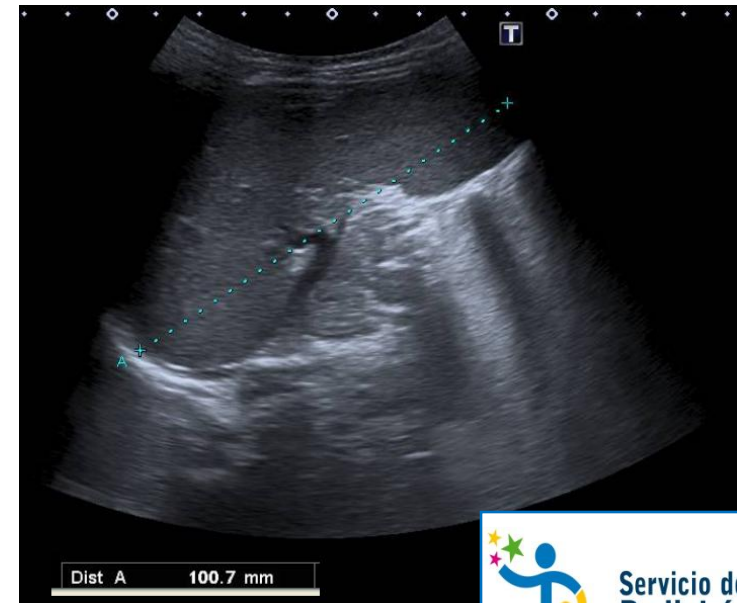
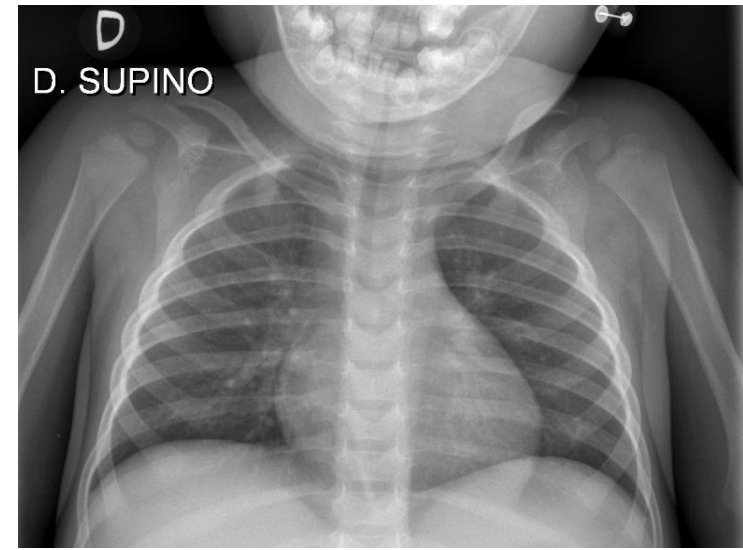


Carlos Cano Gaspar (Rotatorio Pediatría)
Tutora: Dra. M^a Carmen Vicent (Lactantes)

- Motivo de ingreso: fiebre de origen desconocido
- **Anamnesis:** Niña de 17 meses que acude a Urgencias por **fiebre** (hasta 40°) de **12 días de evolución**, que no remite tras 5 días con tratamiento antibiótico (amoxicilina-clavulánico) y antitérmico (ibuprofeno)
- **AP:** Ingresada por episodio de taquipnea transitoria de RN de 24h evolución No RAMc. No sigue ningún tratamiento actualmente. Vacunación actualizada
- **EF:** T^a 38,6°C, **esplenomegalia y hepatomegalia** palpables. No adenopatías
Resto normalidad



- **Analítica sangre:** PCR **8,68** mg/dL
Leucocitos **5,20** $\times 10^3$ /L Hb **7,00** g/dL Plaquetas **102** $\times 10^3$ /L FERRITINA * 244 (<500)
TRIGLICERIDOS * 262 mg/dL
- **Frotis sangre periférica:**
pancitopenia, anisocitosis, hipocromía
- **Mantoux:** negativo a las 48h
- **Hemocultivo:** negativo
- **Serología:** CMV (IgM) y Ac (IFI)
Leishmania POSITIVOS
- **Rx tórax:** anodina
- **Eco abdominal:** bazo aumentado de tamaño (11cm eje mayor) e hígado aumentado de tamaño



Sospecha Dx

- Anamnesis
- Exploración física

Confirmación Dx

- Pruebas complementarias

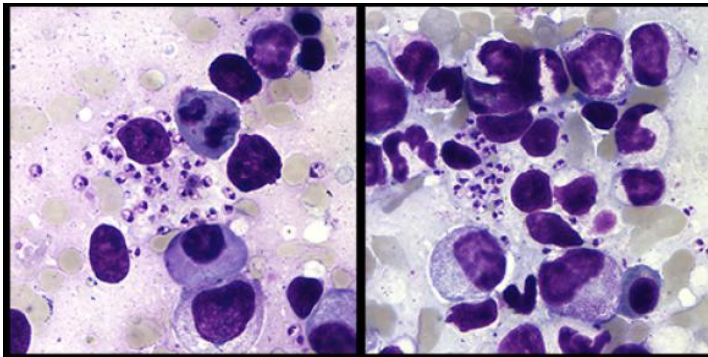
Tratamiento

Evolución

Revisión bibliográfica

Referencias

- Dx definitivo:
Amastigotes en AMO (-)
Promastigotes en cultivo (-)
PCR Leishmania en MO (demora)



- Nuestro caso:
Clínica compatible
+
Analítica
+
Epidemiología
+
Serología

	A favor	En contra
Mononucleosis infecciosa	Fiebre, esplenomegalia, hepatomegalia	No linfadenopatías palpables ni radiológicas. No faringitis ni sudoración. No presenta linfocitosis ni vómitos.
Leishmaniosis visceral	Fiebre alta de 12 días de evolución, malestar general, hepatomegalia y esplenomegalia, pancitopenia	AMO no establece Dx definitivo
Linfoma	Hepatomegalia, esplenomegalia, citopenia, fiebre.	No presenta linfadenopatías palpables, sudoración ni pérdida de peso. Dx histopatológico
Malaria	Fiebre y esplenomegalia	Fiebre aguda/subaguda, no ha viajado al extranjero, Dx por frotis sangre periférica
Tuberculosis	Hepatomegalia, esplenomegalia	No contacto con paciente bacilífero No presenta inmunosupresión Dx por cultivo en medio específico
Histoplasmosis	Fiebre, fatiga, hepatoesplenomegalia y pancitopenia	Paciente no inmunodeprimido, Dx serológico, cultivo o biopsia
Enfermedad de Chagas (tripanosomiasis)	Fiebre, hepatoesplenomegalia	No ha viajado a países tropicales. No ha presentado fase aguda. No linfadenopatías. No síndrome constitutivo ni miocarditis.
Esquistosomiasis (fiebre de Katayama)	Fiebre, hepatoesplenomegalia y fatiga	No presenta eosinofilia, tos, diarrea, dolor abdominal
Absceso hepático	Fiebre y molestias de semanas en hipocondrio derecho	Dx radiológico

Sospecha Dx

- Anamnesis
- Exploración física

Confirmación Dx

- Pruebas complementarias

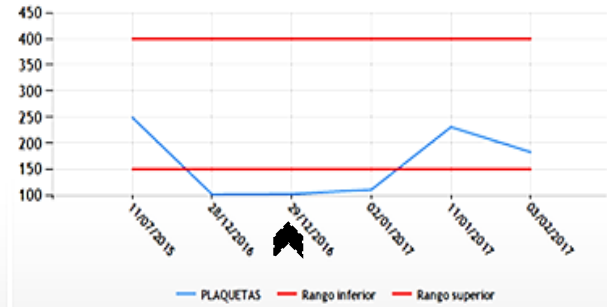
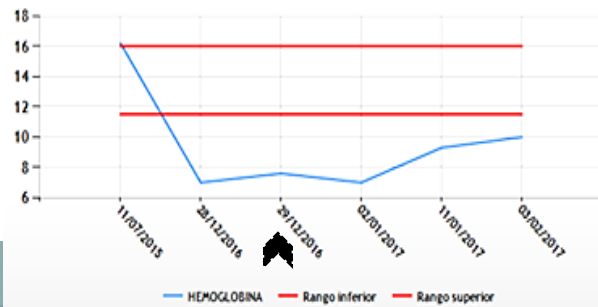
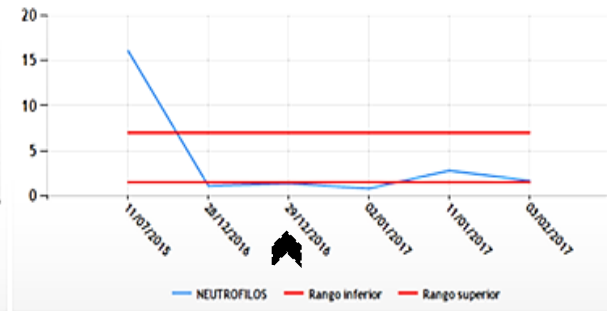
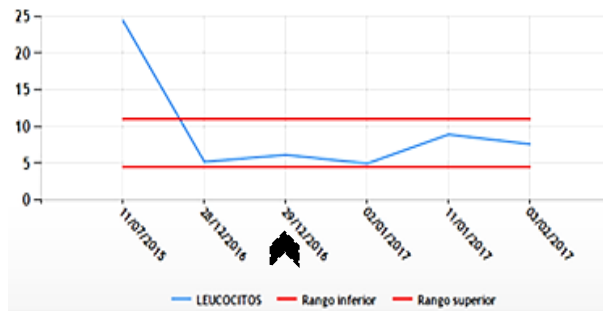
Tratamiento

Evolución

Revisión bibliográfica

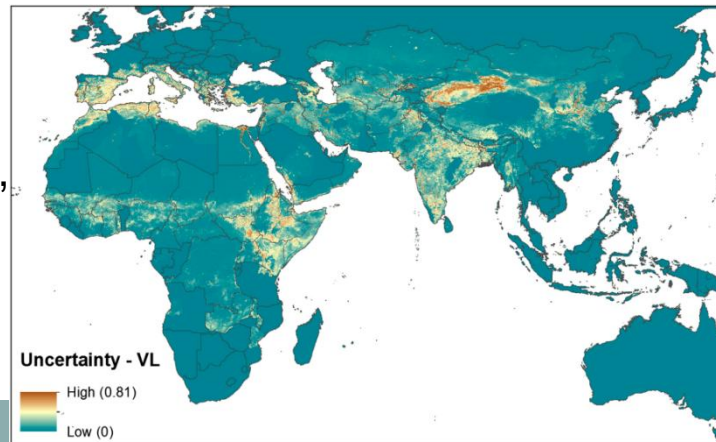
Referencias

- Se inicia tratamiento con **Anfotericina B Liposomal IV (AmBisome)** 3mg/kg/día durante 5 días y otra dosis al día 10
- Se une a los precursores de ergosterol del parásito tales como lanosterol, causando la ruptura de la membrana.
- LV en ausencia de tratamiento tiene **>95% mortalidad (OMS)**
- La inmediata respuesta clínica a la Anfotericina B liposomal también aumenta la probabilidad de acertar el diagnóstico, pese a no tener la confirmación por AMO hasta varios días después de iniciado el tratamiento.
- **Afebril a las 48 horas del tratamiento**



Epidemiología

- La incidencia de **leishmaniasis canina** en España es heterogénea, con seroprevalencias menores en el norte (1,6%) y mayores en el sur (34,6%)
- En humanos, existen tres formas clínicas: leishmaniasis visceral o Kala-Azar (+ grave), la mucocutánea y la cutánea (+frec.)
- A nivel mundial, se estima que hay unos **14 millones** de personas afectadas, incidencia estimada de **1 millón casos nuevos** anual (OMS)
- En los últimos años se ha detectado un importante **brote de leishmaniasis** humana en municipios de la Comunidad de Madrid (más de 400, desde que comenzó a mediados del 2009) y un nuevo reservorio encontrado (la liebre)
- Según la información del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), en España hubo durante 2000-10, un total de **6.220 hospitalizaciones** con diagnóstico de leishmaniasis.
- FdeR: condiciones socioeconómicas (hacinamiento), VIH, malnutrición, migración, cambio climático.



Complicaciones: síndrome hemofagocítico

- Complicación rara, pero potencialmente letal de LV
 - Clínica: fiebre, hepatoesplenomegalia, citopenias y hemofagocitosis
 - Defecto en la activación de linfocitos T y macrófagos que producen citocinas proinflamatorias, las que desencadenan una inflamación sistémica y FMO.
 - La hemofagocitosis consiste en que los macrófagos fagocitan hematíes intactos en hígado, bazo, médula ósea o LCR.
1. SHF primario o familiar (- frecuente)
 2. SHF secundario o reactivo, relacionado con diferentes enfermedades: infecciosas, post-trasplante, enfermedad maligna o reumatológica.

Estrategias de prevención y control (OMS)

- ✓ Detección precoz y tratamiento
 - ✓ Control de vectores
 - ✓ Vigilancia epidemiológica
- ✓ Control de reservorios animales
 - ✓ Intervenciones comunitarias

Cuadro 2. Criterios diagnósticos de linfohistiocitosis hemofagocítica

1. Enfermedad familiar-defecto genético conocido
2. Criterios clínicos y de laboratorio (cinco de ocho criterios)
 - Fiebre
 - Esplenomegalia
 - Citopenia en dos o más líneas celulares
 - Hemoglobina <9 mg/dL
 - Neutrófilos <1,000 células
 - Hipertrigliceridemia, hipofibrinogenemia o ambas
 - Triglicéridos
 - Fibrinógeno
 - Ferritina ≥ 500 mcg/L
 - CD 25 soluble $\geq 2,400$ U/mL
 - Actividad disminuida o ausente de células NK
 - Hemofagocitos en médula ósea, frotis de sangre periférica o linfonodos

- 1) Caryn Bern, MD. Visceral leishmaniasis: epidemiology, clinical manifestations, diagnosis and treatment. Portal UpToDate [en línea] [fecha de consulta: 15-02-2017]. Disponible en: https://www.uptodate.com/publicaciones.umh.es/contents/visceralleishmaniasistreatment/print?source=related_link
- 2) Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Cap 6 Fiebre y esplenomegalia. En: Infectología básica pediátrica, manejo práctico. España: Ed Médica Panamericana; 2012. p 51-59
- 3) Riera C, Napp S, Manzanares S. Epidemiología de la leishmaniasis humana en la ciudad de Barcelona (1997-2014). Rev Enf Emerg. 2016;15:68-76
- 4) Hernández-Torres A, García-Vázquez E, Bravo-Urbieta J, Bernal-Morell E, et al. La leishmaniasis visceral en la región de Murcia: estudio multicéntrico 1997-2013. Infectio. 2015;19:24-30
- 5) Roth-Damas P, Sempere-Manuel M, Mialaret-Lahiguera A, Fernández-García C, Gil-Tomás JJ, Colomina-Rodríguez J, et al. Brote comunitario de leishmaniasis cutánea en la comarca de La Ribera: a propósito de las medidas de Salud Pública. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2016 May 25. pii: S0213-005X(16)30101-X. doi: 10.1016
- 6) Clavijo A, Moral L, Gavilán C, Squittieri C, Ramos JM, et al. Hemophagocytic lymphohistiocytosis in children with visceral leishmaniasis. Ped Infec Dis Journal. 2016; 35: 713-4.