

Cartas al Director

Leishmaniasis visceral diagnosticada por biopsia duodenal

Palabras clave: Biopsia duodenal. Leishmaniasis. VIH. Endoscopia.

Key words: Duodenal biopsy. Leishmaniasis. HIV. Endoscopy.

Sr. Director:

La leishmaniasis visceral es una zoonosis causada por especies de *Leishmania*, un protozoo flagelado, que se transmite al hombre desde un reservorio animal, usualmente a través de la picadura de un díptero *Phlebotomus* y que afecta fundamentalmente al sistema mononuclear fagocítico de la medula ósea, hígado y bazo. En nuestro medio la forma más común es la llamada leishmaniasis visceral (LV) que afecta habitualmente a individuos con algún tipo de inmunodeficiencia celular (1).

Presentamos el caso de un paciente con infección por VIH cuyo diagnóstico de LV se realizó mediante el estudio de una biopsia duodenal que se tomó en el contexto de alteraciones morfológicas a este nivel.

Caso clínico

Varón de 33 años adicto a drogas por vía parenteral, diagnosticado de infección por VIH 10 años antes y que había dejado el tratamiento antirretroviral hacía cuatro meses. Ingresa por odinofagia con dudosa disfagia, pérdida de peso importante y diarrea de 3 deposiciones/día de heces líquidas.

En la exploración destacaba una importante desnutrición con muguet orofaríngeo. Hepatomegalia de 5 cm a expensas lóbulo hepático derecho sin esplenomegalia.

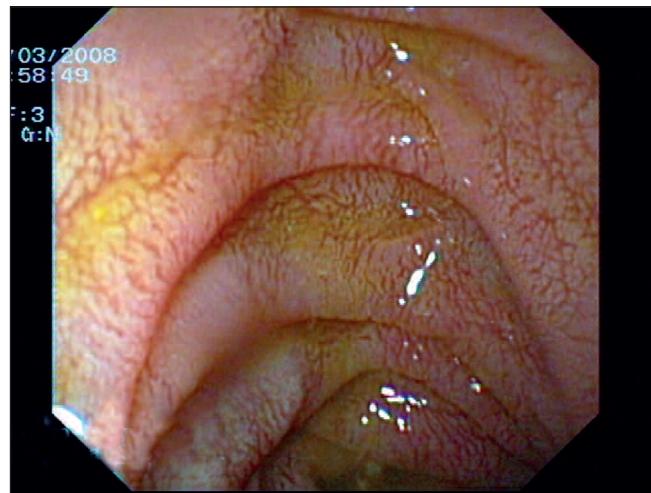


Fig. 1. Mucosa duodenal con aspecto veloso, blanquecino y cuarteado.

En la analítica presentaba 6.830 leucocitos con 7,2% linfocitos y 86,7% neutrófilos. CD4 10 cel/ μ l. Se le realizó una esofagogastroduodenoscopia que demostró a nivel de segunda porción de duodeno una mucosa con aspecto veloso, blanquecino, irregular por lo que se tomaron biopsias (Fig. 1). El resto de la endoscopia oral no presentó alteraciones. El estudio histológico demostró la presencia de *Leishmania amastigotes* en el interior de histiocitos.

Se inició tratamiento con amfotericina B mejorando y dado de alta. El paciente no acudió a las sucesivas revisiones.

Discusión

La LV es endémica en los países del sur de Europa como España, donde se presenta hasta en el 10% de los pacientes infectados por VIH, sobre todo en los adictos a drogas por vía parenteral y con valores inferiores a 200/ μ l de linfocitos CD4. La

enfermedad diseminada ocurre cuando la cuenta es menor de 50 cels/ μ l (2).

Los pacientes con LV y HIV presentan una clínica similar a los casos clásicos no inmunodeprimidos pero a menudo tienen hallazgos inusuales como una extensa afectación gastrointestinal con parásitos en la mucosa rectal, yeyunal, duodenal, gástrica y esofágica, lo que provoca síntomas tales como disfagia, odinofagia, diarrea severa acuosa, hemorragia intestinal y dolor rectal (3).

La afectación duodenal es la más frecuente hasta el 90% de los casos. El diagnóstico de la LV entérica es histológico al identificar el parásito en el interior de los macrófagos de la lámina propia intestinal (4), sin que hasta el momento se haya definido una imagen endoscópica característica de la invasión. Se han descrito imágenes similares a una gastroduodenitis o la de una úlcera péptica, en empedrado-nodular, pero en el 50% de los casos la visión endoscópica es normal y el diagnóstico se establece mediante la toma de biopsias (5). En nuestro paciente, la mucosa duodenal presentaba un aspecto veloso, blanquecino e irregular que nos hizo sospechar la presencia de alguna alteración.

La leishmania en las secciones histológicas de los tejidos biopsiados aparece como parásitos intracelulares, redondeados u ovales que tiene 2 a 3 μ m de diámetro. Pueden teñirse con Giemsa, Wrigth o hematoxilina y eosina (1).

La LV que se presenta en inmunodeprimidos suele ser resistente a los tratamientos convencionales y tener un curso recidivante (2,3).

El diagnóstico de LV debe tenerse presente en todo paciente infectado por el VIH. La biopsia duodenal debe realizarse tanto si la mucosa es normal o anómala ya que puede aportarnos el diagnóstico cuando los síntomas son inespecíficos.

L. del Olmo Martínez, R. Aller de la Fuente, B. Velayos Jiménez, L. Fernández Salazar y J. M. González Hernández

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario. Valladolid

Bibliografía

1. Wilson ME, Streit JA. Visceral leishmaniasis. *Gastroenterol Clin North Am* 1996; 25: 535-51.
2. Fernández-Guerrero ML, Robles P, Rivas P, et al. Visceral leishmaniasis in immunocompromised patients with and without AIDS: a comparison of clinical features and prognosis. *Acta Trop* 2004; 90: 11-6.
3. Laguna F, García-Samaniego J, Soriano V, et al. Gastrointestinal leishmaniasis in human immunodeficiency virus-infected patients: report of five cases and review. *Clin Infect Dis* 1994; 19: 48-53.
4. Torres Gómez FJ, Torres Olivera FJ, García Escudero A. Diagnóstico inicial de Leishmaniasis en una biopsia endoscópica digestiva. A propósito de 2 casos. *Gastroenterol Hepatol* 2006; 29: 654.
5. Alonso MJ, Muñoz E, Picazo A, et al. Duodenal leishmaniasis diagnosed by biopsy in two HIV-positive patients. *Pathol Res Pract* 1997; 193: 43-7.