

Cartas al Director

Leishmaniasis visceral diagnosticada por enteroscopia de doble balón

Palabras clave: Leishmaniasis. Enteroscopia de doble balón.

Key words: Leishmaniasis. Double balloon enteroscopy.

Sr. Director:

La leishmaniasis es una enfermedad zoonótica causada por diferentes especies de protozoos del género *Leishmania*. El parásito se transmite al humano y a los animales a través de la mordedura de un mosquito perteneciente al género de los *Phlebotomus*. Existen tres formas de presentación, cutánea, mucocutánea y visceral. El responsable de la forma visceral o kala-azar, es *Leishmania Donovanii*. Clínicamente, la leishmaniasis visceral (LV) se caracteriza por fiebre, malestar general y hepato-esplenomegalia con pancitopenia secundaria, y puede ser grave. El diagnóstico definitivo consiste en la detección en cultivos o en tejidos de promastigotes de *Leishmania*.

Caso clínico

Presentamos a un paciente de 37 años, VIH con cifras de $CD4 < 100/mm^3$, que ingresa por fiebre y diarrea. Durante el ingreso continuó con diarrea persistente e importante desnutrición secundaria a la misma a pesar de nutrición parenteral. Además presentó pancitopenia severa, hepatitis colostásica y clínica compatible con insuficiencia suprarrenal por lo que se inició tratamiento sustitutivo. En el estudio de la diarrea se realizaron

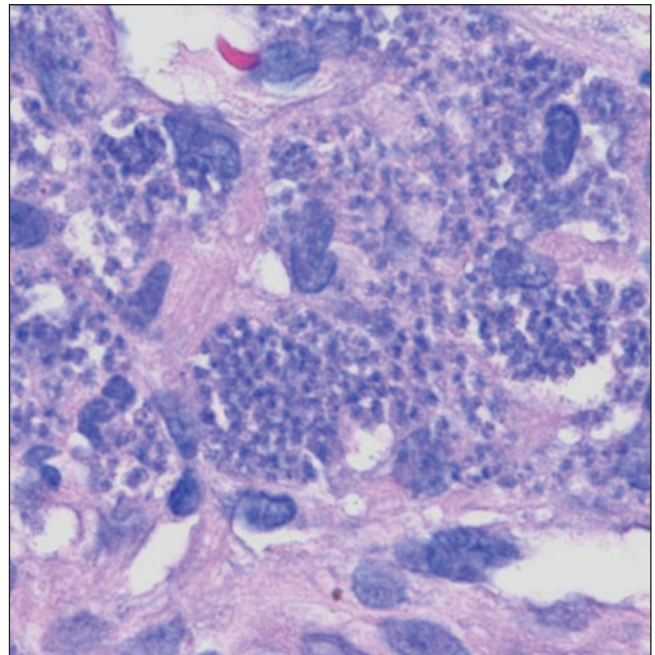


Fig. 1.

análisis de heces que fueron normales, gastroscopia y colonoscopia sin hallazgos, y enteroscopia de doble balón (EDB) vía oral hasta ileon medio sin encontrar lesiones mucosas. Se tomaron biopsias a distintos niveles. Las biopsias tomadas en yeyuno medio e ileon medio y proximal por EDB permitieron establecer el diagnóstico definitivo al objetivar inflamación crónica por *Leishmania* (Fig. 1).

Discusión

La afectación visceral por *Leishmania* aparece en pacientes inmunocomprometidos, principalmente afectados por VIH con

CD4 < 200, y puede afectar a hígado, bazo, médula ósea o tubo digestivo. La afectación de este último es poco frecuente, siendo la localización más habitual el intestino delgado, concretamente el duodeno (1). El cuadro clínico se caracteriza por de diarrea acuosa, malabsorción, hipoalbuminemia y desnutrición. El diagnóstico de la LV entérica es histológico, al identificar al parásito en el interior de los macrófagos de la lámina propia intestinal, sin que hasta el momento se haya definido una imagen endoscópica característica de esta invasión. Se han descrito imágenes similares a una gastroduodenitis o a la de una úlcera péptica, pero en el 50% de los casos la visión endoscópica es normal, y el diagnóstico se establece mediante la toma de biopsias (2). Varios casos de afectación duodenal por *Leishmania* han sido comunicados en los últimos años (3-5). También se ha descrito afección gástrica en forma de epigastralgia y hemorragia digestiva alta, e incluso esofágica, que se manifiesta por disfagia y odinofagia (6,7), pero no hemos encontrado ningún caso publicado en el que la enteroscopia de doble balón haya permitido determinar el diagnóstico definitivo mediante biopsias de yeyuno-íleon.

Ante clínica sugestiva de LV con afectación intestinal y la negatividad de los estudios convencionales, se debería plantear la realización de una EDB en busca de afectación visceral en yeyuno-íleon, zonas no accesibles a la endoscopia convencional, ya que es fundamental el tratamiento adecuado precoz tras la confirmación diagnóstica de LV de estos pacientes, que puede ser grave.

Rosa Gómez Espín, Eliana Fuentes, María Isabel López Espín, Paloma Bebia, Pilar Esteban, Silvia Chacón, José Luis Rodrigo, Antonio López Higuera y Enrique Pérez-Cuadrado

*Servicio de Aparato Digestivo.
Hospital Morales Meseguer. Murcia*

Bibliografía

1. Masedo González A, Barbero Allende JM, Pérez-Carreras M, Garrido M, Lizasoain M, Solís Herruzo JA. Leishmaniasis intestinal y síndrome de Sézary: diagnóstico endoscópico. *Gastroenterol Hepatol* 2006;29(9):546-50.
2. Laguna F, García-Samaniego J, Soriano V, Valencia E, Redondo C, Alonso MJ, et al. Gastrointestinal leishmaniasis in human immunodeficiency virus-infected patients: report of five cases and review. *Clin Infect Dis* 1994;19:48-53.
3. Del Olmo Martínez L, Aller de la Fuente R, Velayos Jiménez B, Fernández Salazar L, González Hernández JM. Visceral leishmaniasis diagnosed by duodenal biopsy. *Rev Esp Enferm Dig* 2009;101(6):439-40.
4. Egea Valenzuela J, Baños Madrid R, Rodrigo Agudo JL, Galera Peñaranda C, Torroba A, Molina Martínez J, et al. Duodenal leishmaniasis in a HIV patient. *Rev Esp Enferm Dig* 2009;101(1):60-2.
5. Ellul P, Piscopo T, Vassallo M. Visceral leishmaniasis diagnosed on duodenal biopsy. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5(7):A26.
6. Wilson ME, Streit JA. Visceral leishmaniasis. *Gastroenterol. Clin North Am* 1996;25:535-51.
7. Villanueva JL, Torre-Cisneros J, Jurado R, et al. Leishmania esophagitis in an AIDS patient: an unusual form of visceral leishmaniasis. *Am J Gastroenterol* 1994;89:273-5.