

NOTAS CLÍNICAS

Leishmaniasis con afectación colónica en paciente VIH: a propósito de un caso

Estela Soria López¹, Julián Olalla Sierra², Alfonso del Arco Jiménez², Teresa Pereda Salguero³, Cristina Abitei³ y Javier de la Torre-Lima²

Servicios de ¹Digestivo, ²Medicina Interna y ³Anatomía Patológica. Hospital Costa del Sol, Marbella. Málaga

RESUMEN

Introducción: describir un cuadro poco habitual como es la leishmaniasis visceral con afectación colónica.

Caso clínico: presentamos el caso de un paciente VIH positivo con leishmaniasis visceral. Se describe el caso clínico, con los procedimientos realizados, el tratamiento y su evolución. Se adjunta tabla comparativa de los casos publicados de leishmaniasis con afectación de colon.

Discusión: la afectación intestinal en la leishmaniasis visceral es un proceso infrecuente, que debe incluirse en el diagnóstico diferencial en todo paciente inmunodeprimido con clínica de diarrea y que requiere un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado, del que depende el pronóstico del paciente.

Palabras clave: Leishmaniasis visceral. Afectación colónica. VIH.

INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis es una enfermedad del sistema fagocítico mononuclear, producida por el parásito de la especie *Leishmania* y transmitida a través de la picadura de la mosca del género *Phlebotomus*, que es endémica en varias regiones del mundo, incluyendo el área mediterránea. En nuestro medio, la forma clínica más común es la leishmaniasis visceral, que suele cursar con la triada clínica de fiebre, pancitopenia y hepatoesplenomegalia (1).

La leishmaniasis visceral es más frecuente en sujetos con algún tipo de inmunodeficiencia celular, como demuestran los casos reportados en la literatura. Está demostrado que la infección VIH es un factor de riesgo asociado con la leishmaniasis visceral (2), siendo la coinfección VIH-*Leishmania* una enfermedad emergente.

La afectación colónica por *Leishmania* es infrecuente, habiéndose descrito escasos casos en la literatura (Tabla I). Presentamos el caso de un paciente con infección VIH y colitis por *Leishmania*.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente varón de 49 años, que ingresa en octubre de 2014 por cuadro de dolor abdominal y diarrea. Antecedentes personales de infección VIH estadio C3 diagnosticado en 2005 e infección crónica por VHC con datos ecográficos de hipertensión portal. Fumador severo hasta la actualidad y bebedor de 100 gr diarios de alcohol hasta 2013. En tratamiento con los antirretrovirales lamivudina-abacavir-lopinavir-ritonavir (3TC + ABC + LPV + RTV), con mal cumplimiento.

En los días previos al ingreso presenta dolor abdominal tipo cólico acompañado de 7-8 deposiciones diarreas diarias, sin productos patológicos, con fiebre termometrada de hasta 38 °C y deterioro del estado general.

En la exploración física presentaba regular estado general, destacando una lesión hiperpigmentada extensa a nivel de tronco en forma de placas confluentes, junto con lesiones tipo forúnculos con centro blanco en ambas manos, hepatomegalia de 6 cm y moderada esplenomegalia.

En la analítica únicamente destacaba Hb 11.4 g/dl, 3.000/μl leucocitos y 92.000/μl plaquetas, GGT 119 U/L, FA 122 U/L, PCR 24.2 mg/L. En la ecografía abdominal se informó la existencia de hepatoesplenomegalia, esteatosis hepática y adenopatías perihiliares hepáticas.

Ante el estado clínico del paciente este es ingresado, iniciando tratamiento con sueroterapia, dieta absoluta y reiniciándose tratamiento antirretroviral con tenofovir-emtricitabina-raltegravir (TDF-FTC-RAL). En nueva analítica destacaba CD4 44 células/mm³ y carga viral VIH 80.000 copias/mL, sin resistencia a antirretrovirales. Carga viral CMV negativo. Coprocultivo y parásitos en heces negativos, con toxina de *Clostridium difficile* negativa. Urocultivo y hemocultivo negativos. El paciente desarrolló insuficiencia renal aguda por tenofovir, por lo que se cambió este por abacavir, con buena evolución.

Recibido: 13-10-2015
Aceptado: 23-11-2015

Correspondencia: Estela Soria López. Servicio de Digestivo. Hospital Costa del Sol. Autovía A-7, km 187. 29603 Marbella, Málaga
e-mail: estelasoria89@gmail.com

Soria López E, Olalla Sierra J, del Arco Jiménez A, Pereda Salguero T, Abitei C, de la Torre-Lima J. Leishmaniasis con afectación colónica en paciente VIH: a propósito de un caso. Rev Esp Enferm Dig 2016;108(12):838-840.

DOI: 10.17235/reed.2016.4038/2015

Tabla I. Casos publicados leishmaniasis visceral con afectación colónica

Caso	Referencia	Edad	Estado inmune	Síntoma principal	Zona afectada	Tratamiento	Resultado
1	Vargas AM, et al. (7)	61	Inmunodeprimido: tacrólimus y prednisona por Tx hepático	Diarrea Astenia	Colon	Anfotericina B liposomal 5 mg/kg/d 5 días	-
2	Jimeno A, et al. (8)	71	Inmunodeprimida: azatioprina por rectosigmoiditis ulcerosa	Síndrome constitucional Fiebre	Colon	Anfotericina B liposomal 3 mg/kg/d Días 1-5, 10, 17, 24,31	Buena respuesta
3	Jawhar NM (4)	27	VIH+	Diarrea crónica	Duodeno Colon	Gluconato de antimonio sódico	No seguimiento
4	Araujo SA, et al. (9)	17	Inmunodeprimido: tacrólimus y prednisona por Tx hepático	Diarrea crónica Pérdida de peso	Íleon terminal Colon	Anfotericina B Desoxicolato (deterioro función renal) Anfotericina liposomal 3 mg/kg/d 7 días	Buena respuesta
5	Hicks L, et al. (10)	24	Inmunocompetente	Diarrea crónica Pérdida de peso	ID Colon Recto	Anfotericina liposomal 3 mg/kg/d Días 1-5, 10,21	Buena respuesta
6	Baba CS, et al. (6)	35	Inmunocompetente	Diarrea crónica	Colon	Anfotericina B Desoxicolato 50 mg/d 20 días	Buena respuesta
7	Marcas A, et al. (11)	-	VIH+	-	Colon	-	-
8	Sebastián JJ, et al. (12)	23	VIH+	Diarrea crónica	Colon	Anfotericina B	Mala respuesta (no más datos)
9	Lemaistre AI, et al. (13)	-	VIH+	-	Colon	-	-
10	Diego J, et al. (14)	-	VIH+	-	ID Colon	-	-
11	Duval JL, et al. (15)	-	VIH+	-	Colon	-	-

ID: intestino delgado; Tx: trasplante; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

La TC toracoabdominopélvica informó de hepatoesplenomegalia homogénea con bazo de 18 cm y pequeñas adenopatías a nivel torácico y abdominal. La broncoscopia informó de signos inflamatorios difusos de predominio en árbol bronquial izquierdo con ausencia de células neoplásicas en broncoaspirado y BAAR negativo. La colonoscopia hasta ciego no revelaba lesiones y se tomaron varias biopsias al azar a nivel de íleon, ciego y colon, cuyo informe anatomopatológico refiere mucosa de íleon y de intestino grueso con numerosos microorganismos intracelulares en citoplasma de histiocitos en lámina propia, que corresponden a *Leishmania*, sin que se identifiquen granulomas (Fig. 1). Se realizó biopsia cutánea de tronco y dorso de manos, con resultado de leishmaniasis.

Ante estos hallazgos, compatibles con leishmaniasis visceral y cutánea, se inicia tratamiento con anfotericina B liposomal en dosis de 5 mg/kg/día durante 5 días, des-

apareciendo el cuadro diarreico y la fiebre y con buena tolerancia oral. Posteriormente, en Hospital de Día ha seguido la fase de consolidación del tratamiento, recibiendo 200 mg IV en los días 10, 17, 24, 31 y 38, con buena respuesta clínica y analítica hasta el momento actual.

DISCUSIÓN

La mayoría de los casos de *Leishmania* en pacientes VIH positivo aparecen en estadios avanzados de enfermedad, con menos de 200 linfocitos/mm³ CD4 (3). La organomegalia, que es una manifestación clínica frecuente en inmunocompetentes, está normalmente ausente en pacientes VIH positivo. Las citopenias son más frecuentes en pacientes inmunodeprimidos, así como una mayor tasa de

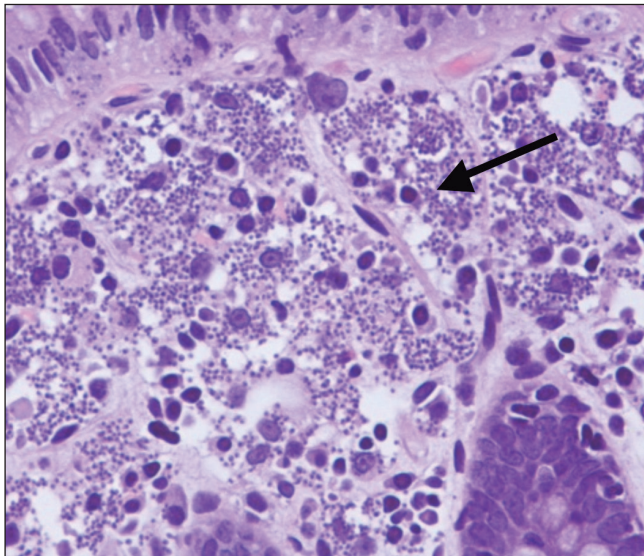


Fig. 1. Mucosa de colon con ocupación de la lámina propia por numerosos histiocitos que contienen abundantes amastigotes intracelulares de *Leishmania*, redondos y uniformes (tinción de hematoxilina-eosina).

serología negativa y mayor recaída de la enfermedad tras la terapia contra *Leishmania* (3,4).

Las localizaciones atípicas de la enfermedad visceral son más frecuentes en pacientes VIH, sobre todo con $CD4 < 50 \text{ cel/mm}^3$, e inmunodeprimidos (5), pudiendo verse afectado en este caso cualquier sitio del organismo, como puede ser el tracto gastrointestinal, el peritoneo, los pulmones, el espacio pleural o la piel (2).

La *Leishmania* puede invadir cualquier parte del tracto digestivo de manera asintomática o puede manifestarse con síntomas esofágicos, epigastralgia, diarrea o molestias rectales, teniendo en cuenta que a veces estos síntomas son producidos por otras infecciones simultáneas como pueden ser CMV o *Candida* (1). La afectación del duodeno es la más reportada en la literatura en cuanto al tracto digestivo (4). La afectación del colon es infrecuente; adjuntamos revisión de los casos publicados en la literatura (Tabla I), predominando en ellos la clínica de diarrea.

La afectación intestinal y consecuente malabsorción producida en la leishmaniasis visceral es más frecuente en pacientes coinfectados, siendo aún desconocido el mecanismo exacto por el que se produce la malabsorción, aunque se sabe que se trata de un mecanismo multifactorial (6).

El examen endoscópico de estos pacientes se suele llevar a cabo por la epigastralgia y diarrea. Los resultados son

variables, pero suelen ser inespecíficos, con cambios inflamatorios leves, mucosa atrófica o, en más de la mitad de los casos, sin alteraciones macroscópicas, como en nuestro caso, siendo el análisis de las biopsias el que define el diagnóstico (4).

En conclusión, debemos tener presente la posibilidad de infección por *Leishmania* en todo paciente inmunodeprimido, especialmente VIH+, con clínica de diarrea, sobre todo si además presenta lesiones cutáneas y citopenias, como sucedió en nuestro caso. Así mismo, el patólogo debe tener en cuenta la posibilidad de presencia del parásito ante toda muestra colónica de paciente inmunodeprimido.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvar J, Cañabate C, Gutiérrez-Solar B, et al. Leishmania and human immunodeficiency virus coinfection: The first 10 years. *Clin Microbiol Rev* 1997;10:298-319.
- Pintado V, Martín-Rabadán, Rivera ML, et al. Visceral leishmaniasis in human immunodeficiency virus (HIV)-infected and non-HIV infected patients. A comparative study. *Medicine (Baltimore)* 2001;80:54-73. DOI: 10.1097/00005792-200101000-00006
- Alvar J, Aparicio P, Aseffa A, et al. The relationship between leishmaniasis and AIDS: The second 10 years. *Clin Microbiol Rev* 2008; 21:334. DOI: 10.1128/CMR.00061-07
- Jawhar NM. Visceral leishmaniasis with an unusual presentation in an HIV positive patient. *Sultan Qaboos Univ Med J* 2011;11:269-72.
- Rosenthal E, Marty P, Del Giudice P, et al. HIV and Leishmania coinfection: A review of 91 cases with focus on atypical locations of leishmaniasis. *Clin Infect Dis* 2000;31:1093-5. DOI: 10.1086/318135
- Baba CS, Makharia GK, Mathur P, et al. Chronic diarrhea and malabsorption caused by *Leishmania donovani*. *Indian J Gastroenterol* 2006;25:309-10.
- Vargas AM, Belchí E, Martínez A, et al. Diarrhea due to visceral leishmaniasis in a liver transplant recipient. *Gastroenterol Hepatol* 2013; 36:271-3.
- Jimeno A, Morales E, Peñalver E, et al. Leishmaniasis visceral diagnosticada a partir de una biopsia colónica. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2012;30:353-54. DOI: 10.1016/j.eimc.2012.01.017
- Araujo SA, Nascentes TC, Demas MM. Colonic leishmaniasis followed by liver transplantation. *Am J Trop Med Hyg* 2010;83:209. DOI: 10.4269/ajtmh.2010.09-0430
- Hicks L, Kant P, Tay PH, et al. Visceral leishmaniasis presenting with intestinal failure: A case report and literature review. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2009;21:117-22. DOI: 10.1097/MEG.0b013e32830e6fdb
- Marcas A, Pedrol E, Llargués E, et al. Colon involvement as a form of presentation of visceral leishmaniasis in an AIDS patient. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1999;17:102-3.
- Sebastián JJ, García S, Soria MT, et al. Visceral leishmaniasis diagnosed by colonoscopy. *J Clin Gastroenterol* 1997;25:691-2. DOI: 10.1097/00004836-199712000-00029
- Lemaistre AI, Chapel F, Cié P, et al. Unusual vascular lesions in the course of a colonic leishmaniasis in an HIV positive patient. *Ann Pathol* 1997;17:200-2.
- Diego J, Omar M, Jiménez-Alonso J, et al. Visceral leishmaniasis with small intestine and colon involvement in a patient with HIV infection. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1995;13:377-8.
- Duval JL, Jaubert D, Poizot-Martin I, et al. Colonic leishmaniasis in AIDS. *Ann Med Interne (Paris)* 1994;145:198-9.