

Cartas al Director

Abdomen agudo en paciente VIH por *Leishmaniasis* visceral

Palabras clave: Coinfección VIH *Leishmania*. *Leishmaniasis*.
Infecciones oportunistas.

Key words: Coinfection HIV *Leishmania*. *Leishmaniasis*.
Opportunistic infections.

Sr. Director:

La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria transmitida por la mordedura del mosquito *Phlebotomus* y causada por diferentes especies del género *Leishmania*. Existen tres formas de aparición: cutánea (causada por *Leishmania Tropica*), mucocutánea (causada por *Leishmania Braziliensis*) y visceral (causada por *Leishmania Donovanii*, *Leishmania Infantum*). Esta última predomina en Europa en el área mediterránea y aparece cada vez con más frecuencia como enfermedad oportunista en pacientes inmunodeprimidos.

Caso clínico

Paciente de 39 años VIH positivo, categoría C3, que consultó en urgencias de nuestro hospital por dolor abdominal. Presentaba adenopatías cervicales bilaterales por infección por *Mycobacterium*, de la cual se encontraba en tratamiento. El dolor abdominal había comenzado ocho horas antes en el epigastrio y posteriormente se localizó en fosa iliaca derecha. La exploración física reveló ligera distensión abdominal con signos de irritación peritoneal. La única alteración encontrada en el análisis de sangre fue una leve leucocitosis ($11,70 \times 10^3/\mu\text{L}$) con neutrofilia (78%). La bilirrubina, amilasa, y enzimas hepáticas eran normales. En la ecografía abdominal se observó la

presencia de hepatomegalia, esplenomegalia y adenopatías peripancreáticas, paraaórticas y celiacas. No se visualizó el apéndice ni líquido libre peritoneal. El paciente fue intervenido con el diagnóstico clínico de apendicitis aguda. En la exploración quirúrgica el apéndice era macroscópicamente normal, no se observaron adenopatías y se realizó una apendicectomía. El postoperatorio inmediato transcurrió sin incidencias y el paciente fue dado de alta 48 horas después. El estudio histopatológico de la pieza demostró la presencia de leishmanias en el apéndice y en dos ganglios del mesoapéndice (Fig. 1). Con este resultado se inició tratamiento médico de la *Leishmaniasis*.

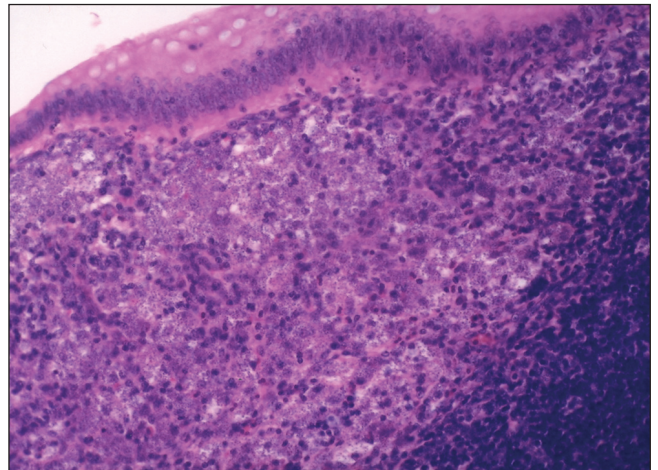


Fig. 1. La lámina propia del apéndice aparece con un intenso infiltrado inflamatorio constituido, mayoritariamente, por macrófagos que contienen en su citoplasma estructuras puntiformes que se identifican como leishmanias (HE 200x). El epitelio, la muscular y la serosa apendicular no presentaban este infiltrado.

Discusión

En pacientes inmunocompetentes la leishmaniasis visceral aparece en áreas endémicas con un curso típico: fiebre, mal es-

tado general, anorexia, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia y pancitopenia por multiplicación de las leishmanias en los macrófagos del sistema reticuloendotelial.

Como enfermedad oportunista en pacientes inmunodeprimidos su historia natural se ve alterada, retrasándose su diagnóstico, empeorando la efectividad del tratamiento médico y aumentando las recidivas. A principios de los años 90 hubo un aumento alarmante de los casos de coinfección VIH-leishmania que cedió a finales de la misma década por la introducción de los nuevos medicamentos antirretrovirales (1). La respuesta defensiva frente a la *Leishmania* requiere la participación de los linfocitos T, principalmente los CD4 tipo Th1, que activan a los macrófagos que inducen la muerte intracelular de los parásitos. En situaciones en que los linfocitos T tienen sus funciones alteradas la leishmaniasis aparece como enfermedad oportunista. Además, la infección por *Leishmania* aumenta la replicación del VIH debido a una activación inmunológica crónica, lo que conduce a un aumento de la mortalidad en el primer mes tras el diagnóstico y a una mayor frecuencia de recaídas. El pronóstico es mejor si los CD4 permanecen por encima de 200 células/mm³ con el tratamiento antirretroviral (2).

Los signos más frecuentes cuando la leishmaniasis se asocia a infección por VIH son esplenomegalia (78%), hepatomegalia (77%) y fiebre (76%) (3). En caso de afectación digestiva se han descrito diarrea, disfagia u odinofagia, dolor epigástrico, hemorragia gastrointestinal y malestar rectal (4). La coinfección *Mycobacterium-Leishmania* en el paciente inmunodeprimido por VIH ha sido descrita en la literatura como una asociación infrecuente que causa síntomas digestivos inespecíficos (5).

En la mayoría de los casos de coinfección leishmaniasis-VIH el diagnóstico se lleva a cabo por detección de amastigotes en aspirado de médula ósea. Pueden resultar de utilidad los aspirados esplénicos, hepáticos o ganglionares cuando los de médula ósea son negativos (3). El diagnóstico por biopsia digestiva endoscópica ha sido descrito como definitivo en casos infrecuentes de leishmaniasis duodenal y yeyunal en pacientes infectados por VIH y, aunque en la endoscopia la mucosa puede mostrar una apariencia normal en el 45% de los casos (6), se han comunicado gastro-duodenitis erosivas, úlceras y lesiones

cólicas. El apéndice y los ganglios linfáticos que se encuentran en el meso apendicular son un lugar muy infrecuente de visualización directa de leishmanias y excepcionalmente, como en este paciente, su examen anatomopatológico permite el diagnóstico definitivo de la enfermedad.

Completar un ciclo de tratamiento médico para la leishmaniasis y la realización de profilaxis secundaria se han descrito como factores protectores de recaída y determinantes independientes de supervivencia en el paciente VIH (2).

I. Pascual, S. Monasterio, E. González-Obeso¹, R. Corripio Sánchez, J. Martínez Alegre y J. P. Pérez-Robledo

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
¹Servicio de Anatomía Patológica.
Hospital Universitario La Paz. Madrid*

Bibliografía

1. Pasquau F, Ena J, Sánchez R, Cuadrado JM, Amador C, Flores J, et al. Leishmaniasis as an opportunistic infection in HIV-infected patients: determinants of relapse and mortality in a collaborative study of 228 episodes in a Mediterranean region. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2005; 24: 411-8.
2. Harms G, Feldmeier H. The impact of HIV infection on tropical diseases. *Infect Dis Clin North Am* 2005; 19 (1): 121-35.
3. Rosenthal E, Marty P, le Fichoux Y, Cassuto JP. Clinical manifestations of visceral leishmaniasis associated with HIV infection: A retrospective study of 91 French cases. *Ann Trop Med Parasitol* 2000; 94 (1): 37-42.
4. 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 (1): 48-53.
5. Wang J, Vanley C, Miyamoto E, Turner JA, Peng SK. Coinfection of visceral leishmaniasis and *Mycobacterium* in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. *Arch Pathol Lab Med* 1999; 123 (9): 835-7.
6. Sánchez LA, Ferrero OL, Baraia-Etxaburu J, Teira R, Sánchez J, Cisterna R, et al. Visceral leishmaniasis with duodenal involvement in an HIV patient. *Rev Esp Enferm Dig* 2001; 93 (11): 740-1.