Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):5

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/276 - AFECTACIÓN HEPÁTICA POR LEISHMANIA. ¿PATOLOGÍA EMERGENTE?

J.M. Madeira Martins[a], F. Leiva-Cepas[b], J. López Moreno[c], J. Cuevas Cruces[a], A. López Matarín[d] e I. López López[a]

[a]Médico Residente. Unidad de Gestión Clínica Fuensanta. Córdoba. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Aeropuerto. Córdoba. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Guadalquivir. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 60 años que acude a urgencias derivado por su MAP por ictericia de tres días de evolución junto con coluria, hipocolia y prurito generalizado asociado a astenia y febrícula vespertina de un mes de evolución. Antecedentes personales: artritis reumatoide seropositiva en seguimiento por Reumatología (tratamiento con metotrexate, leflunomida, deflazacort y ácido fólico); HTA (tratamiento con enalapril), hipercolesterolemia (tratamiento con simvastatina). En seguimiento por Infecciosas por Mantoux positivo que requirió isoniacida finalizado hace 3 meses.

Exploración y pruebas complementarias: Ictericia cutaneomucosa con lesiones de rascado en miembros inferiores sin otros estigmas de hepatopatía, hepatoesplenomegalia y Tª 38 ºC. Sin otros hallazgos. A su llegada a urgencias, se solicita: Rx de tórax y abdomen, ecografía abdominal y analítica de orina y sangre: hemoglobina: 9,6; 3.500 leucocitos; 30.000 plaquetas, bilirrubina total de 14,8 (D: 10,60; I: 4,20); GGT: 250; FA: 265; AST: 130; tp Act: 55%, demás parámetros normales. Se decide ingreso en Digestivo. En el ingreso por la persistencia de fiebre y pancitopenia –se retiró su tratamiento de artritis por sospecha de hepatitis tóxica-, se solicita punción de médula ósea y serología para *Brucella, Chlamydia, Coxiella, Ricketsia; Aspergillus, Toxoplasma*, VVZ; VHS 1 y 2; CMV y *Leishmania*, siendo ésta positiva. Infiltración medular positiva para *Leishmania*. Se inició tratamiento con anfotericina B liposomal.

Juicio clínico: Leishmaniasis visceral (Kala-Azar).

Diagnóstico diferencial: Paludismo, tuberculosis miliar, brucelosis, fiebre tifoidea, hepatitis y procesos linfoproliferativos.

Comentario final: Ante un cuadro de fiebre de origen desconocido en pacientes que se encuentren en tratamiento con fármacos inmunosupresores es fundamental descartar infecciones latentes como TBC y por gérmenes oportunistas. La afectación hepática por parte de la leishmaniasis no es muy frecuente pero se caracteriza por citolisis grave, colestasis, fibrosis hepática e hipertensión portal.

Bibliografía

1. Badaró R, Duarte MIS. Leishmanose visceral (Kalazar). En: Veronesi R, Focçacia R, eds. Tratado de Infectologia. São Paulo: Atheneu, 1997:1234-5.
2. Khaldi F, Bennaceur B, Ben Othman H, Achouri E, Ayachi R, Regaieg R. Les formes sévères d´atteinte hépatique au cours de la leishmaniose viscérale: a propos de 7 cas. Archives Française de Pediatrie. 1990;47:257-60.

Palabras clave: *Hipertransaminemia. Ictericia. Leishmaniasis. Hipertransaminemia. Fiebre.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.