



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 242/2858 - LEISHMANIASIS VISCERAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Berteli Fuentes<sup>a</sup>, J. Ortiz Romero<sup>b</sup> y J. Asencio Borrego<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tomares. Sevilla. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tomares. Sevilla. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Clara Campoamor. Mairena del Aljarafe. Sevilla.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 42 años que acude a consulta por cuadro de astenia y pérdida de peso en el último mes de hasta 5-7 kg, dolor en hipocondrio derecho, sudoración nocturna intensa y fiebre de hasta 39 °C de unas 3 semanas de evolución de predominio vespertino, que cede de forma parcial con antipiréticos. Se decide derivación preferente a consultas de Medicina Interna.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: T<sup>a</sup> 37,2 °C. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho sin defensa y Murphy negativo. Hepatomegalia homogénea tres traveses de dedo. No adenopatías cervicales, ni supraclaviculares. Adenopatías palpables en región axilar e inguinales no dolorosas y de consistencia dura. Analítica: Hemograma: Linfocitos  $4,70 \times 10^9/L$ ; monocitos  $2,40 \times 10^9/L$ . Frotis: monocitos algo displásicos. Bioquímica: albúmina 2,7 g/dL; proteínas totales 12,2 g/dL. Proteinograma: beta 2-microglobulina 9,34 mg/L. Perfil abdominal: GGT 81 U/L. Procalcitonina normal, PCR 74 mg/L. ANA, ANCA, ECA negativos. Hemocultivo negativo. Urocultivo negativo. Serologías VIH, VHA, VHB, VHC, CMV y VEB, sífilis, toxoplasma negativos. Mantoux negativo. Ecografía abdominal: Hepatomegalia homogénea. Ausencia de bazo. TAC abdomen: hepatomegalia. Adenopatías axilares, retroperitoneales, iliacas e inguinales bilaterales. En resumen, imagen compatible con síndrome linfoproliferativo. Biopsia ganglionar: Histología concordante con linfadenitis asociada a leishmaniasis.

**Juicio clínico:** Leishmaniasis visceral.

**Diagnóstico diferencial:** En el diagnóstico diferencial de la monocitosis, y en este caso de la leishmaniasis visceral, podemos encontrarnos con patologías como síndromes mielodisplásicos/mieloproliferativos, infecciones como brucelosis, malaria, fiebre tifoidea, síndrome linfoproliferativo, histiocitosis, tumores sólidos...

**Comentario final:** El paciente evolucionó favorablemente tras tratamiento con anfotericina B liposomal. En España la leishmaniasis es una zoonosis endémica presente en la mayor parte del territorio peninsular e Islas baleares, aumentando el riesgo de padecimiento de dicha enfermedad, e incluso ser la consecuencia, el déficit nutricional o malnutrición. Se trata de una de las causas de esplenomegalia masiva, cuyo diagnóstico definitivo es histopatológico, y siendo la anfotericina B liposomal el tratamiento de elección en nuestro medio.

## **Bibliografía**

1. Bern C. Visceral leishmaniasis: Treatment. UpToDate.
2. Bern C. Visceral leishmaniasis: Clinical manifestations and diagnosis. UpToDate.
3. Sánchez Valle ME, Hernández Navarro F. Protocolo diagnóstico de la monocitosis y monocitopenia. Medicina. 2004;9(21):1368-71.

**Palabras clave:** Leishmania. Monocitosis. Síndrome linfoproliferativo.