



P-418 - ESPLENOMEGALIA POR LEISHMANIASIS VISCERAL EN PACIENTE VIH: UNA INDICACIÓN POCO FRECUENTE DE ESPLENECTOMÍA

Fontalva Pico, Ana Amelia; Verdugo Carballeda, José Manuel; Arcas Marín, Luz María; Abitei, Cristina; Fernández López, Alberto; Arias Romano, Alberto; Laguno de Luna, Ágata; Gándara Adán, Norberto

Hospital Costa del Sol, Marbella.

Resumen

Introducción y objetivos: La leishmaniasis visceral (LV) es una parasitosis intracelular que en nuestro medio está causada por el protozoo *Leishmania infantum*. Su incidencia anual en España es de 0,3 casos por cada 100.000 habitantes de los cuales 2/3 son pacientes portadores del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). La LV suele presentarse en varones de entre 27 y 38 años con inmunodepresión avanzada y recuento de linfocitos CD4 200/?l. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: fiebre (67-100%), hepatomegalia (49-100%), esplenomegalia (65-100%) y cuadro constitucional (30-90%). La pancitopenia aparece en un 35-82% de los casos. La anfotericina B y los antimoniales pentavalentes son el tratamiento curativo de elección pero en los casos refractarios al tratamiento médico la esplenectomía puede tener una alta tasa de éxito reduciendo las complicaciones de hiperesplenismo y proporcionando una cura para la LV refractaria. Nuestro objetivo es presentar un caso clínico de esplenectomía por leishmaniasis visceral.

Caso clínico: Varón de 51 años sin antecedentes de interés que ingresa en octubre de 2013 en Medicina Interna por neumonía intersticial por *Pneumocystis jirovecii*, siendo detectado durante el ingreso infección por VIH no conocida previamente. Analítica con leucocitos, hemoglobina y plaquetas dentro de parámetros normales. Ecografía: hepatoesplenomegalia (bazo 13,6 cm). En seguimiento se detecta infiltrado pulmonar basal derecho que no se resuelve a pesar de antibioterapia por lo que se realiza punción transtorácica con resultado anatomopatológico de parénquima pulmonar con presencia de leishmaniasis. En abril de 2014 se inicia tratamiento con anfotericina B liposomal con disminución de tamaño del infiltrado pulmonar. En febrero de 2015 empieza a desarrollar pancitopenia progresiva y es derivado a la consulta de cirugía meses más tarde para valorar esplenectomía. Ecografía de control: hepatoesplenomegalia (bazo 19,8 cm). En analítica destacaban unos leucocitos de $2,16 \times 10^3/?l$ con neutrófilos absolutos $1,5 \times 10^3/?l$, hemoglobina 9,9 g/dl, plaquetas $113 \times 10^3/?l$ y CD4 188/?l. Ante la pancitopenia y esplenomegalia progresiva y refractariedad al tratamiento instaurado se decidió intervención quirúrgica realizándose esplenectomía laparoscópica en marzo de 2016. Anatomía patológica: bazo de $22 \times 17 \times 5,5$ cm y 1.423 g con leishmaniasis. Posteriormente evolución favorable. Analíticamente presenta unos leucocitos de $6,42 \times 10^3/?l$ con neutrófilos absolutos 3,8 $\times 10^3/?l$, hemoglobina 11,5 g/dl y plaquetas $554 \times 10^3/?l$. Se reinstauró tratamiento con anfotericina B liposomal y actualmente está pendiente de PCR de leishmania con vistas a valorar retirada del tratamiento antifúngico.

Discusión: La leishmaniasis visceral es una patología asociada a VIH muy infrecuente que se asocia con frecuencia a esplenomegalia y pancitopenia. La inclusión de la leishmaniasis como diagnóstico diferencial ante la presencia de una esplenomegalia podría evitar algunas esplenectomías, si bien en casos refractarios al

tratamiento como el presentado, la cirugía no solo resuelve las complicaciones del hiperesplenismo sino que puede ser curativa.