

y cultivo de médula ósea

Sr. Director. Benítez et al describen en la sección Diagnóstico a Primera Vista de su Revista el caso de un paciente inmunocompetente con disfonía resistente al tratamiento médico convencional¹, que catalogan como leishmaniasis laríngea aislada por *Leishmania infantum*. Quisiéramos hacer unos breves comentarios al respecto. La diseminación de zimodemias de *L. infantum*, que son normalmente dermatrópicos, sólo se ha descrito en pacientes severamente inmunodeprimidos diagnosticados de leishmaniasis visceral^{2,3}. El zimodema MON-24 detectado es dermatrópico, lo que apoya el hecho ya conocido de que cuando la leishmaniasis laríngea no ocurre en un paciente con leishmaniasis visceral (pasada o coincidente), existe el antecedente de leishmaniasis cutánea previa, lo que suele dejar cicatrices cutáneas. Por una parte, nos parece que falta información clínica suficiente para valorar estos datos. Por otra parte, no puede decirse con certeza que un paciente sufra una leishmaniasis laríngea aislada si no se ha excluido la afectación del sistema mononuclear-fagocítico mediante el cultivo negativo de un aspirado de médula ósea o aspirado esplénico, y no se hace cultivo en el caso que describen, o al menos no se menciona. Además, no entendemos cómo en el estudio histopatológico se apreciaron granulomas inespecíficos y, sin embargo, no se visualizaron formas de *Leishmania* spp. ¿Qué técnicas de tinción se utilizaron? Los autores mencionan que "el estudio de inmunidad humoral y celular y el recuento periférico de linfocitos CD3⁺, CD4⁺ y CD8⁺ estaba dentro de la normalidad". ¿A qué se refieren realmente? El recuento periférico de linfocitos CD3⁺, CD4⁺ y CD8⁺ es un modo de valorar la inmunidad celular. ¿Se hicieron otros estudios? ¿Qué se hizo para estudiar lo que llaman inmunidad humoral?

Previamente se ha descrito que la microcirugía laríngea es suficiente para el tratamiento de la afectación laríngea por *Leismania* spp. cuando no existe leishmaniasis visceral⁴. Desconocemos la razón del tratamiento con antimoniales durante 28 días si el paciente no sufría una leishmaniasis visceral.

*José Luis Villanueva,
María José Ríos y Ángel Domínguez
Sección de Enfermedades Infecciosas.
Servicio de Medicina Interna. Hospital
Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

Leishmaniasis aislada laríngea

Bibliografía

1. Benítez MD, Miranda C, Navarro JM, Morillas F, Martín J, de la Rosa M. Varón de 36 años con disfonía resistente al tratamiento médico convencional. *Enfer Infec Microbiol Clin* 2001; 19:233-6.
2. Pratlong F, Dedet JP, Marty P, Portús M, Deniau M, Dereure J, et al. *Leishmania-human immunodeficiency virus coinfection in the Mediterranean basin: isoenzymatic characterization of 100 isolates of the Leishmania infantum complex.* *J Infect Dis* 1995;172:323-6.
3. Villanueva JL, Alarcón A, Bernabeu-Wittel M, Cordero E, Prados D, Regordán C, et al. Prospective evaluation and follow-up of european patients with visceral leishmaniasis and HIV-1 coinfection in the era of highly active antiretroviral therapy. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2000;19:798-801.
4. Navarro M, Villanueva JL, Torre-Cisneros J, Ostos P, López-Rubio F, López Villarejo P. Isolated laryngeal leishmaniasis in an immunocompetent patient: successful treatment with surgery. *J Laryngol Otol* 1994;108:249-51.