

Villanueva et al al artículo “Varón de 36 años con disfonía resistente al tratamiento médico convencional”¹ publicado en la sección Diagnóstico a primera vista de la Revista que usted dirige. El caso, descrito por nosotros, es un caso de leishmaniasis laríngea aislada, diagnosticada a partir de la biopsia de laringe, tanto por examen directo microscópico con tinción de Giemsa (figuras enviadas) como por cultivo en Minimum Essential Medium suplementado con 20% de suero fetal bovino (párrafo 1 del apartado Evolución).

Estamos de acuerdo con Villanueva et al en que no puede decirse con certeza que un paciente sufra una leishmaniasis laríngea aislada si no se ha excluido la afección del sistema mononuclear fagocítico mediante el cultivo negativo de un aspirado de médula ósea o aspirado esplénico. Con lo que no estamos de acuerdo es con su comentario de que nosotros no lo hemos hecho o no lo mencionamos. En el párrafo 2 del apartado Evolución, en la quinta línea exponemos claramente que “el aspirado de médula ósea no mostró parasitación por *Leishmania*”. Es cierto que no decimos “el cultivo para *Leishmania* del aspirado de médula ósea fue negativo”, pero a nosotros nos pareció obvio cuando escribimos el artículo, y así nos sigue pareciendo, que si decimos que la médula ósea no mostró parasitación por *Leishmania*, se entiende que la excluimos, como así sucedió, por los mismos métodos por los cuales demostramos su presencia en la biopsia laríngea.

Respetamos, pero nos sorprende, el comentario de Villanueva et al, acerca de la falta de datos clínicos para catalogar el caso como una leishmaniasis de laringe aislada por *Leishmania infantum* MON-24. Nos parece que todas las puntualizaciones en las que basan este comentario están suficientemente aclaradas en el texto de nuestra publicación: *a*) visualización y aislamiento del parásito en la biopsia de laringe (apartados Cuadro clínico y Evolución); *b*) no visualización y no aislamiento del parásito en el aspirado de médula ósea (apartado Evolución, con las aclaraciones anteriormente mencionadas); *c*) exploración física general del paciente compatible con la normalidad, no apreciándose lesiones cutáneas u otras lesiones en el área otorrinolaringológica (apartado Cuadro clínico), y *d*) el paciente refería no haber padecido ningún cuadro clínico ni lesiones que pudieran hacer pensar que pudo haber sufrido con anterioridad una leishmaniasis visceral o cutánea

Leishmaniasis aislada laríngea y cultivo de médula ósea (réplica)

Sr. Editor: Hemos leído con atención los comentarios de

(apartado Comentario). En el párrafo quinto del apartado Comentario, nosotros mismos hacemos hincapié en que MON-24 es un zimodemo dermatotrópico que, sin embargo, ha sido aislado con relativa frecuencia en leishmaniasis visceral en pacientes coinfectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), pero que aún no había sido aislado en una lesión aislada de laringe, y por eso decimos textualmente en el párrafo 5, línea 10 del apartado Comentarios que “ésta es la primera vez que se describe al Zimodemo-24 causando una lesión de estas características”.

En cuanto al diagnóstico de “tejido de granulación inespecífica”, como expresamos en el texto, fue un diagnóstico anatomopatológico que nada tiene que ver con nosotros. Si Villanueva et al leen quiénes somos los firmantes del artículo observarán que pertenecemos al Servicio de Microbiología, que realizamos el diagnóstico microbiológico por las técnicas que describimos, y al Departamento de Parasitología de la facultad de Farmacia que tuvieron la amabilidad de realizarnos la tipificación de la cepa aislada por la técnica que también mencionamos de electroforesis de isoenzimas en gel de almidón. De cualquier forma, la mayor dificultad de observar formas de *Leishmania* en los estudios histológicos, respecto a extensiones o improntas, ya ha sido mencionada por algunos autores².

Por último, Villanueva et al comentan que no conocen la razón del tratamiento con antimonio durante 28 días si el paciente no sufría una leishmaniasis visceral y se ha descrito que la microcirugía laríngea es suficiente para el tratamiento de la afección laríngea. Conocemos y nos parece muy interesante el artículo de Navarro et al³ citado por los autores de los comentarios, en el cual obtienen curación de una leishmaniasis laríngea solamente con tratamiento quirúrgico, y es cierto que en este artículo los autores hacen referencia a otro de Ferlito et al, según el cual el tratamiento quirúrgico puede ser considerado como definitivo en las formas localizadas de leishmaniasis. A pesar de todo, aunque nosotros no fuimos los encargados del tratamiento del paciente, pensamos que hubo razones justificadas para tratarlo con antimonio de meglumina; la primera, que cuando el paciente fue diagnosticado de leishmaniasis en la laringe no se sabía si tenía afección visceral o no, y el cultivo para *Leishmania* sp. del aspirado de la médula ósea, que se le realizó posteriormente como consecuencia del

hallazgo en la laringe, no se descarta como negativo hasta que ha pasado un mes de incubación; la segunda, que tras una exhaustiva revisión bibliográfica no hemos encontrado nada definitivo en contra del tratamiento específico en este cuadro de leishmaniasis. De hecho en el caso descrito por Navarro et al que citan los autores de los comentarios fue indicado el tratamiento con 850 mg diarios de antimonio de meglumina, aunque por causas que no especifican no fue tomado, y existen publicaciones⁴ posteriores a las de Navarro et al y Ferlito et al en las que se menciona la utilización de este tratamiento en casos similares de leishmaniasis aislada de laringe.

*M. Dolores Benítez, Consuelo
Miranda, José M. Navarro,
Fernando Morillas^a, Josefa Martín^a
y Manuel de la Rosa*
Servicio de Microbiología. Hospital
Universitario Virgen de las Nieves.
^aDepartamento de Parasitología. Facultad
de Farmacia. Granada. España.

Bibliografía

1. Benítez MD, Miranda C, Navarro JM, Martín J, de la Rosa M. Varón de 36 años con disfonía resistente al tratamiento médico convencional. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001;19:233-4.
2. García LS, Bruckner DA. Leishmaniasis. En: García LS, Bruckner DA, editors. *Disgnostic Medical Parasitology*. Washington, DC: American Society for Microbiology, 1993; p. 139-58.
3. Navarro M, Villanueva JL, Torre-Cisneros J, Ostos P, López-Rubio F, López Villarejo P. Isolated laryngeal leishmania in a immunocompetent patient: successful treatment with surgery. *J Laryngol Otol* 1994;108:249-51.
4. Sepúlveda MA, Julián A, García JF. Leishmaniasis laríngea en un paciente inmunocompetente. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1998;16:344.