



P-40 - LEISHMANIASIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL DEL GETECCU

Lucía Madero Velázquez¹, Alejandro Mínguez², Luis Mayorga³, José Joaquín Ramírez⁴, Nuria Maroto⁵, Cirilo Amorós⁶, Isabel Nicolás⁷, Raquel Mena⁸, J.M. Benítez⁹, Leticia Gimeno¹⁰, Nuria Maroto¹¹, Carles Suria¹², Francisco Rodríguez-Moranta¹³, Ingrid Ordás¹⁴, Lucía Ruiz¹⁵, Miguel Ángel García-Brenes¹⁶, Alberto Martín-Cardona¹⁷, Cristina Rubiñ¹⁸, Karina Cárdenas¹⁹, Daniel Ginard²⁰, Lucía Medina²¹, Noemí Pedrero²², Rocío Plaza²³, Rosario Salmoral²⁴, Teresa Martínez²⁵, Virginia Algara²⁶, Esperanza Merino²⁷, Yamile Zabana²⁸ y Ana Gutiérrez²⁹

¹Hospital General Universitario Dr. Balmis, ISABIAL, Alicante. ²Hospital Policlínico Universitario La Fe, Valencia. ³Hospital Universitario Valle d'Hebron, Barcelona. ⁴Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva. ⁵Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia. ⁶Hospital Arnau de Vilanova, Valencia. ⁷Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia. ⁸Consorci Sanitari de Terrassa. ⁹Hospital Universitario Reina Sofía, IMIBIC, Córdoba. ¹⁰Hospital General Universitario de Castellón. ¹¹Hospital de Manises, Valencia. ¹²Hospital Clínico de Valencia. ¹³Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. ¹⁴Hospital Clínic, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Institut d'Investigacions Biomèdiques Agustí Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona. ¹⁵Consorcio Hospital General Universitario de València. ¹⁶Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ¹⁷Hospital Universitari Mútua Terrassa, University of Barcelona, Terrassa; Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ¹⁸Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-Princesa), Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Madrid. ¹⁹Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy. ²⁰Hospital Universitario Son Espases, Mallorca. ²¹Hospital Marina Baixa, Villajoyosa. ²²Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena. ²³Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ²⁴Hospital General Universitario de Toledo. ²⁵Hospital Universitario de Cuenca. ²⁶Hospital Universitario del Vinalopó, Elche. ²⁷Hospital General Universitario Dr. Balmis, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante. ²⁸Hospital Universitari Mútua Terrassa, University of Barcelona, Terrassa; Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ²⁹Hospital General Universitario Dr. Balmis, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Alicante.

Resumen

Introducción: La leishmaniasis (IL) es una enfermedad transmitida por vectores causada por un protozoo del género *Leishmania*, endémica en algunos países del sur de Europa. La evidencia apoya una asociación entre la inmunosupresión y la IL. Sin embargo, la literatura sobre la IL en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es escasa.

Objetivos: Definir las características de los pacientes con EII con IL, así como valorar la efectividad del tratamiento administrado para la IL a 1 mes y 12 meses. También identificamos los factores asociados al desarrollo de leishmaniasis visceral (LV).

Métodos: Estudio retrospectivo y multicéntrico en 26 hospitales de España. Se incluyeron todos los pacientes adultos con EII que desarrollaron IL entre 2012 y 2022. El diagnóstico de IL se basó en el examen parasitológico directo, y/o pruebas indirectas con serología y diagnóstico molecular.

Resultados: Se incluyeron un total de 73 pacientes [edad media 48 años; 65% hombres; 68% enfermedad de Crohn]. Sesenta pacientes (82%) presentaron IL cutánea localizada (CL), 2 (2,7%) LC difusa, 3 (4%) leishmaniasis mucocutánea (LMC) y 8 (11%) LV. El tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el

diagnóstico de IL fue de $4,7 \pm 4,5$ meses (rango 0-24). Todos los pacientes estaban bajo tratamientos biológicos [69 (94%)] o inmunosupresores (IMM) [4 (6%)] al momento del diagnóstico de LI. El anti-TNF fue el fármaco biológico utilizado en el 97%, mientras que 2 pacientes (3%) estaban recibiendo ustekinumab. Veintisiete de los 69 pacientes (39%) recibieron comboterapia con IMM y 6 (8%) con corticosteroides. La resolución de IL se logró en 35 (48%) y 70 (96%) pacientes a 1 y 12 meses, respectivamente. La interrupción del tratamiento biológico después del diagnóstico de IL no se relacionó estadísticamente con un aumento en las tasas de resolución de la infección entre los pacientes con LC localizada. La terapia biológica se interrumpió de forma permanente en 21 pacientes (30%) de toda la cohorte. La edad fue el único factor de riesgo asociado con el desarrollo de LV [razón de momios (OR) 1,2; IC95% 1,04-1,39, $p = 0,012$], mientras que la terapia biológica se asoció con un mayor riesgo de desarrollar LC o LMC (OR 39,7; IC95% 1,2-1220,2, $p = 0,035$).

Conclusiones: La IL en pacientes con EII presenta un resultado clínico favorable, incluso en aquellos que continúan con la terapia biológica después del diagnóstico de IL. Los pacientes mayores con EII tienen un mayor riesgo de desarrollar LV. Esta infección oportunista debe ser considerada en pacientes con EII inmunosuprimidos que presenten lesiones cutáneas que no cicatrizan o fiebre persistente, especialmente en aquellos que residen en regiones endémicas.