



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/276 - Afectación hepática por Leishmania. ¿Patología emergente?

J.M. Madeira Martins<sup>a</sup>, F. Leiva-Cepas<sup>b</sup>, J. López Moreno<sup>c</sup>, J. Cuevas Cruces<sup>d</sup>, A. López Matarín<sup>d</sup> e I. López López<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente. Unidad de Gestión Clínica Fuensanta. Córdoba. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Aeropuerto. Córdoba. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Guadalquivir. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 60 años que acude a urgencias derivado por su MAP por ictericia de tres días de evolución junto con coluria, hipocolia y prurito generalizado asociado a astenia y febrícula vespertina de un mes de evolución. Antecedentes personales: artritis reumatoide seropositiva en seguimiento por Reumatología (tratamiento con metotrexate, leflunomida, deflazacort y ácido fólico); HTA (tratamiento con enalapril), hipercolesterolemia (tratamiento con simvastatina). En seguimiento por Infecciosas por Mantoux positivo que requirió isoniacida finalizado hace 3 meses.

**Exploración y pruebas complementarias:** Ictericia cutaneomucosa con lesiones de rascado en miembros inferiores sin otros estigmas de hepatopatía, hepatoesplenomegalia y Tª 38 °C. Sin otros hallazgos. A su llegada a urgencias, se solicita: Rx de tórax y abdomen, ecografía abdominal y analítica de orina y sangre: hemoglobina: 9,6; 3.500 leucocitos; 30.000 plaquetas, bilirrubina total de 14,8 (D: 10,60; I: 4,20); GGT: 250; FA: 265; AST: 130; tp Act: 55%, demás parámetros normales. Se decide ingreso en Digestivo. En el ingreso por la persistencia de fiebre y pancitopenia –se retiró su tratamiento de artritis por sospecha de hepatitis tóxica–, se solicita punción de médula ósea y serología para *Brucella*, *Chlamydia*, *Coxiella*, *Rickettsia*; *Aspergillus*, *Toxoplasma*, VVZ; VHS 1 y 2; CMV y *Leishmania*, siendo ésta positiva. Infiltración medular positiva para *Leishmania*. Se inició tratamiento con anfotericina B liposomal.

**Juicio clínico:** Leishmaniasis visceral (Kala-Azar).

**Diagnóstico diferencial:** Paludismo, tuberculosis miliar, brucelosis, fiebre tifoidea, hepatitis y procesos linfoproliferativos.

**Comentario final:** Ante un cuadro de fiebre de origen desconocido en pacientes que se encuentren en tratamiento con fármacos inmunosupresores es fundamental descartar infecciones latentes como TBC y por gérmenes oportunistas. La afectación hepática por parte de la leishmaniasis no es muy frecuente pero se caracteriza por citolisis grave, colestasis, fibrosis hepática e hipertensión portal.

### Bibliografía

1. Badaró R, Duarte MIS. Leishmanose visceral (Kalazar). En: Veronesi R, Focçacia R, eds. Tratado de Infectología. São Paulo: Atheneu, 1997:1234-5.

2. Khaldi F, Bennaceur B, Ben Othman H, Achouri E, Ayachi R, Regaieg R. Les formes sévères d'atteinte hépatique au cours de la leishmaniose viscérale: a propos de 7 cas. Archives Française de Pédiatrie. 1990;47:257-60.

*Palabras clave:* Hipertransaminemia. Ictericia. Leishmaniasis. Hipertransaminemia. Fiebre.