



I-227 - LEISHMANIASIS EN PACIENTES TRATADOS CON FÁRMACOS ANTI-TNF Y OTROS INMUNOSUPRESORES

D. de Haedo Sánchez, R. Navarro Soler, M. Pucciarelli Saccomandi, P. Esquerdo Ramis, S. Pérez Martín, I. Sellés Sirera, C. Amador Prous y F. Pasquau Liaño

Medicina Interna. Hospital de la Marina Baixa. Villajoyosa (Alicante).

Resumen

Objetivos: El objetivo es describir las características epidemiológicas, manifestaciones clínicas, tratamiento y evolución de los pacientes diagnosticados de leishmaniasis (L) durante el tratamiento con fármacos inmunosupresores anti TNF.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a tratamiento inmunosupresor diagnosticados de L en el Hospital Marina Baixa desde julio 2009 hasta abril de 2018. El hospital es un centro docente de 280 camas que atiende a una población estimada de 180.000 habitantes. Se incluyeron los pacientes diagnosticados mediante la visualización directa de los amastigotes de *Leishmania* spp. en aspirado de médula ósea y/o en tejidos. La infección por VIH y los antecedentes de trasplante se consideraron criterios de exclusión.

Resultados: Se incluyeron 12 pacientes cuya edad media fue de 57,5 años [29-85], siendo el 58,3% mujeres. La mitad estaban diagnosticados de enfermedades reumatológicas y la otra mitad de enfermedad inflamatoria intestinal. Siete (58,3%) recibieron tratamiento combinado con fármacos anti-TNF (IFX, ADM, y ETC) y otros inmunosupresores no biológicos (MTX, AZA, 5-ASA, leflunomida y corticoides), 2 (16,6%) recibieron sólo tratamiento con anti-TNF y otros 3 (25%) únicamente inmunosupresores no biológicos. La duración media del tratamiento con biológicos antes del diagnóstico de L fue de 40,5 meses [14-96] y la de los no biológicos fue de 122,4 meses [7-300]. La mitad de los pacientes desarrollaron leishmaniasis visceral (LV) y la otra mitad únicamente leishmaniasis cutánea (LC). En el momento del diagnóstico, 4 pacientes (33,3%) tenían fiebre, 1 hepatomegalia (8,3%), 3 esplenomegalia (25%), 1 adenopatías (8,3%), 5 afectación hematológica (41,5%) y 8 lesiones cutáneas (66,7%). El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 159 días. Todos los casos se diagnosticaron por visión directa de amastigotes de *Leishmania* spp.: 4 en médula ósea (33,3%), 7 en biopsia cutánea (58,3%), y 1 en biopsia de colon (8,3%). La serología resultó positiva sólo en 7 pacientes (58,3%) y la PCR en los 3 casos que se realizó. Todos fueron tratados con anfotericina B liposomal, con una dosis media de 30,9 mg/kg [20-45]. Un tercio del total recibieron profilaxis secundaria con anfotericina B liposomal. Sólo se observó una recidiva en un paciente que recibió una dosis total de 20 mg/kg y 4 dosis de anfotericina B como profilaxis secundaria.

Discusión: Actualmente se aconseja la realización de screening de determinadas infecciones, así

como la actualización del calendario vacunal a los pacientes sometidos a tratamiento con inmunosupresores anti TNF. A pesar de que en nuestro entorno la incidencia de L. en pacientes inmunodeprimidos es mayor que la de tuberculosis, no existe consenso para despistaje de L. En los casos descritos de LV llama la atención la menor prevalencia de fiebre, esplenomegalia y hepatomegalia en comparación con inmunocompetentes. Asimismo, en los pacientes con LC hemos observado un retraso en el tiempo del diagnóstico. La respuesta al tratamiento con anfotericina B liposomal ha demostrado ser muy eficaz y la incidencia de recidivas es menor que la observada en controles históricos de pacientes inmunosuprimidos por el VIH.

Conclusiones: En pacientes tratados con inmunosupresores la L se comporta como una infección oportunista que puede presentar manifestaciones clínicas atípicas. En zonas endémicas, en los pacientes en tratamiento con anti TNF, esteroides o MTX que presenten un cuadro febril, citopenias o lesiones cutáneas debe mantenerse un alto índice de sospecha para descartar L. La serología, al igual que en otros pacientes inmunosuprimidos, tiene una baja sensibilidad diagnóstica.