



I-046 - TRATAMIENTO SISTÉMICO DE LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA. EXPERIENCIA CLÍNICA EN UNA SERIE DE CUATRO CASOS

M. Fontecha Ortega¹, R. Vates Gómez¹, S. Rodríguez Álvarez¹, G. Pérez Caballero¹, I. Martín González²

¹Medicina Interna, ²Dermatología. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid).

Resumen

Objetivos: Valorar la eficacia del tratamiento sistémico en las leishmaniasis cutáneas (LC) complicadas.

Material y métodos: Revisión de una serie de 4 casos de LC que precisaron ingreso en el Servicio de Medicina Interna para tratamiento sistémico.

Resultados: Caso 1: mujer de 53 años, con artritis psoriásica, en tratamiento con infliximab y metotrexate. Refiere lesión eritemato-pruriginosa de centro oscuro, con halo enrojecido, de 2 cm de diámetro en miembro inferior derecho y otra similar, más pequeña, en la cara anterior de miembro inferior izquierdo. La biopsia fue compatible con LC. (No se realizó PCR). Tras tratamiento con Glucantime intralesional, empeora, e inicia anfotericina B liposomal IV a 3 mg/kg/día en tres ciclos (5 días consecutivos, día 14 y día 21, D. total de 1.400 mg). Presentó resolución completa. Caso 2: varón de 59 años, con HTA en tratamiento IECA/HCTZ, monorreno y psoriasis en tratamiento con infliximab. Aparición de lesión de 5 × 3 cm en región ciliar izquierda con extensión a región periorbitaria y párpado inferior. En la biopsia, estructuras parasitarias compatible con LC; (no PCR). Mala evolución con Glucantime intralesional, iniciando anfotericina B liposomal IV a 3 mg/kg/día. Por deterioro de la función renal requirió sueroterapia y suspensión del tratamiento, reintroducido a dosis creciente tras resolución de la toxicidad (DTR: 1.820 mg). Caso 3: mujer de 58 años, inmunocompetente. En miembro inferior derecho presenta lesión ulcerada 15-20 cm. con borde eritematoso violáceo. La biopsia muestra dermatitis/paniculitis crónica y granulomatosa con presencia de Leishmania (no PCR). Con Glucantime intralesional presenta mala evolución, e inicia anfotericina B liposomal IV a 3 mg/kg/día durante 5 días, con alteraciones hidroelectrolíticas resueltas tras sueroterapia. Recibe dos dosis posteriores, con resolución de las lesiones. (DTR: 1.400 mg). Caso 4. varón de 53 años, con hepatopatía crónica idiopática. En miembro inferior izquierdo presentaba lesión ulcerada de 4 cm. con borde sobreelevado y eritematoso. La biopsia compatible con LC, confirmada por PCR. Inicia anfotericina B liposomal IV, tras fracaso con Glucantime intralesional, a dosis de 5 mg/kg/día. Recibiendo 4 dosis por nefrotoxicidad. (DTR: 1.400 mg). No requirió más tratamiento posterior, dado que presentó desaparición de las lesiones.

Discusión: La elección de un tratamiento óptimo de LC es complicado debido a la escasez de ensayos clínicos bien diseñados. A esto se suma, la necesidad de considerar los riesgos individuales de cada paciente, las diferentes especies de parásitos causales y diversidad de lesiones clínicas y tasas de resolución espontánea. En los últimos años la anfotericina B liposomal se está posicionando como

tratamiento de elección en LC complicadas o no respondedoras dada su menor toxicidad. Sin embargo, ni las dosis ni duración del tratamiento, así como, las diferencias en pacientes inmocomprometidos están bien establecidas. Tres de nuestros cuatro pacientes presentaban algún tipo de inmunosupresión. Los esquemas establecidos se ajustaron por peso, pero diferían en el esquema temporal, aun así, las dosis acumuladas fueron similares a excepción del caso 3. Todos los pacientes consiguieron resolución completa de la lesión, sin embargo, el 75% presentó toxicidad a nivel renal, mayor de lo observado en otras series. Destacar que nuestros pacientes presentaban factores predisponentes que pudieron contribuir a ella (enfermedad renal establecida, monorreno, HTA). Esto hace valorar si con dosis menores más cercanas a las que se utilizan en pacientes inmucompetentes, o mayor duración en el tiempo, se hubiera evitado, sin perder eficacia.

Conclusiones: La anfotericina B liposomal es una estrategia efectiva para el tratamiento de LC complicada. La toxicidad renal es la principal causa de toxicidad, siendo reversible en la mayor parte de los casos. Son necesarios más estudios para estandarizar tanto dosis como duración de éste tratamiento.