

## ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE LEISHMANIASIS VISCERAL Y SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO.

D. Blázquez<sup>1\*</sup>, N. Domínguez<sup>1</sup>, E. Giangaspro<sup>1</sup>, S. Negreira<sup>1</sup>, P. Galán<sup>2</sup>, M. Paz<sup>2</sup>, B. Pérez-Gorricho<sup>3</sup>, D. Andina<sup>3</sup>, C. Calvo<sup>4</sup>, C. Pérez<sup>4</sup>, L. Prieto<sup>5</sup>, A. Álvarez<sup>5</sup>, M. De la Parte<sup>6</sup>, S. Jiménez<sup>6</sup>, E. Otheo<sup>7</sup>, K. Badillo<sup>7</sup>, J Ruiz-Contreras<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. Sección de Enfermedades Infecciosas e Inmunodeficiencias. Servicio de Pediatría; <sup>2</sup>Hospital Universitario de Fuenlabrada. Servicio de Pediatría; <sup>3</sup>Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Unidad de Enfermedades Infecciosas; <sup>4</sup>Hospital Universitario Severo Ochoa. Servicio de Pediatría; <sup>5</sup>Hospital Universitario de Getafe. Servicio de Pediatría; <sup>6</sup>Hospital de Universitario de Móstoles. Servicio de Pediatría; <sup>7</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Servicio de Pediatría.

Daniel Blázquez

Avenida de Córdoba S/N 28041, Madrid

Hospital Universitario 12 de Octubre. Sección de Enfermedades Infecciosas e Inmunodeficiencias. Servicio de Pediatría. Teléfono: 635056852 e-mail: [danielblazquez@hotmail.com](mailto:danielblazquez@hotmail.com)

*Antecedentes y Objetivos:* El síndrome hemofagocítico (SHF) es una entidad de origen primario o secundario que se caracteriza por una activación incontrolada de los linfocitos T y las células Natural Killer con sobreproducción de citoquinas. *Leishmania spp.* ha sido descrita como causa poco frecuente de SHF secundario. El objetivo del presente estudio es conocer la presencia de los criterios de SHF entre los niños con leishmaniasis visceral (LV) durante un brote en la Comunidad de Madrid.

*Métodos:* Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo multicéntrico en los 7 hospitales públicos de la Comunidad de Madrid que notificaron casos. Se incluyen aquellos pacientes con LV <18 años, diagnosticadas entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2011, con aislamiento confirmado de *Leishmania spp.* mediante cultivo, PCR o visión directa en sangre, médula ósea (M.O) o bazo.

*Resultados:* Se identificaron 28 casos de LV y 24 cumplieron los criterios de inclusión. La mediana de edad al diagnóstico es de 1,7 años [RIQ:0,77-4,62]. Se realizó biopsia de M.O en 21 niños (86,7%) y en el 35% (n=7/20) se observaron figuras de hemofagocitosis en M.O. El 41,7% de los pacientes (n=10) cumplieron los criterios de SHF propuestos por el HLH Study Group<sup>1</sup> y 3 casos recibieron tratamiento específico frente al SHF. No se encontraron diferencias significativas entre los niños con y sin criterios de SHF en cuanto a días de fiebre antes del tratamiento (p=0,8), días de fiebre desde el inicio del tratamiento (p=0,9) o en la edad al diagnóstico (p=0,59). Los pacientes con criterios de SHF presentaron menores niveles de hemoglobina (gr/L) (6,9[RIQ:6,175-8,07] vs 8,5[RIQ:7,25-9,35];p=0,02) y fibrinógeno (gr/L) (2,11[RIQ:1,1-3,66] vs 3,78[RIQ:2,1-4,78]p=0,04), mayores niveles de triglicéridos (mg/dl) (402[RIQ:289,75-525] vs 228[RIQ:173-290];p=0,001) y ferritina (µg/L) (4043[RIQ:1196,25-10358,5] vs 270[RIQ:186-659];p=0,001). Los niños de raza caucásica tenían menos años al diagnóstico (0,97[RIQ:0,55-2] vs 3,22[RIQ:1,48-7,21];p=0,041) y tardaron menos días en quedarse afebriles (1[RIQ:1-2] vs 2[RIQ:1-4];p=0,021). Aquellos niños que permanecían febriles tras 7 días de tratamiento llevaban más tiempo con fiebre antes del tratamiento (días) (23,5[RIQ:20-23,5] vs 13[RIQ:10-16];p=0,029), presentaban menores valores de hemoglobina (gr/L) (6,5[RIQ:6,1-6,25] vs 7,9[RIQ:7-8,95];p=0,005) y tenían mayores niveles de ferritina (µg/L) (17301,5[RIQ:4603-17301,5] vs 849[RIQ:219,7-3082,5];p=0,05). El 14,3% de los niños con LV presentaban una coinfección por VEB.

*Conclusiones:* La LV y el SHF comparten muchos aspectos clínico-analíticos, y hasta el 41,7% de los niños con LV cumplen criterios de SHF. En nuestro medio, recomendamos descartar LV en aquellos pacientes con criterios de SHF.

<sup>1</sup> Henter JI, Horne A, Aricó M, Egeler RM, Filipovich AH, Imashuku S, Ladisch S, McClain K, Webb D, Winiarski J, Janka G. HLH-2004: Diagnostic and therapeutic guidelines for hemophagocytic lymphohistiocytosis. *Pediatr Blood Cancer.* 2007 feb;48(2):124-31.

**SOLICITADO.....ORAL**