

Pancitopenia febril y dolor abdominal

Francisca Barcos Muñoz\*

Hospital Santa Creu y Sant Pau. Barcelona

Juan de Garay 44 2º 1º 08027 Barcelona. 679580942. franbarcos@gmail.com

1. Antecedentes: Originaria de Guinea Ecuatorial. Vive en España desde los 4 años  
Vacunación calendarizada actualizada. Hipoacusia neurosensorial portadora de implante  
coclear derecho. Hernia umbilical intervenida a los 6 años. Alergia al Paracetamol (no  
estudiada). No animales domésticos, no viajes recientes

2. Enfermedad actual: Niña de 11 años hospitalizada hace un mes por síndrome febril y dolor  
abdominal. Se orienta como síndrome hemofagocítico de probable causa infecciosa  
desconocida. Recibió tratamiento con piperazilina/tazobactam y metilprednisolona ev. Se  
realizó estudio de médula ósea que fue normal. Evoluciona afebril con mejoría clínico-  
analítica, por lo que se decide alta.

Tras el alta persiste dolor abdominal ocasional en hipocondrio izquierdo y febrícula que  
evoluciona a fiebre de máximo 40°C, por lo que reconsulta. No presenta vómitos, ni alteración  
del ritmo deposicional.

3. Exploración física: Buen estado general, normohidratada, palidez de mucosas. TRC <2”  
No signos meníngeos, no petequias; ORL normal; ACR normal.

ABD timpánico, distendido, masa dolorosa a la palpación, de difícil delimitación en  
hipocondrio y flanco izquierdo. Puño percusión izquierda ligeramente dolorosa. Peristaltismo  
presente, no signos de irritación peritoneal.

4. Exploraciones complementarias: Analítica sanguínea muestra : Hb 71 gr/L, Plaquetas  
51x10<sup>9</sup>/L Leucocitos 1,11x10<sup>9</sup>/L (N 36%, E 0%, B 4%, Mo 4%, L 52% Bandas 4%)  
Reticulocitos 2,26%.

Bioquímica: elevación de transaminasas, discreta hiperbilirrubinemia de predominio indirecta.  
LDH 648 U/L, hipergammaglobulinemia (IgG 2560.00 mg/100ml) Proteína C reactiva  
59,6mg/L, resto sin alteraciones.

A partir de estos resultados:

¿Qué diagnósticos se plantearía?

- Enfermedad neoplásica hematológica (leucemia aguda, síndrome linfoproliferativo,  
síndrome hemofagocítico)
- Anemia hemolítica
- Causas Infecciosas (víricas, bacterianas, parasitarias)
- Sarcoidosis

¿Qué otros exámenes complementarios solicitaría?

- Estudio de aspirado medular
- Serologías víricas, bacterianas y parasitarias
- Estudio microbiológico de parásitos (Plasmodium, Leishmania)
- Ecografía abdominal/TAC abdominal

5. Resultados: Estudio de aspirado medular muestra formas amastigotas de Leishmania,  
cultivo de médula ósea positivo para Leishmania; serologías sanguíneas positivas y antígeno  
de Leishmania positivo en orina. Ecografía abdominal: esplenomegalia gigante de 20 cm y  
discreta hepatomegalia.

6. ¿Como confirmar la sospecha diagnóstica de leishmaniasis visceral?

- Métodos diagnósticos directos
- Métodos diagnósticos indirectos

7. Tratamiento

¿Qué tratamientos utilizaría y qué dosis?

- Antimoniales pentavalentes
- Anfotericina B desoxicolato
- Anfotericina B liposomal

8. Criterios de Curación de Leishmaniasis

- Cómo realizar seguimiento de la enfermedad
- En caso de fracaso al tratamiento ¿Qué se debe descartar?
- ¿Es necesaria la confirmación parasitológica de la respuesta al tratamiento?