

RESUMEN DE COMUNICACIÓN



*Sociedad Española de
Infectología Pediátrica*

Nº. Comunicación:
(No rellenar)

84

AUTOR PRINCIPAL (a efectos de correspondencia)

Apellidos: **Izquierdo Caballero**

Nombre: **Raquel**

Dirección:

Ciudad:

C.Postal:

Provincia:

Teléfono:

E-mail:

Fax:

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título: Leishmaniasis cutánea

Centro de trabajo: Hospital Universitario Rio Hortega (Valladolid), * Hospital Nacional Cayetano Heredia (Lima, Perú)

Autores: R. Izquierdo Caballero, M. E. Pérez Gutiérrez, E. Montalbán*, J. L. Fernández Arribas, C. Alcalde Martín.

Texto: Caso clínico: paciente varón de 3a y 9m, natural y procedente de Lima, que consulta por lesión papulosa, indolora e indurada en mejilla derecha de 5 meses de evolución. Antecedentes: hermana de 5 años en tratamiento por lesiones similares.

En el Centro de Salud se realiza raspado de la lesión con diagnóstico de leishmaniasis cutánea, iniciándose tratamiento con estibogluconato sódico i.m. durante 20 días con mejoría inicial de las lesiones. Al mes empeoramiento de las mismas, por lo que se inicia de nuevo tratamiento con estibogluconato sódico durante 5 días sin mejoría; derivándose al hospital para tratamiento con Anfotericina B i.v.

Entre las pruebas complementarias destacan: hemograma con eosinofilia del 15% y coprocultivo positivo para Fasciola hepática (tratado con 2 dosis de Triclabendazol); siendo el resto de pruebas normales.

Discusión: la Leishmaniasis es una zoonosis transmitida por vectores del género Lutzomyia que afecta a 12 millones de personas y cuya incidencia está en aumento debido, entre otros factores, a la migración y el turismo.

Su espectro clínico es variado: leishmaniasis cutánea, mucocutánea y visceral. La Leishmaniasis cutánea se caracteriza por una lesión ulcerada de bordes en sacabocados, indurada e indolora que aparece en zonas expuestas; hasta en un 70% de los casos puede evolucionar a la forma mucocutánea (meses o años después de la forma cutánea) con afectación del tabique nasal y mucosa oral.

Para el diagnóstico lo fundamental son los criterios epidemiológicos, apoyados en la visualización del parásito (en frotis directo o en cultivo) y los métodos inmunológicos (intradermoreacción de Montenegro, ELISA o PCR)

El tratamiento se basa en ciclos de antimoniales pentavalentes y si no son eficaces se usan drogas de segunda línea como la Anfotericina B. En los niños parece que los antimoniales son menos eficaces por lo que en la mayoría de los casos hay que acabar recurriendo a la Anfotericina B; además en nuestro caso coexistía infección parasitaria por Fasciola hepática, hecho que también pudo influir en la lenta mejoría de las lesiones.

Modalidad de presentación preferida: Oral Póster