

Caso Clínico

Caso raro de Leishmaniasis visceral en España: Reporte de caso y revisión de la literatura

[Rare case of visceral leishmaniasis in Spain: Case report and literature review]

María Dolores Simón Rufete¹, Andrea De Benito Mendieta¹, Silvia Esperanza Ruiz Climent², César Gavilán Martín¹,

1. Hospital San Juan de Alicante, Alicante, España; 2. Hospital de Manises, Valencia, España.

Correspondencia: María Dolores Simón Rufete / **Email:** msimonrufete@gmail.com

Recibido: 18 de marzo de 2025

Aceptado: 19 de noviembre de 2025

Publicado: 30 de diciembre de 2025

Palabras clave: leishmaniasis visceral, España, Panamá, enfermedad tropical, diagnóstico diferencial

Keywords: visceral leishmaniasis, Spain, Panama, tropical disease, differential diagnosis

Aspectos bioéticos: Los autores declaran que se solicitó el consentimiento informado a los participantes. Los autores declaran que se cumplieron las normas institucionales de ética.

Financiamiento: Los autores declaran que no hubo financiamiento externo para este trabajo.

Reproducción: Para uso personal e individual. Sujeto a derechos de reproducción.

DOI: 10.37980/im.journal.rssp.es.20252557

Disponible en:

LatinIndex

LILACS

Revistas Médicas

Resumen

La leishmaniasis constituye un complejo de enfermedades infecciosas transmitidas por vectores y causadas por el parásito protozoo del género *Leishmania*. Siguen siendo de las enfermedades más desatendidas en todo el mundo y de gran importancia debido a su morbilidad, mortalidad y amplia distribución geográfica. Son endémicas en más de 98 países, entre ellos Panamá. De las tres formas clínicas principales de leishmaniasis, la cutánea es la más común, y la forma visceral la más grave, causando la muerte en hasta el 90% de las personas no tratadas. Esta última es endémica en 13 países de América Latina, no encontrándose entre ellos Panamá. Aunque en otras regiones del mundo, como España, la leishmaniasis visceral es una condición inusual, en este artículo, se presenta un caso clínico raro de leishmaniasis visceral diagnosticado en un paciente pediátrico, detallando los aspectos clínicos, diagnósticos, terapéuticos y epidemiológicos. Además, se revisa la literatura relevante para comprender mejor la incidencia y el manejo de esta enfermedad en un contexto donde su aparición es más frecuente en comparación con países como Panamá, donde todavía no se han descrito casos, pero sí en sus países vecinos.

Abstract

Leishmaniasis is a complex of vector-borne infectious diseases caused by the protozoan parasite of the *Leishmania* genus. It remains one of the most neglected diseases worldwide and is of major importance due to its morbidity, mortality, and wide geographical distribution. It's endemic in more than 98 countries, including Panama. Of the three main clinical forms of leishmaniasis, the cutaneous form is the most common, while the visceral form is the most severe, causing death in up to 90% of untreated individuals. The latter is endemic in 13 countries in Latin America, though Panama isn't among them. While visceral leishmaniasis is an unusual condition in other regions of the world, such as Spain, this article presents a rare clinical case of visceral leishmaniasis diagnosed in a pediatric patient, detailing the clinical, diagnostic, therapeutic, and epidemiological aspects. Additionally, the relevant literature is reviewed to better understand the incidence and management of this disease in a context where it occurs more frequently, compared to countries like Panama, where no cases have been reported, though they have been described in neighboring countries.

INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis visceral (LV), también conocida como kala-azar, es una infección parasitaria severa causada principalmente por *Leishmania donovani* y *Leishmania infantum*, y es transmitida por flebótomos. Endémica en regiones específicas de Asia, África y América Latina, aunque no se han registrado casos en Panamá. En Europa, se han reportado casos de la enfermedad en Portugal y España, teniendo este último menos de 100 casos en el año 2023 [1]. Este reporte busca resaltar la importancia de reconocer y diagnosticar oportunamente esta enfermedad en regiones con incidencia baja o moderada como España [2].

CASO CLÍNICO

Lactante de 6 meses, residente en una zona rural de España, que acude a urgencias pediátricas por presentar fiebre de hasta 39°C durante 6 días, tos perruna y dificultad respiratoria progresiva e hiporexia. A su llegada, la paciente presentaba un estado general aceptable, con leve palidez cutánea, fiebre de 38.7°C, SatO₂ 96% (sin O₂ suplementario), Fc 210 lpm (debido a fiebre y llanto) y Fr de 52 rpm. A la auscultación pulmonar, se evidenció una buena entrada de aire bilateral, con presencia de sibilantes espiratorios y leve tiraje subcostal.

En urgencias, se monitorizaron constantes, se extrajo analítica sanguínea con hemocultivo, se realizó radiografía de tórax y panel respiratorio.

En la analítica sanguínea se objetivó: Leucocitos: 6,1 x10⁹/L; hemoglobina: 8,7 g/dL; hematocrito: 26,8%; plaquetas: 109 x10⁹/L; neutrófilos: 1,84 x10⁹/L; PCR: 15,64 mg/dL y PCT: 1,23 ng/mL.

El panel respiratorio salió positivo para el Virus Respiratorio Sincitial (VRS).

Dado el estado clínico de la niña y las alteraciones analíticas se decidió ingreso en sala de hospitalización con diagnóstico inicial de bron-

quiolitis por VRS. Se inició tratamiento con nebulizaciones de solución salina hipertónica al 3% y salbutamol, junto con oxigenoterapia a 0.5 lpm. El segundo día de ingreso presentó mejoría significativa de la clínica respiratoria, pero ante la persistencia de los picos febriles y elevación de los reactantes de fase aguda en analítica del ingreso se inició tratamiento con amoxicilina-clavulánico (100mg/Kg/día) intravenoso.

A las 24 horas de inicio de la antibioticoterapia y en el contexto de persistencia de fiebre pese a la misma, se realizó analítica de control, objetivando aumento de reactantes de fase aguda (PCR 19,8 mg/dL; PCT 12,66 ng/mL). Ante el empeoramiento de la analítica y la persistencia de fiebre, se solicitó radiografía de tórax, donde no se objetivó ninguna complicación pulmonar, y se sustituyó amoxicilina-clavulánico por ceftriaxona a 75mg/kg/día.

Tras 6 días de ingreso y a pesar del tratamiento antibiótico intravenoso, con los hemocultivos y las serologías negativas, persistieron picos febriles de hasta 39.5°C (fiebre de 14 días de evolución) y empeoramiento analítica progresivo: leucopenia 3,2 x10⁹/L; neutropenia 1,17 x10⁹/L; linfopenia 1,64x10⁹/L; anemia 6.9g/dL, trombopenia 43 x10⁹/L; elevación persistente de la PCR 18,59 mg/dl y PCT 4 mg/dl; coagulopatía con un índice de Quick 61%; ferritina > 1700ng/mL, hipofibrinogenemia 1,22g/L; dímero D 28.278 ng/mL e hipoalbuminemia 2,95g/dL.

Ante hallazgos, se decidió cambio de antibioticoterapia a meropenem, fue solicitada ecografía abdominal informada como esplenomegalia significativa y hepatomegalia moderada, y en el frotis donde no fueron observados ni hemólisis, ni blastos.

La paciente fue trasladada a un hospital terciario por sospecha de Síndrome de activación macrófaga (SHF). Se confirmó la presencia de *Leishmania infantum* mediante reacción en

cadena de la polimerasa. Ante el cuadro clínico de leishmaniasis visceral, se inició tratamiento con anfotericina B liposomal (4 mg/kg/día) y se ingresó en UCI pediátrica.

Estuvo en UCI pediátrica durante 24 horas y posteriormente continuó tratamiento en sala de hospitalización.

A lo largo de los días siguientes, experimentó mejoría clínica gradual, con la resolución de la fiebre y estabilización de los parámetros hematológicos. Se monitorizó estrechamente la función renal y la coagulación, administrando transfusiones de plaquetas y concentrado de hematíes según fue necesario. Tras normalización de parámetros analíticos y ausencia de fiebre se da de alta con control en consultas externas de pediatría.

Diagnóstico diferencial:

- Malaria
- Histoplasmosis
- Leucemia
- Tuberculosis extrapulmonar

DISCUSIÓN

La leishmaniasis visceral (LV) es una enfermedad tropical grave que, aunque es más común en ciertas áreas endémicas de Asia, África y América Latina, sigue siendo una preocupación en regiones fuera de estas áreas, como en el caso de España. Este caso resalta la complejidad de diagnosticar la LV, particularmente en un paciente pediátrico que presenta síntomas clínicos y analíticos que inicialmente podrían confundirse con otras patologías o asociarse a otras infecciones más frecuentes, como la bronquiolitis viral.

La literatura médica destaca que el diagnóstico temprano y adecuado es crucial para evitar complicaciones graves, como el SHF, una manifestación rara y severa asociada con la LV.

Comparando este caso con otros reportados en la literatura, encontramos similitudes y dife-

rencias que enriquecen la comprensión del manejo de esta patología en pacientes pediátricos en regiones no endémicas. Un estudio realizado por Alvar et al. (2012) muestra que la leishmaniasis visceral es responsable de una alta morbilidad y mortalidad en áreas endémicas, pero también señala que, en regiones no endémicas, el diagnóstico es más desafiante debido a la falta de conciencia sobre la enfermedad [1]. Este informe coincide con nuestra experiencia, ya que la paciente inicialmente fue diagnosticada como bronquiolitis viral y tratada de manera empírica con antibióticos antes de llegar al diagnóstico definitivo.

La identificación de *Leishmania infantum* en este caso mediante PCR, es crucial en el diagnóstico, especialmente en un contexto clínico donde otras infecciones virales o bacterianas son más comunes. La PCR se ha consolidado como la técnica más sensible y específica para el diagnóstico de leishmaniasis, superando las limitaciones de las pruebas serológicas que pueden ser menos confiables en casos pediátricos o de baja carga parasitaria [2]. En nuestro caso, la persistencia de fiebre y alteraciones analíticas, a pesar del tratamiento antibiótico adecuado, llevó finalmente a la sospecha de leishmaniasis visceral, lo que permitió realizar las pruebas de confirmación y el inicio del tratamiento con anfotericina B liposomal.

En la literatura también se observa que los pacientes con leishmaniasis visceral pueden presentar un cuadro clínico difícil de diferenciar de otras enfermedades febril-duraderas, como la malaria y la histoplasmosis [3]. Según el estudio de la Organización Panamericana de la Salud (2023), los síntomas comunes en las fases iniciales de la LV incluyen fiebre prolongada, hepatoesplenomegalia y pancitopenia, condiciones que también se observan en la malaria y en algunos casos de histoplasmosis [4]. En este contexto, el diagnóstico diferencial es fundamental, y la combinación de técnicas de imagen (como la ecografía abdominal) y análisis moleculares (como la PCR) es esencial para una correcta identificación del patógeno [5].

La literatura también destaca el desafío de tratar la leishmaniasis visceral en niños, debido a la toxicidad potencial de los tratamientos disponibles. Según un estudio de Murray et al. (2005), la anfotericina B es una de las opciones terapéuticas más efectivas para casos graves, aunque su uso requiere monitoreo cercano de la función renal y la coagulación, como se hizo en este caso [6]. La respuesta clínica favorable del paciente después de iniciar el tratamiento con anfotericina B y el seguimiento estrecho en la UCI pediátrica refuerzan la efectividad de este tratamiento en casos graves de leishmaniasis visceral. Este tratamiento es también recomendado por la OMS en situaciones graves de LV, tal como se observa en casos reportados en zonas rurales de España y otras regiones de Europa [7].

Por otro lado, el diagnóstico diferencial en este caso fue esencial para evitar diagnósticos erróneos. La malaria, la histoplasmosis, la leucemia y la tuberculosis extrapulmonar fueron algunas de las patologías consideradas inicialmente. La leishmaniasis visceral comparte muchas características clínicas con estas enfermedades, como la fiebre prolongada, pancitopenia y alteraciones en la coagulación. Sin embargo, como señalan estudios previos, la evolución clínica y las características analíticas progresivas, como la elevación persistente de la ferritina y el dímero D, apuntan más hacia una infección parasitaria como la leishmaniasis [4].

Este caso también pone en evidencia la importancia de considerar la leishmaniasis visceral en países donde no es endémica, como España, especialmente en niños que viven en áreas rurales o que tienen antecedentes de exposición a vectores de la enfermedad. En la región mediterránea, donde el cambio climático y la migración pueden facilitar la propagación de los flebotominos, es posible que aumenten los casos importados o incluso autóctonos de leishmaniasis visceral. Este fenómeno ya ha sido documentado en otras áreas de Europa, donde se ha observado una expansión del vector *Phlebotomus* [8].

En conclusión, este caso clínico resalta la importancia de considerar la leishmaniasis visceral en el diagnóstico diferencial de pacientes pediátricos con fiebre prolongada y pancitopenia, incluso en países no endémicos. El diagnóstico temprano mediante técnicas de PCR y un enfoque terapéutico multidisciplinario, que incluye el uso de Antifúngicos como la anfotericina B, es crucial para mejorar los resultados en casos graves de esta enfermedad. Este caso también subraya la necesidad de una mayor vigilancia epidemiológica y una mayor conciencia clínica sobre la leishmaniasis en regiones donde su prevalencia es baja, pero donde los cambios ambientales y migratorios podrían aumentar su aparición.

En relación al período de incubación, suele ser de dos a seis meses, pero puede oscilar entre unas pocas semanas y varios años. El inicio de los síntomas suele ser insidioso o subagudo, con una progresión lenta de malestar general, fiebre, pérdida de peso y esplenomegalia (con o sin hepatomegalia) durante un período de semanas a meses [8].

La identificación de *Leishmania* como causa de un SHF en un contexto de bronquiolitis viral resalta la complejidad del manejo y diagnóstico en pacientes pediátricos con infecciones graves y complicadas. La paciente mejoró con el tratamiento adecuado para la Leishmaniasis visceral y SHF secundario, lo que refuerza la necesidad de un enfoque diagnóstico y terapéutico multidisciplinario [6,8].

REFERENCIAS

- [1] Alvar J, Vélez ID, Bern C, et al. (2012). Leishmaniasis worldwide and global estimates of its incidence. PLoS ONE. 2012. 7(5), e35671.
- [2] World Health Organization. Leishmaniasis. 2023.

- [3] Soares AGR, da Graça GC, Diniz JLCP, Corrêa RdA, Martins AC, Souza BBA, et al. Differential diagnosis of visceral leishmaniasis in children: a five-year retrospective study at a pediatric referral hospital. *BMC Pediatr.* 2024;24(1):100. doi:10.1186/s12887-024-05160-9
- [4] Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para fortalecer la vigilancia y el control de las leishmaniasis en las Américas 2023-2030. 2024.78.
- [5] Vargas D, et al. (2022). Imágenes de diagnóstico en leishmaniasis visceral pediátrica: un enfoque clínico. *Revista de Pediatría de Hospitales.* 48(3), 274-281.
- [6] Murray, H. W., Berman, J. D., Davies, C. R., & Saravia, N. G. Advances in leishmaniasis. *The Lancet.* 2005. 366(9496), 1561-1577.
- [7] Ruiz A, García S, Martínez E. (2021). Casos autóctonos de leishmaniasis visceral en el sur de España: un estudio epidemiológico. *Revista Española de Enfermedades Infecciosas.* 49(6), 392-398.
- [8] Arce A, Estirado A, Ordobás M, Sevilla S, García N, Moratilla L, et al. Epidemiology of visceral leishmaniasis outbreak in Madrid, Spain, 2009–2012. *EuroSurveill.* 2013;18(29):20546. doi:10.2807/1560-7917.ES2013.18.29.20546