

José Andrés Rodríguez Fernández<sup>1</sup>, Alicia Pérez González<sup>1</sup>, Esther Monleón Acosta<sup>1</sup>, Pedro José Manuel Hernández<sup>1</sup>, Maria Rosario Oliva Ruiz<sup>1</sup>, José María Andreu Ubero<sup>1</sup>, Carlos Fernández Díaz<sup>1</sup>, Paloma Valentina Castillo Dayer<sup>1</sup>, Gloria Albaladejo Paredes<sup>1</sup>, Ángela Egea Fuentes<sup>1</sup>, Montserrat Fernández Salamanca<sup>1</sup>, Claudia Alejandra Capozzi<sup>2</sup>, Maria Rocío González Molina<sup>3</sup>, José Francisco Orts Paco<sup>4</sup>, Vicente Cogolludo Campillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Reumatología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena; <sup>2</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena; <sup>3</sup> Servicio de Reumatología, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia; <sup>4</sup> Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis (LH) es un grupo de enfermedades causadas por un protozoo parasitario del género Leishmania. Su presentación clínica comprende desde lesiones cutáneas (LC) hasta afectación visceral (LV) grave (1). Según la Organización Mundial de la Salud se estima una incidencia anual de 0.7-1 millón de casos de LC y 400,000 casos de LV a nivel mundial, a pesar de la sospecha de no registro (2). Esta incidencia ha crecido en los últimos años a causa del mayor uso de fármacos biológicos (FAMEb), especialmente anti-TNF(1,2).

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de LH en un área endémica y su relación con el tratamiento con anti-TNF. Como objetivo secundario, conocer las características y los tratamientos de los pacientes y su evolución a los 12 meses.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, multicéntrico. La población incluida en el estudio fue seleccionada de la base de datos de los servicios de anatomía patológica de pacientes con una biopsia positiva para leishmania desde enero de 2020 hasta diciembre de 2024 con un total de 27 pacientes entre dos centros del sureste de España. Las variables analizadas fueron: edad, género, presencia de tratamiento en el momento del diagnóstico de LH, tratamientos para LH y resultados tras dicho tratamiento. Se realizó un análisis descriptivo de las variables incluidas en el estudio.

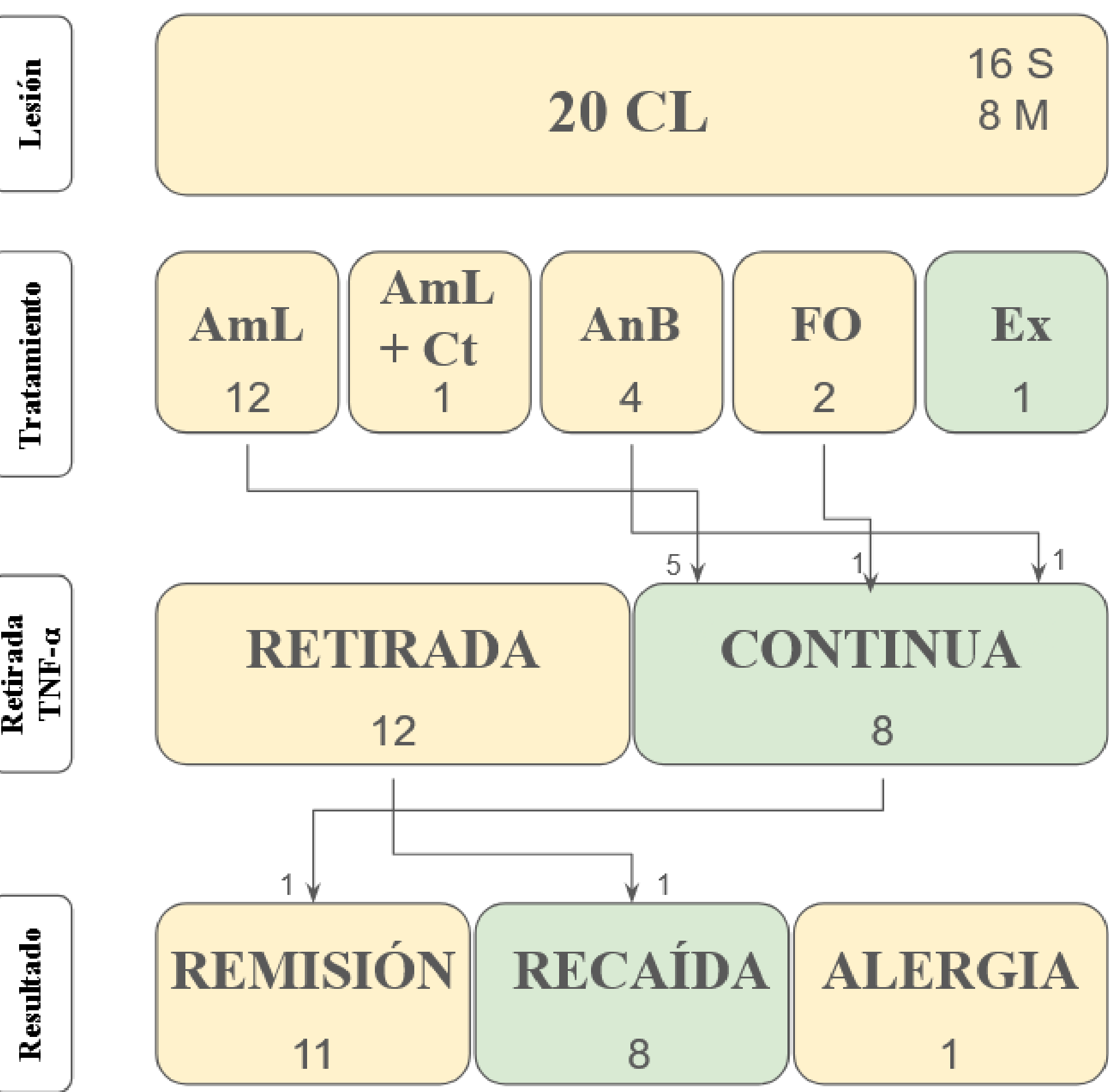


Figura 1. Tratamiento y resultados en pacientes con leishmania cutánea y anti TNF-alfa. AmL: Antimonial intralocal, AnB: Anfotericina B liposomal, CL: leishmania cutánea, Ct: Crioterapia, Ex: Exéresis, FO: Fluconazol oral, M: Lesiones múltiples, S: Lesión única

Género / Edad	Tipo	Localización	Nº Lesiones	Enfermedad previa	FAMEb	Supresión FAMEb al inicio	Tto / Res	Supresión FAMEb tras 1º tto	Tto 2 / Res	Reintroducción FAMEb tras curación	Res 6 meses	Res 12 meses
H-45	CL	MS	1	-	-	-	AmL/R	-	-	-	R	R
H-64	VL	Bazo	-	SpA	INF	Si	AnB/R	-	-	No	R	R
H-81	CL	MS	1	EII	INF	Si	FO/Fa	-	AnB + AmL/R	No	R	R
H-42	CL	MI	1	SpA	ADA	No	AmL/Fa	Si	AmL + FO/R	No	R	R
H-61	CL	MS	2	SpA	INF	No	AmL/Fa	Si	AmL+ FO/R	Si	Fa	R
M-77	CL	Cara	1	AR	ADA	Si	AmL/R	-	-	No	R	R
H-46	CL	MS	2	SpA	ADA	No	AmL/Fa	Si	AnB/R	Si	Fa	R
M-40	VL	Médula Ósea	-	PsA	SEC	No	AnB/R	No	-	-	R	R
M-65	CL	MS	2	SpA	ADA	Si	AmL/Fa	-	AnB/r	No	Me	R
H-37	VL	Duodenal	-	VIH	-	-	Pt/Fa	-	Pt + Mf/Fa	-	Fa	Fa
H-61	CL	MI	4	-	-	-	AnB/R	-	-	-	R	R
M-15	CL	MS	1	AUI	ADA	Si	AmL/A	-	Pt/R	Si	R	R
M-79	CL	Cara	1	-	-	-	AmL/R	-	-	-	R	R
M-81	CL	MS	1	EII	INF	Si	AmL + Ct/R	-	-	Si	R	R
H-34	CL	MS	1	EII	INF	Si	AmL/R	-	-	No	R	R
H-45	CL	MS	1	SpA	CER	Si	AmL/Me	-	AnB/R	No	Me	R
H-15	CL	Cara	1	-	-	-	Ex/R	-	-	-	R	R
M-40	CL	MS	2	AR	CER	No	Fo/Fa	Si	AnB/R	Si	R	R
H-62	CL	MS, MI, Cara	10	AR	ADA	Si	AnB/R	-	-	No	R	R
H-56	CL	MI, MS, Abdomen	3	SpA	ADA	Si	AnB/R	-	-	No	R	R
H-31	CL	Cuero cabelludo	1	EII	ADA	Si	AmL/R	-	-	Si	R	R
H-33	CL	MS	3	Uveítis	ADA	No	AnB/R	No	-	-	R	R
M-33	CL	Tórax	1	SpA	CER	No	Ex/R	-	-	-	R	R
M-73	CL	MS	1	AR	ADA	Si	AnB/R	-	-	No	R	R
M-58	CL	MI	1	AR	ADA	No	AmL/R	-	-	No	R	R
H-19	CL	MS	1	EII	ADA	Si	AmL/R	-	-	Si	R	R
H-39	CL	Cara	1	EII	INF	No	AmL/Fa	No	AnB/R	-	R	R

Tabla 1. Resumen de las características epidemiológicas. A: Alergia, ADA: Adalimumab, AUI: Artritis idiopática juvenil, AmL: Antimonial intralocal, AnB: Anfotericina B liposomal, AR: Artritis reumatoide, CER: Certolizumab, CL: Leishmania cutánea, Ct: Crioterapia, EII: Enfermedad inflamatoria intestinal, Ex: Exéresis, Fa: Fallo, FO: Fluconazol oral, H: Hombre, INF: Infliximab, M: Mujer, Me: Mejoría, Mf: miltefosina, MI: Miembros inferiores, MS: Miembros superiores PsA: Artritis psoriásica, Pt: Pentamidina, R: Remisión, Res: Respuesta, SEC: secukinumab, Spa: Espondiloartritis, Tto: Tratamiento, VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana, VL: Leishmania visceral

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 27 pacientes diagnosticados de LH (tabla 1), de los cuales 22 estaban en tratamiento con un FAMEb (81,48%) en el momento del desarrollo de los síntomas. De los 22 pacientes, 21 casos estaban con un anti TNF-alfa (77,77%) y 1 estaba en tratamiento con antiIL 17. Un total de 8 pacientes con anti TNF-alfa presentaron fallo al primer tratamiento. De los 21 pacientes que estaban en tratamiento con anti-TNF, 20 tenían LC (figura 1) y 1 tenía LV. A 6 pacientes no se les retiró el FAMEb en el momento del diagnóstico (75%). Mientras que, solo 2 a los que se le retiró el anti TNF-alfa presentaron fallo con el primer tratamiento (25%), el cuál fue fluconazol oral ó tratamiento local con antimoniales. Todos los pacientes mantuvieron la remisión clínica al año del diagnóstico incluso habiendo sido reintroducido un anti TNF-alfa una vez alcanzada la curación. La remisión inicial ya se había logrado en 18 pacientes que habían sido tratados con FAMEb (81,82%). De los 4 pacientes que no alcanzaron la remisión (18,18%), 2 continuaron con anti-TNF-alfa, y en 2 pacientes se había suspendido, lo que llevó a la mejoría de las lesiones.

CONCLUSIONES

Los antiTNF pueden ser un posible factor de riesgo para LH. Los tratamientos que parecen ser mejores serían la supresión del antiTNF hasta alcanzar la remisión clínica y el tratamiento sistémico con anfotericina b. Finalmente, parece que una vez alcanzada la remisión clínica, se puede volver a reintroducir el antiTNF sin mayor riesgo para recaída clínica.

BIBLIOGRAFÍA

- Bosch-Nicolau P et al.Leishmaniasis and tumor necrosis factor alpha antagonists in the Mediterranean basin. A switch in clinical expression. PLoS Negl Trop Dis. 2019
- Palacios-Díaz RD, Sahuquillo-Torralba A, Rocamora-Durán V, et al. Clinicopathological characteristics of cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis in patients treated with TNF-α inhibitors. JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. 2023; 21: 473–480.