

En este control se envió una preparación de una extensión de médula ósea obtenida de una mujer de 45 años, natural y residente en el área mediterránea de nuestro país, sometida a un trasplante autólogo de médula ósea hacía nueve meses por un carcinoma de mama, que acudió a la policlínica de Oncología antes de la fecha de revisión porque presentaba un cuadro de mal estado general, fiebre, sudoración y escalofríos, de predominio nocturno, con pérdida de peso y astenia. La temperatura era de 38 °C y se palpaba una adenopatía laterocervical derecha de 1x1 cm, no dolorosa y poco desplazable. Se objetivó una pancitopenia, con 2.040 leucocitos/mm<sup>3</sup> (41% de neutrófilos, 45,7% de linfocitos y 9,8% de monocitos), con una hemoglobina de 8,6 y una velocidad de sedimentación globular a la primera hora de 136. Los valores de coagulación fueron normales, con fibrinógeno de 720 mg/dl, GGT de 160 U/L y fosfatasa alcalina de 710 U/L. Presentaba una hipoalbuminemia, con hipergammaglobulinemia. La serología de *Toxoplasma gondii*, CMV, hepatitis B y C, y VIH fue negativa. Ante la sospecha de una recidiva de su enfermedad, y para descartar otras patologías, se realizó una punción-aspiración medular que fue enviada a Anatomía Patológica y Microbiología, en donde realizaron el diagnóstico de inmediato. Se solicitaba de los participantes que identificaran el organismo implicado en el cuadro clínico y que formularan los comentarios que se creyesen oportunos.

El centro que actuó como referencia observó en las preparaciones la existencia de parasitación por formas amastigote del complejo *Leishmania donovani* (*Leishmania infantum*). El grado de parasitación era muy elevado, observándose gran cantidad de formas amastigote, tanto intra como extracelulares. La tinción utilizada fue el método de Giemsa, técnica habitual en la mayoría de los laboratorios de Microbiología Clínica para el diagnóstico de los hemoparásitos. Se recibieron 201 cuestionarios de los 210 enviados, lo que supone un porcentaje de participación muy alto, del 95,7%. Los resultados se resumen en la tabla siguiente:

Identificación	Nº	%
Género <i>Leishmania</i>	110	54,7
<i>Leishmania donovani</i>	66	32,8
<i>Leishmania infantum</i>	19	9,4
No informa	4	2,0
<i>Plasmodium falciparum</i>	2	1,0
Total	201	100

En general, el nivel de identificación es muy elevado, considerando como respuestas válidas la identificación mínima del género *Leishmania* o de las especies *L. donovani* y *L. infantum*, dado que, como es conocido, para la identificación precisa de la especie son necesarios estudios genómicos o de zimodema. Todos comentan que el método utilizado fue la microscopía óptica, excepto 9 centros, que no lo comentan expresamente, aunque en este control se podría obviar dicho dato porque la muestra fue enviada ya preparada por el centro de referencia. Los criterios para llegar a la identificación (en los centros que lo especifican) se basan fundamentalmente en las características morfológicas del parásito observado en la preparación. Otro criterio para la identificación del parásito es la procedencia geográfica (zona mediterránea), que es comentada por diecinueve centros. De los 110 participantes que identifican el parásito sólo como género, hay que tener en cuenta que, en sus comentarios, nueve indican que, probablemente, se trata de *L. infantum*, principalmente por las manifestaciones clínicas y la procedencia geográfica de la paciente.

Cinco centros participantes sugieren que deberían realizarse cultivos en medios adecuados para *Leishmania*, que, además de confirmar el diagnóstico permitirían identificar la cepa con pruebas genómicas y estudios de isoenzimas. Sólo 17 (8,4%) especifican como segundo método de identificación la historia clínica adjunta, haciendo mención a que es muy típica, aunque este porcentaje no es real ya que, aunque la mayoría no lo especifique hacen referencia en sus comentarios a la clínica del paciente como dato para llegar al diagnóstico de parasitación por amastigotes del género *Leishmania*. La mayoría de los participantes no tuvieron necesidad del apoyo de un centro externo para llevar a cabo la identificación (186 laboratorios, el 92,5%). Sólo uno dice utilizarlo parcialmente y los restantes no informan en concreto si lo utilizaron o no.

Sólo cinco centros participantes realizan comentarios con respecto al tratamiento, en un caso recomendando antimonio de meglubina (glucantime) y otros tres anfotericina (en dos ocasiones como nuevas formulaciones lipídicas). Diez centros comentan que el parásito es de difícil reconocimiento, debido a la escasa calidad de la preparación y uno comenta que la muestra no es valorable. Los responsables del control de calidad volvemos a hacer hincapié en que cuando alguna característica de la muestra enviada no permita la identificación, debe comunicarse a la secretaria del control (dirección a pie de página) y se les enviará una nueva muestra. A la inversa, también se solicita de los participantes la comprensión hacia estas deficiencias, habida cuenta de la dificultad que entraña obtener un elevado número de preparaciones de una calidad homogénea. Respecto al grado de parasitación, sólo tres centros (1,5%) hacen referencia al elevado grado de parasitación y dos centros comentan que parece una preparación obtenida de un modelo experimental animal y uno que la celularidad medular resulta atípica.

Se valora satisfactoriamente el alto grado de identificación por parte de los centros participantes, sin recurrir al laboratorio de referencia, y en un control en el que el criterio fundamental de identificación son las características morfológicas del parásito

observado.