

Yésica Lorena Núñez

Servicio de Clínica Médica. Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545. (B7602CBM). Mar del Plata. Argentina.

RESUMEN

La leptospirosis es una zoonosis con múltiples manifestaciones clínicas, cuyo diagnóstico debe considerarse ante fiebre, neumonitis, dificultad respiratoria y hemóptisis como signo de hemorragia pulmonar. La alta sospecha clínica y una buena anamnesis pueden arribar al diagnóstico temprano de esta enfermedad potencialmente fatal. Presentamos el caso de una paciente de 66 años con disnea progresiva, fiebre, tos y hemóptisis cuyo diagnóstico confirmado por serología fue de Leptospirosis considerada a partir de los datos epidemiológicos de la paciente. La Leptospirosis puede presentarse con síntomas respiratorios y evolucionar rápidamente a una insuficiencia respiratoria con compromiso de la vida.

INTRODUCCION

La Leptospirosis es una zoonosis de distribución mundial causada por *Leptospira interrogans* que se presenta con un amplio espectro de manifestaciones clínicas. La muerte usualmente se asocia con ictericia severa, falla renal aguda y complicaciones hemorrágicas. La presentación con síntomas respiratorios tiene una incidencia de 20% a 70% según distintos reportes.¹⁻²

La transmisión de las leptospirosis en humanos puede surgir después de contacto directo con la orina, la sangre o el tejido de un animal infectado o la exposición al entorno contaminado; rara vez la transmisión ocurre de un humano a otro.³

CASO CLINICO

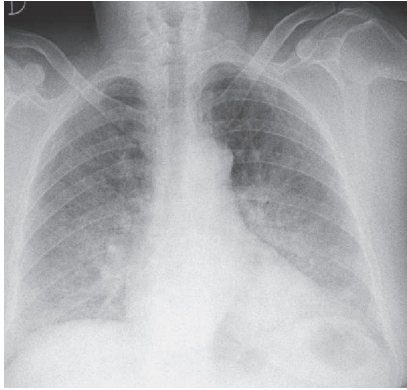
Mujer de 66 años con antecedentes de tabaquismo, dislipemia, hipertiroidismo tratada veinte años atrás con yodo radiactivo, histerectomía, colecistitis con colecistectomía.

Consultó por cuadro de siete días de evolución caracterizado por artralgiyas, predominantemente en rodillas; decaimiento general; fiebre (con registros de temperatura axilar de 38,5°C); sudoración profusa. Agregó disnea progresiva hasta llegar a ser ante mínimos esfuerzos y escasa tos seca. Consultó en guardia y recibió amoxicilina-ác clavulánico por 48hs. Dado que la disnea progresaba y agregó un episodio de expectoración hemoptoica volvió a consultar, una vez evaluada se decidió su internación en el servicio de clínica médica.

Como antecedente epidemiológico refirió haber convivido los días previos al comienzo del cuadro con un hombre que en ese momento se encontraba internado en la terapia intensiva de otro hospital, por un cuadro respiratorio, de similares características, con la sospecha de leptospirosis. Dicho contacto había limpiado una pileta en otra ciudad, luego de dicha tarea regresó y comenzó con la sintomatología.

Al ingreso la paciente se encontraba febril, normotensa, taquipneica. Como dato positivo al examen físico presentaba rales crepitantes bibasales.

Laboratorio: hemoglobina de 9.7 g/dl con criterios según parámetros del hierro de anemia de trastornos crónicos; 14400 blancos; plaquetas normales; FAL 879; TGO 41; TGP



72; tiempo de protrombina normal. Se realizó gasometría arterial con una FiO_2 21% que mostró marcada hipoxemia con saturación de hemoglobina de 83% y acidosis metabólica con alcalosis respiratoria asociada.

Radiografía de tórax con cardiomegalia, con signos de hipertensión pulmonar pasiva, con opacidad homogénea mal delimitada bibasal.

Inició tratamiento con ceftriaxona y azitromicina.

Otros resultados de laboratorio: orina completa con sangre +, en tres muestras de orina en busca de cilindros hemáticos y hematíes dismórficos sólo una presentó dichos elementos en proporción de 1 cada 5 campos y 5% respectivamente.

Tres muestras de esputo para BAAR resultaron negativas al directo y fueron cultivadas en medio Lowenstein Jensen. Como observación se informó sangre macroscópica en el esputo.

La serología para HIV fue negativa.

La paciente fue evaluada por el servicio de Infectología. Sin cambios en el tratamiento.

Dada la alta sospecha epidemiológica de leptospirosis se envió muestra de sangre para serología.

La paciente presentó evolución favorable. Los hemocultivos cerraron negativos.

Se recibió resultado de serología para leptospirosis po-

sitiva (+1/400 para *Leptospira canicola* y +1/200 para *Leptospira ballum*).

DISCUSION

En una revisión de casos presentada por el hospital Muñiz, realizada con datos entre 1990-1999 se observó que 276 casos de Leptospirosis fueron diagnosticados; 43 de esos casos se caracterizaron por neumonía aislada o asociada con otros síntomas. No se observaron casos de hemorragia pulmonar severa y el índice de casos fatales fue menor al 1%.¹

La transmisión se vincula con factores ambientales. En algunos países la enfermedad predomina en ciertas profesiones: recolectores de basura, trabajadores de la construcción, de estaciones depuradoras de aguas residuales, empleados de la industria pesquera, parques, agricultores, veterinarios entre otros.³⁻⁶ También se vincula con ciertas actividades recreativas, sobre todos las acuáticas.³ Se han observado mayor número de casos vinculados con inundaciones. De todos modos en ciudades de climas cálidos y tropicales, la leptospirosis afecta no solo los grupos con exposición laboral sino a la población en general. Las condiciones sanitarias inadecuadas, un precario sistema de desagües y la acumulación de desechos aumenta la exposición humana a excretas de animales reservorio de *Leptospiras*, principal mecanismo de contagio.³⁻⁶

Muchas personas infectadas por *Leptospira* permanecen asintomáticas. En los casos sintomáticos las manifestaciones varían desde leves hasta graves, incluso letales.

En general el período de incubación dura de una a dos semanas.³

La leptospirosis anictérica puede presentarse como un pro-

ceso pseudogripal agudo con fiebre, escalofríos, mialgias, náuseas, vómitos y cefalea frontal o retroorbitaria. Dolor muscular sobre todo en pantorrillas, dorso y abdomen constituye un rasgo importante. Puede presentar erupción cutánea máculopapular eritematosa, urticarial o hemorrágica. Los síntomas remiten en una semana y recidivan con el comienzo de la fase inmunitaria, con mialgias y fiebre menos intensa pero con una complicación importante: meningitis aséptica. Iritis, iridociclitis o coriorretinitis son complicaciones tardías.³

La leptospirosis grave (Síndrome de Weil) es la forma más severa de presentación, caracterizada por ictericia, disfunción renal y vascular. La insuficiencia renal aparece en la segunda semana con necrosis tubular aguda, oliguria o anuria. La lesión pulmonar es frecuente con tos, disnea, dolor de pecho y expectoración hemoptoica e incluso insuficiencia respiratoria.³ El perfil hemodinámico de estos pacientes es similar al que se observa en pacientes con shock séptico. Un aumento en los niveles de CPK junto con los de creatinina en los casos más severo sugiere que la rabdomiólisis contribuye en la falla renal existente.⁶

El compromiso respiratorio puede clasificarse en 1) leve a moderado (20-70% de los casos) con infiltrados pulmonares asociados a ictericia y mínima alteración de la función renal; 2) severa, con ictericia, nefropatía, hemorragias (Síndrome de Weil) y muerte debida a falla renal, miocarditis o hemorragia masiva con colapso vascular,³ hemorragia pulmonar generalmente mortal sin ictericia, nefropatía y otras hemorragias.¹

Disnea, dolor torácico y tos con hemóptisis son frecuentes en los pacientes con manifestaciones pulmonares. En casos

de leptospirosis pulmonar estos síntomas pueden progresar rápidamente a la falla respiratoria y causar la muerte por hemorragia intraalveolar.²

Los datos de laboratorio que se observan con frecuencia son: proteinuria; piuria; hematuria microscópica; aumento de eritrosedimentación; leucocitos bajos, elevados o normales; leve a moderado aumento de transaminasas, bilirrubina, fosfatasa alcalina y LDH; trombocitopenia y aumento de creatinina y amilasa en plasma. La gasometría arterial muestra insuficiencia respiratoria aguda con alcalosis respiratoria, hipoxemia y acidosis metabólica.²

En la radiografía de tórax pueden observarse infiltrados nodulares, consolidación y hasta aspecto en vidrio esmerilado. La resolución de estos cambios es más rápido que las neumonías bacterianas.²

El diagnóstico inicial es clínico, teniendo en cuenta el contexto epidemiológico y los síntomas y signos del paciente.⁴

Los test considerados como "gold standard" en el diagnóstico de leptospirosis como la seroconversión, el aumento del título de anticuerpos y el cultivo de *Leptospira* se hacen positivos en un estadio tardío de la enfermedad. Los niveles de anticuerpos se hacen detectables en la segunda semana y los cultivos demoran dos a cuatro semanas. Una pobre respuesta inmune se ha descrito en los

casos de infección severa.⁴

El Test de Aglutinación Microscópica (MAT) es un método de referencia en el diagnóstico serológico de leptospirosis.² La detección de antígenos de *Leptospira* es posible mediante PCR, se requiere de personal muy entrenado para su práctica.⁴

Es importante establecer el diagnóstico diferencial con otras enfermedades como dengue y otras fiebres hemorrágicas virales, malaria y neumonías atípicas (TBC, histoplasmosis, etc) también relacionadas con actividades recreativas.²

El tratamiento sugerido incluye medidas de soporte hemodinámico, corticoides, antibióticos (penicilina, cefalosporinas, tetraciclinas o macrólidos), asistencia respiratoria y transfusión de plaquetas.²

Una vez establecido el cuadro respiratorio toma un curso rápido y severo, con un índice de mortalidad entre 30-60%. La edad avanzada, las enfermedades concomitantes, la inestabilidad hemodinámica, la oliguria, disnea, sobrecarga de volumen, hemóptisis, acidosis metabólica, trombocitopenia y leucocitosis mayor de 12900 son signos de mal pronóstico.²

CONCLUSION

Las diferentes formas en que puede presentarse la Leptospirosis a menudo dificulta su diagnóstico. Su relación con la exposición a ciertos factores

ambientales hace que la anamnesis ocupe un lugar fundamental en su diagnóstico. Es importante considerar esta entidad dentro del diagnóstico diferencial de pacientes con fiebre y manifestaciones asociadas con neumonitis y falla respiratoria, especialmente si se acompaña de hemóptisis como signo de hemorragia pulmonar. La sospecha de esta enfermedad debe estar presente, ya que el diagnóstico temprano se basa en la anamnesis y el cuadro clínico, y permite un tratamiento oportuno para evitar una evolución fatal.

BIBLIOGRAFIA

1. Seijo A, Coto H, San Juan J, et al. *Letal Leptospiral Pulmonary Hemorrhage: an emerging disease in Buenos Aires, Argentine. Emerging Infectious Diseases* 2002; 8(9): 1004-1005.
2. Zavala-Velazquez J, Cárdenas-Marrufo M, Vado-Solis I. *Hemorrhagic pulmonary leptospirosis: three cases from the Yucatán peninsula, Mexico. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2008; 41 (4): 404-408.
3. *Principios de Medicina Interna Harrison*. 17ª edición. 2008. Parte 7 Cap 164: 1048-1051.
4. Ittyachen A, Krishnapillai T, Fair M. *Retrospective study of severe cases of leptospirosis admitted in the intensive care unit. J Postgrad Med* 2007; 53 (4): 232-235.
5. Pereira Dias J, Texeira M, Costa M. *Factors associated with Leptospira sp infection in a large urban center in northeastern Brazil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 40 (5): 499-504.
6. Marotto P, Cristiane M, Eluf - Neto J. *Acute lung injury in leptospirosis: clinical and laboratory features, outcome, and factors associated with mortality. Clin Infectious Diseases* 1999; 29: 1561-3.