

LEPTOSPIROSIS HUMANA, PRESENTACION DE DOS CASOS

Dr. Pablo Medina *, Dr. Ramiro Guerrero T.

La leptospirosis es una enfermedad que en nuestro medio debe ser más común de lo que se cree, dado que tenemos todas las condiciones para que exista. Su ausencia aparente puede deberse a que no se piensa en ella y a menudo sus signos y síntomas se confunden con otras entidades. Presentamos a continuación dos casos confirmados por laboratorio.

Caso No. 1

Nombre del paciente: R-L
Edad: 23 años
Estado Civil: soltero
Ocupación: Obrero en alcanarillas
Procedencia: Cali
Fecha de Ingreso: diciembre 15/69.
Fecha de salida: enero 28/70

Paciente que ingresa al Servicio de Medicina Interna de la Clínica del ICSS en Cali, remitido de Urgencias por presentar desde 8 días antes, fiebre, cefalea, mialgias generalizadas, y al momento de ingreso, ictericia escleral muy acentuada, hemorragias en ambas conjuntivas, coluria y disminución de la eliminación urinaria. Daba además antecedente inmediato de herida en región palmar izquierda y que al parecer sufrió infección secundaria.

Al examen físico se encontró un paciente en malas condiciones generales que aparentaba estar agudamente enfermo, intensamente ictérico, afebril y con hemorragia conjuntival bilateral, T.A.: 100 x 80, P: 80 Kg, T: 37°C. Cardiopulmonar: normal, Abdomen: Blando, no doloroso, sin visceromegalia.

El diagnóstico de impresión que se tuvo inicialmente fue el de Septicemia, a partir de herida de mano izquierda, o el de una hepatitis tóxica. Como el paciente no se hallaba lúcido no se pudo hacer interrogatorio en relación a la ingestión de tóxicos, pero una vez recuperado fue enfático en negar ingestión de cualquier tóxico. Se le inició terapia con altas dosis de penicilina cristalina intravenosa (12 millones/día) y líquidos parenterales.

Por unas 12 horas no se observó eliminación urinaria, y ante del diagnóstico de insuficiencia renal aguda se administró Manitol, 250 mg.IV en 20 minutos, obteniéndose una respuesta diurética satisfactoria tardía, continuando la diuresis normal.

Los exámenes de laboratorio realizados al día siguiente a su ingreso mostraron: HB: 13,2 gr., Hto.: 43, Leucograma: 15.800. (N. 86% ; C: 2% , L: 9%) Bilirrubina total 15.4 mgr.%, (directa 12 mg.%) Transaminasas: Piruvica 200 U oxalacética: 380 U., Fosfatasa alcalina: 4, Urea: 126 mg.%, Creatinina: 7.6 mg.%.

Se tomaron además varios hemocultivos desde su ingreso resultando uno solo positivo para estafilococo coagulasa positiva, el cual se interpretó como contaminación.

Durante la evolución la ictericia se hizo más notoria, llegando la bilirrubinemia total a 23,6 mg.% (directa: 20 mg.%). El paciente comenzó a presentar esputo hemoptoico lo cual unido a sus hemorragias conjuntivales hizo pensar en problemas de coagulación; se le practicaron pruebas hepáticas, reportados como normales, con una protombina del 100%. El recuento de plaquetas fue de 60.000 x m.m.³, y con diagnóstico de púrpura trombocitopénica se le administró Prednisona a razón de 30 mg./día por vía oral con lo cual los problemas hemorrágicos comenzaron a ceder.

El paciente comenzó a recuperarse, la ictericia a desaparecer y la bilirrubina bajó a 2.1 mg.%.

* Profesor Asociado- Jefe Departamento Microbiología
Facultad de Medicina -Universidad del Valle

Se hizo biopsia hepática la cual fue reportada como "necrosis con regeneración, infiltrado inflamatorio ocasional en los espacios porta. El cuadro histológico tiende a ser generalizado". Las coloraciones para espiroquetas fueron negativas. Se practicaron hemocultivos, urocultivo y reacciones de aglutinación para leptospiras, un mes después de su ingreso, siendo lógicamente negativos los cultivos, pero las seroaglutinaciones mostraron títulos muy altos de anticuerpos para *Leptospira icterohemorrágica* (1/325 para macroaglutinación y 1/1600 para microaglutinación) los cuales se pueden considerar diagnósticos.

El paciente fue dado de baja en excelentes condiciones clínicas y un mes después se encontraba asintomático y en buen estado general.

Caso No. 2

Paciente: M.G.
Edad: 28 años
Sexo: Masculino
Procedencia: Cali
Ocupación: Albañil
Fecha de Ingreso: Febrero 10/70 (H.U.V.)
Fecha de salida: Marzo 3/70.

Paciente que consulta al Hospital Universitario por fiebre, vómito, ictericia y dolores musculares.

Su enfermedad se había iniciado una semana antes con fiebre, escalofríos y decaimiento severo. Dos días después presentó ictericia y hemorragias conjuntivales, dolor intenso en la garganta, tos y expectoración con pintas de sangre, anorexia, dolor abdominal, vómito y deposición de color negro. Refiere además orinas oscuras, escasas, cefalea y dolores musculares intensos, sobre todo en miembros inferiores.

Al examen se encontró: TA: 100/60, Pulso 120/min, R: 34/min.

Paciente febril que aparenta estar aguda y gravemente enfermo. La piel y las mucosas estaban ictericas, amplias hemorragias conjuntivales, faringe conjuntiva. Cardiopulmonar: ruidos cardíacos velados, ritmo irregular, Respiración: difícil y ruda. Abdomen: doloroso, hígado liso y muy doloroso, a 6 cm. por debajo del reborde costal; puñopercusión lumbar, muy dolorosa en ambos lados. La palpación y movilización de los miembros inferiores producía un dolor insoportable.

Los exámenes de laboratorio al ingreso mostraron lo siguiente:

Leucocitos 14,500 (Neutrófilos 80% y cayados 6%)
Orina: 50 mg.% de albúmina y en el sedimento se encon-

traron: 12-15 leucocitos 4-5 eritrocitos x campo, así como también cilindros granulosos. Urocultivo (-).

Bilirrubina total 19.10 mg% (directa 12.8 mg%).
Fosfatasas alcalinas 12,2 UB, Transaminasa positiva: 310U
Nitrógeno Ureico 146 mgr.% y creatinina 4.96 mg.%
Tiempo de protombina 45%, 20.5 seg. (control de 14seg)
Cloro 88, Sodio 135, Potasio 3,5 MEq/Litro.
Electrocardiograma: Fibrilación auricular.

Se inició hidratación parenteral. Al día siguiente se tomaron muestras de sangre y orina para investigar leptospiras por medio de cultivo y seroaglutinaciones mostrando estas últimas un título de 1/512 para microaglutinación. Se inició tratamiento a base de penicilina cristalina 10 millones/día por vía endovenosa y Prednisona, 30 mg./día de lo cual el paciente inició una franca mejoría. Los controles de laboratorio dos semanas después mostraron:

Leucocitos: 9.450, Neutrófilos: 65%, Linfocitos: 31%
HB: 9-6%, Plaquetas 220.000 m³, Parcial de orina normal, Bilirrubina total 2.2 mgrs% (directa: 1.3 mg%) Nitrógeno-ureico 19, Creatinina 1.54 mgrs%, Fosfatasas alcalinas 6.7 UB, Transaminasa piruvica 200 U, ECG: normal.

El paciente fue dado de baja en buenas condiciones generales, y al momento de su salida se le tomó una segunda muestra de sangre para seroaglutinaciones de leptospira la cual mostró un título de 1/325 para macroaglutinación y 1/3200 para microaglutinación para leptospira icterohemorrágica.

Los cultivos de sangre fueron positivos para *L. icterohemorrágica*; los cultivos de orina fueron negativos.

DISCUSION

Presentamos dos casos de leptospirosis humana en su forma grave de ictericia hemorrágica con el fin de llamar la atención sobre la existencia de esa entidad entre nosotros. Ambos proceden de esta ciudad.

De tiempo atrás y esporádicamente, han ocurrido casos en los cuales se ha considerado la posibilidad de ese diagnóstico pero se carecía de la prueba concluyente del laboratorio. En los casos presentados, uno del Hospital Universitario y el otro de la Clínica de los Seguros Sociales, el Departamento de Microbiología de la Facultad de Medicina, confirmó el diagnóstico con cultivos en el primero y por seroaglutinaciones y cultivo en el segundo.

Si pensáramos con mayor frecuencia en esta enfermedad es muy posible que la encontraríamos ya que si bien ella tiene extensión universal su predominancia está en los trópicos en donde los factores de ambiente favorecen la vida de la leptospira fuera de sus huéspedes habituales y por lo tanto, el contagio.

Las formas anictéricas pasan habitualmente sin ser reconocidas y son también las más benignas, sin ocasionar mortalidad. La virulencia de la leptospira se correlaciona con la ictericia; las menos virulentas producen las formas anictéricas, según Cecil¹. En tales casos sólo el laboratorio podrá hacer el diagnóstico.

La leptospira fue descrita por la primera vez como entidad clínica independiente por el médico francés Landouzy en 1883. Tres años después Weil, otro observador francés, encontró varios pacientes con el cuadro clásico de fiebre, ictericia y hemorragias, asociadas con insuficiencia hepática y renal. Esta forma grave, llamada "enfermedad de Weil" es la que generalmente se puede reconocer entre nosotros por la simple observación clínica.

La leptospira, huésped de varias especies animales inferiores, especialmente roedores, que constituyen sus depósitos naturales. En algunas de ellas se desarrolla el estado de "portadores renales sanos" y eliminan constantemente los gérmenes en la orina. Las leptospirosas son transmitidas al hombre por el agua contaminada por la orina cuando la temperatura favorable alrededor de 22° permite la supervivencia por varias semanas. También puede hacerse el contagio por contacto directo con los tejidos de los animales portadores. La puerta habitual de entrada es la piel o mucosas lesionadas pero también se han descrito brotes epidérmicos por el consumo de agua o alimentos contaminados⁵.

En un estudio muy bien documentado publicado por el Dr. Alexander² sobre la distribución de la leptospirosis en la América Latina dice que sólo se ha comprobado su existencia en siete países de la América Central, incluyendo en esta denominación geográfica a Méjico y Panamá, y en cinco de las repúblicas de América del Sur.

El autor enumera detalladamente las observaciones publicadas en nuestra América, sin hacer mención de nuestro país. Dice que hasta ahora se han identificado 60 serotipos. Observa que la leptospirosis se confundía antes con la fiebre amarilla en los países en donde existía esa endemia: Ecuador, Brasil y Perú. (Ello explica que Noguchi describiera la leptospirosis en Guayaquil en 1919, en animales, cuando realizaba sus célebres investigaciones en fiebre amarilla que habrían de terminar con su vida en África en 1925). Las manifestaciones ictericas, de la enfermedad son particularmente difíciles de diagnosticar en los trópicos, señala el Dr. Alexander, en donde concurren muchas causas de ictericias.

En Panamá los Drs. Calero, Karl y otros³ observaron que por la variedad de serotipos del género leptospira se forma un grupo complejo de enfermedades que van desde la forma icthohemoglobinúrica o enfermedad de Weil, con una mortalidad de un 30% , a la meningitis benigna

aséptica o a síndromes similares a la influenza. Con el examen de 670 sueros humanos comprobaron la existencia de la endemia y la presencia de unos diez serotipos.

Los Drs. Restrepo y Bravo⁴, más recientemente, en Antioquia publicaron sus observaciones serológicas y cultivos hechos en tres grupos de animales, cerdos, perros y ratas salvajes, provenientes de lugares diferentes. Para las seroglutinaciones y para identificar los cultivos usaron 12 y 16 serogrupos, respectivamente, obtenidos del Centro de Enfermedades Comunicables de Atlanta (E.E.U.U.). En los sueros 43 cerdos obtuvieron aglutinaciones positivas en 12 (27,9%). En el grupo de perros lograron cultivos en 4 (16,6%) y seroaglutinaciones positivas en 8 (33%). En 41 ratas sólo encontraron una reacción positiva. En su bibliografía citan seis artículos, entre ellos uno de los mismos autores, sobre observaciones de leptospirosis publicadas en Colombia en diferentes especies de animales.

El Dr. Pablo Medina, en artículo que aparece en este número de Acta Médica, informa sobre el resultado de cultivos realizados con riñones y orina de animales salvajes capturados en tres diferentes localidades del occidente colombiano. De 124 muestras cultivadas dos de orina fueron positivas para leptospirosis.

No conocemos publicaciones sobre casos humanos en nuestro país. Tenemos informes de que el Dr. Carlos Trujillo Gutiérrez, Profesor de la Universidad Nacional, ya fallecido, publicó alguno o algunos casos en Bogotá sin que hasta el momento hayamos podido obtener la referencia.

Como nota final queremos anotar que el dato anamésico de vivir en un medio en donde existan los animales huéspedes y con mayor razón el haber sufrido heridas en el primero de nuestros casos, serían una guía para el diagnóstico como lo son los siguientes signos que nos permitimos sugerir. Obnubilación mental que no es normal encontrar en ictericias benignas de otro origen. Pruebas hepáticas anormales pero dentro de un período corto de evolución, una semana aproximadamente. En ictericias de otro origen las pruebas permanecen alteradas por más tiempo. Lo mismo debemos decir del daño renal que por grave que sea, puede llegar a ecrosis tubular aguda, retorna rápidamente a la normal sin dejar ninguna alteración funcional.

NOTA: Queremos dar los agradecimientos al Dr. Américo Alvir, médico tratante del segundo paciente mencionado en este trabajo.

REFERENCIAS

1. Cecil and Loeb "Textbook of Medicine" W.B. Saunders company, Philadelphia (12 th Edition) 1967.
2. Alexander A.D., "La distribución de la leptospirosis en América Latina". Bol Ofic San Pan 19: 149-164, 1960 (agosto).
3. Calero M.C., Reinhard, K.R., Owen C.R., "Leptospirosis of man in the Insthums of Panamá" Amer J Trop Med Hyg. 6: 1054-1060, 1957.
4. Restrepo C., Bravo R.C., Leptospirosis en Antioquia. II Leptospirosis en perros y cerdos". Antioquia Med.20: No. 1, XX, 1970.
5. Harrison's Principles of Internal Medicine. McGraw-Hill Book Company. New York, (6th Edit.), 1970.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA

AUSPICIADA POR ANDI

CALI - COLOMBIA

CALLE 21 No. 7 20
CONMUTADOR: 85 11 91
A P A R T A D O S :
AEREO 1991 - NAL. 718
TELEGRAFO: "COMFAMILIAR"



LA DIVISION DE SALUD

Presta a la esposas e hijos de los afiliados los siguientes servicios :

Medicina general - Ginecología - Pediatría - Cirugía - Laboratorio Clínico -

Vacunación - Fotofluorografía pulmonar - Rayos X - Odontología - Droguería.

Especialistas en :

Organos de los sentidos - Cardiología - Traumatología - Urología - Radiología

Neurología - Neumología - Endocrinología - Hematología - Reumatología - Ci-

rugía plástica - Patología - Dermatología - Fisioterapia - Psiquiatría - Citología

vaginal.