

Caso 58**Síndrome de Weil, presentación de un caso típico**

SALVADOR SENDRA ESTEVE, PABLO LAFUENTE SANCHIS, RODARIC COTO OVIEDO, LUIS MANCLUS MONTOYA, DANIEL SÁNCHEZ DÍAZ-CANEL, NOELIA PARDO PAVÍA

Hospital Universitario de La Ribera

HISTORIA CLÍNICA – ANTECEDENTES PERSONALES

Varón, 37 años, acude por fiebre de una semana de evolución, astenia, artromialgia intensa, vómitos y diarrea. Empeoramiento progresivo a pesar de tratamiento sintomático. En los últimos 3 días comienza con ictericia, coluria y acolia, gran posturación que le obliga a deambular con ayuda. Alergia a la Penicilina, fumador de 20 cigarrillos/día, trabaja en los arrozales. No otros antecedentes de interés.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Postrado en el lecho, marcadas ictericia cutáneo-mucosa y sufusión conjuntival, eritema pretibial bilateral, intenso dolor al palpar masas musculares fundamentalmente las gemelares. Consciente y orientado. No rigidez nuca ni focalidad neurológica. ACR: rítmico, mv conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible y doloroso a la palpación de forma difusa, más intenso en hipocondrio derecho, sin signos peritonismo, no masas ni megalias.

Temperatura: 37°C, TA: 115/65, fc: 101 lpm, fr. 20 pm, SPO₂: 98% (aire ambiente).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **Análisis de sangre:** Creatinina: 4.19 mg/dl, Urea: 220 mg/dl, Bilirrubina total: 28 mg/dl, GOT: 300 U/L, GPT: 146 U/L, Plaquetas 54.000, Na: 133 mmol/l, K: 3.1mmol/l, PCR: 154.4 mg/dl, LDH: 864 U/L, CK: 3283 U/L, Índice de Quick: 72%, INR: 1.3.
- **Rx tórax:** sin hallazgos patológicos significativos (Figura 1).
- **Ecografía abdominal:** ecogenicidad del pa-

rénquima hepático moderadamente aumentada, la vesícula biliar es de pared normal, sin cálculos en su interior. Las vías biliares intrahepática y extrahepática son de calibre normal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS

Se trata de un paciente que presenta una ictericia no obstructiva, febril, asociando una insuficiencia hepatorenal y rabdomiolisis. Cuadro de probable origen infeccioso, dada la hipertermia y la elevación de los reactantes de fase aguda, y con afectación multiorgánica. Todo ello junto con el antecedente profesional del paciente:

SOSPECHA DIAGNÓSTICA: **LEPTOSPIROSIS**

EVOLUCIÓN

Se solicitan hemocultivos y serología de Leptospirosis. Se inicia tratamiento antibiótico IV con Doxiciclina, tratamiento sintomático y fluidoterapia IV intensa. Ingresa en UCI.

- Hemocultivos: negativos.
- Serología Leptospirosis: Leptospira - Ac IgG: POSITIVO > 1/40.

El paciente evolucionó de forma favorable durante su ingreso (4 días de estancia en UCI) se mantuvo afebril y hemodinámicamente estable. Al alta, la función renal y los reactantes de fase aguda se habían normalizado, pero mantenía la afectación hepática con Bilirrubina Total: 14 mg/dl (previa 30 mg/dl) a expensas de la directa.



Figura 1

Seguimiento por consultas externas con total normalización de la analítica.

DIAGNÓSTICO FINAL

LEPTOSPIROSIS ICTEROHEMORRÁGICA (SÍNDROME DE WEIL).

DISCUSIÓN

La Leptospirosis es una Antropozoonosis de distribución mundial, mas frecuente en el trópico y subtropical donde suele presentarse en forma de brotes o epidemias. Relacionada con profesiones, como cultivo de arroz y cría de ganado, entre otras, también relacionada con deportes en agua dulce y con condiciones higiénico sanitarias desfavorables. Esta provocada por la bacteria *Leptospira* (Figura 2), una espiroqueta gramnegativo, aerobia obligatoria que puede sobrevivir hasta 6 meses en agua dulce. Afecta a animales salvajes y domésticos, (mamíferos, reptiles, aves y anfibios), el ser humano es un hospedero accidental. La vía de transmisión más importante epidemiológicamente es la leptospiruria de animales infectados.

Se señala en la literatura que hasta un 15% de los casos son asintomáticos. El 90% de los casos sintomáticos cursan con enfermedad leve y solo el 10% presenta la forma grave de síndrome hepatorenal, este último con una mortalidad del 10%. Del 60 al 70% de los casos de Leptospirosis son diagnosticados como gripe. El tratamiento se basa en Penicilina G de 6 a 12 millones de UI diarias, la ceftriaxona 1 g diario por 7 días o la doxiciclina 100

mg/12 horas por 7 días (esta última de elección en alérgicos a los betalactámicos y en casos leves).

Nuestro hospital es una institución joven con 10 años de historia. Según las estadísticas se han solicitado 48 serologías de *Leptospira* siendo positiva en 4 ocasiones. En todos ellos, el diagnóstico clínico fue Síndrome de Weil, ninguno falleció. Nuestra área de salud, con la presencia de grandes arrozales y una población dedicada a estas labores, ha sido históricamente un lugar de alta prevalencia, la aparición de los síntomas y signos antes mencionados deben hacer sospechar la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leptospirosis Humana: ¿Un problema de salud? Rev. Cubana Salud Pública 2000; 26(1):27-34.
2. Boletín epidemiológico de la OPS vol. 21, nº 2, Junio 2000.
3. Leptospirosis. Módulos Técnicos Serie Documentos Monográficos Nº2, Lima 2000.
4. Diagnóstico de Leptospirosis crónica, comparación entre la aglutinación microscópica y 3 técnicas diagnósticas confirmatorias. Rev Cubana Med Trop 2007;59(1):8-13.
5. http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/inf_leptospirosis.pdf.
6. Fichas prácticas. Leptospirosis. Nº 55, 2009.
7. Leptospirosis: pleomorfismo clínico en el síndrome febril. Salud en Tabasco Vol. 8, Nº.3, Diciembre, 2002.

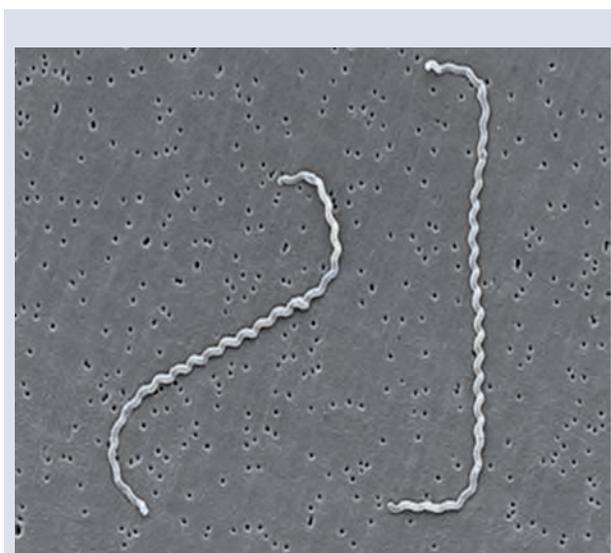


Figura 2

COMENTARIO EDITORIAL

La leptospirosis puede ser considerada como una enfermedad generalizada, sistémica, traducida fundamentalmente por una vasculitis infecciosa. La lesión vascular, predominantemente capilar, es un factor prominente de la leptospirosis y responsable del edema y la diátesis hemorrágica. Afecta fundamentalmente a los capilares de hígado, pulmón y riñón. Puede ser asintomática, quedando comprobada su ocurrencia por la seroconversión. Cuando es sintomática, puede causar una enfermedad febril anictérica autolimitada (85 a 90% de casos) o manifestarse bajo su forma más severa conocida como síndrome de Weil (5 a 10% de casos). Después de un período de incubación que es de 2 a 26 días (término medio de 5 a 14), la enfermedad generalmente se inicia de forma brusca con escalofríos, fiebre elevada, mialgias y cefalea intensa. Las mialgias predominan en músculos de pantorrillas, paravertebrales y abdomen. La congestión conjuntival es característica, aunque no constante, pero de importante ayuda diagnóstica. Las lesiones cutáneas son variables, exantema eritematopapuloso, urticariforme, petequeal o hemorrágico. En el examen de orina hay glóbulos rojos, leucocitos, cilindros granulados, así como hemoglobina y cilindros hialinos. Proteinuria y mioglobinuria son frecuentes.

El diagnóstico diferencial debe incluir: influenza, meningitis aséptica, encefalitis, hepatitis anictérica, dengue, otras enfermedades virales, brucelosis, toxoplasmosis, malaria, tifoidea, encefalitis, etc. El antecedente epidemiológico unido al conjunto de las manifestaciones clínicas, despiertan la sospecha de leptospirosis y llevan a solicitar los estudios serológicos correspondientes. En esta etapa el germen puede ser aislado en cultivos de sangre, orina y LCR. Esta primera fase, de 4 a 9 días, frecuentemente termina con la apirexia y regresión de los síntomas. En las formas leves el enfermo se recupera totalmente en 3 a 6 semanas. En las formas más severas el curso de la enfermedad puede ser prolongado o bifásico.

En la segunda fase o inmune, después de 1 a 3 días de apirexia y aparente recuperación, reaparece la fiebre y los síntomas de localización en diversos órganos. La cefalea y las mialgias son intensas. En las formas anictéricas la principal manifestación de la segunda fase es la meningitis. A nivel ocular las manifestaciones son variadas: congestión conjuntival, hemorragias, iritis, iridociclitis, coriorretinitis, coroiditis. Las manifestaciones hemorrágicas son de diferente entidad. En las formas más graves, el distrés respiratorio y la hemoptisis pueden causar la muerte. Petequias y sufusiones hemorrágicas de piel, así como petequias en el paladar, son frecuentes. La insuficiencia renal, las hemorragias y las complicaciones cardiovasculares son más frecuentes en pacientes con ictericia.

La forma icterica o síndrome de Weil es una forma grave de leptospirosis, con alta tasa de mortalidad, que puede ser observada con cualquier serotipo. El cuadro clínico anteriormente descrito se presenta con mayor severidad y es más prolongado, asociándosele una severa disfunción hepática donde la ictericia es el signo prominente. Se acompaña de disfunción renal, hemorragias, alteraciones hemodinámicas, cardíacas, pulmonares y de conciencia. La ictericia es el primer síntoma de gravedad pues en su ausencia no es frecuente que el enfermo muera. Durante muchos años la insuficiencia renal aguda fue la principal causa de muerte de la leptospirosis. Después de los métodos dialíticos las principales causas de muerte son las hemorragias y las complicaciones cardíacas. En cualquier forma clínica de la leptospirosis se observa el compromiso cardíaco por miocarditis, pero es mayor en el síndrome de Weil. Las arritmias cardíacas y los trastornos de conducción son agravados por los disturbios electrolíticos. Los pacientes que sobreviven estas complicaciones usualmente se recuperan totalmente en 6 a 12 semanas.

La mayoría de las infecciones son autolimitadas, siendo aún hoy controvertido el uso de antibióticos. Su administración no provoca un acortamiento en el tiempo de enfermedad y no ha demostrado beneficios en la mortalidad. No obstante, la práctica habitual es la instauración de tratamiento antibiótico por vía parenteral.

Juan González del Castillo.
Hospital Clínico San Carlos. Madrid