

Relato de Caso: Leptospirosis y sus Complicaciones en Paciente Adulto Mayor

Stefanny Mello de Paula Duarte, Bruna

bruna_mellodepaula@hotmail.com

Universidad Internacional Tres Fronteras

ID: 0009-0007-3213-3229

Matheus Duda, Bruno

bruno1duda@gmail.com

Universidad Internacional Tres Fronteras

ID: 0009-0006-7490-0900

Zapani Comper, Camila

ca.zcomper@gmail.com

Universidad Internacional Tres Fronteras

ID: 0009-0003-6184-7360

Lucia dos Santos Gonçalves, Carla

carlanutri.sfs@gmail.com

Universidad Internacional Tres Fronteras

ID: 0009-0000-9007-7308

Tochetto, Cezar

ctochetto01@gmail.com

Universidad Internacional Tres Fronteras

ID: 0009-0000-1150-6427

Gomes Ferreira, Vitor

med.vitorferreira@gmail.com

Universidad Internacional Tres Fronteras

ID: 0009-0008-9558-8228

Resumen

La leptospirosis es una enfermedad infecciosa causada por bacterias del género *Leptospira*, transmitida principalmente a través de la exposición a la orina de animales infectados, como las ratas. Es una enfermedad que puede derivar en una serie de complicaciones graves e incluso mortales, entre ellas; Hepatitis Leptospirótica, Insuficiencia Hepática e Ictericia Persistente. Este reporte de caso presenta al paciente V.J.P, masculino, 60 años, residente en zona urbana de la ciudad de Itapema, estado de Santa Catarina, Brasil, recolector de materiales reciclables, con antecedentes de contacto frecuente con aguas y desagües contaminados, que buscó atención médica seis días después de empezar los primeros síntomas de la enfermedad y ya presentaba ictericia y deterioro hepático. Requiriendo 15 días de hospitalización con terapia antibiótica y transfusiones de concentrados de glóbulos rojos para su recuperación.

Palabras-clave: Leptospirosis. *Leptospira*. Ictericia. Agua contaminada. Hepatitis Leptospirótica. Insuficiencia Hepática.

ABSTRACT

Leptospirosis is an infectious disease caused by bacteria of the genus *Leptospira*, primarily transmitted through exposure to the urine of infected animals, such as rats. It is an illness that can lead to a series of severe and even fatal complications, including Leptospiral Hepatitis, Hepatic Insufficiency, and Persistent Jaundice. This case report features patient V.J.P, male, 60 years old, a resident of the urban area of Itapema, Santa Catarina, Brazil, working as a collector of recyclable materials. He had a history of frequent contact with contaminated water and sewage. The patient sought medical attention six days after experiencing the initial symptoms of the disease, already presenting jaundice and hepatic deterioration. He required 15 days of hospitalization with antibiotic therapy and red blood cell transfusions for his recovery.

Keywords: Leptospirosis. *Leptospira*. Jaundice. Contaminated water. Leptospiral Hepatitis. Hepatic Insufficiency.

INTRODUCCIÓN

La leptospirosis es una enfermedad infecciosa potencialmente grave causada por bacterias del género *Leptospira*. Se clasifica como una enfermedad zoonótica, lo que significa que puede

transmitirse de animales a humanos. La transmisión ocurre principalmente mediante la exposición a agua o suelo contaminados con la orina de animales infectados, siendo los roedores, como las ratas, los principales portadores de la bacteria (1).

Los síntomas de la leptospirosis pueden variar ampliamente, desde casos asintomáticos o leves, hasta infecciones graves que pueden llevar a la muerte. Los síntomas comunes incluyen fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular, escalofríos, ictericia y problemas gastrointestinales como vómitos y diarrea.

El diagnóstico de la leptospirosis generalmente se realiza en función de la presentación clínica de los síntomas, junto con pruebas de laboratorio como pruebas serológicas. El tratamiento implica el uso de antibióticos y en casos más graves, puede ser necesaria la hospitalización.

Caso Clínico

Este estudio de caso se centra en el paciente V.J.P, un hombre de 60 años, soltero, de raza blanca, residente en la ciudad de Itapema, estado de Santa Catarina, Brasil. Vive solo y presenta un historial de etilismo y tabaquismo, además de trabajar en la recolección de materiales reciclables. Fue llevado al servicio de urgencias del Hospital Santo Antonio de Itapema el 27/04/2023 por familiares. El paciente presenta síntomas de seis días de evolución, incluyendo dolor en las piernas, diarrea, vómitos e inapetencia. En las últimas 24 horas antes de buscar atención médica, comenzó a manifestar ictericia. El examen físico revela un paciente con emaciación, deshidratación, abdomen flácido no doloroso, pero con el hígado palpable y pantorrillas libres, aunque dolorosas a la palpación. No presenta fiebre y está consciente y orientado.

Diagnóstico

Frente a la presentación clínica del paciente, la conducta inicial involucró una evaluación exhaustiva y la implementación de un protocolo específico. Se llevaron a cabo exámenes de laboratorio, que incluyeron pruebas rápidas serológicas para enfermedades de transmisión sexual (DST), arrojando todos resultados negativos. Además, se solicitaron radiografías de abdomen agudo y tórax (*Ilustraciones 1 y 2*), sin presentar alteraciones significativas:

ILUSTRACIÓN 1



*Radiografía de Abdomen Agudo sin alteraciones clínicas significativas. Evidenciando presencia normal de gas en las asas intestinales, indicando una buena distribución de aire. Contornos peritoneales normales y sin la presencia de líquido libre. Órganos abdominales con tamaños y posiciones anatómicas normales. Sin presencia de masas o sombreados anormales que sugieran la presencia de lesiones o tumores. Sin evidencia de obstrucción intestinal o dilatación significativa de las asas intestinales. **Fuente:** elaboración propia de los autores*

ILUSTRACIÓN 2



*Radiografía de tórax en PA sin alteraciones clínicas. Muestra pulmones y estructuras mediastínicas simétricos, sin consolidaciones, infiltrados, quistes u otros líquidos en la región del mediastino. Corazón y otras estructuras con tamaño y posición anatómica normales. No hay opacidades anormales en los pulmones. El diafragma está posicionado correctamente. Costillas y clavículas se visualizan bien, sin fracturas u otras anomalías. La tráquea está centrada en el medio del tórax. **Fuente:** elaboración propia de los autores.*

Ante la complejidad de los síntomas y los resultados iniciales, surgieron algunas sospechas diagnósticas, destacándose la posibilidad de leptospirosis, hepatitis y rabdomiólisis.

Posteriormente, basándose en los resultados de los exámenes de laboratorio (*Tabla 1*), se reforzó la principal sospecha de Leptospirosis.

TABLA 1 – Resultados laboratoriales

	Resultados 27/04	Valores de referencia
HEMOGRAMA		
Hematíes	3,93 / mm ³	3,90 a 5,40 /mm ³
Hematocrito	39,06%	39,00 a 53,00%
Hemoglobina	13,26 g/dL	12,8 a 17,80 g/dL
VGM	99,39 fL	80,00 a 98,00 fL
HGM	33,74 pg	26,50 a 31,00 pg
CHGM	33,95 g/dL	31,50 a 36,00 g/dL
RDW	11,53%	10,60 a 14,80%
Leucocitos totales	19.920 /mm3	3,600 a 11,000/mm ³
Bastonetes	3,59 %	0 a 5%
Segmentados	16.535 / mm3	1.520 a 7.700/mm ³
Eosinófilos	1,40%	1 a 7 %
Basófilos	0,30%	0 a 3 %
Linfocitos típicos	4,04%	20 a 50%
Linfocitos reactivos	0,76%	0 a 2%
Monocitos	6,90%	6 a 10%
PLAQUETAS	29.000 /mm3	140,000 a 400,000mm ³
BIOQUÍMICA		
Creatina	2,34 mg/dL	H- 0,70-1,25 mg/dL
Magnesio	-	1,6 a 2,3 mg/dL
Potasio	3,5 mmol/L	3,5 a 5,5 mmol/L
Sodio	130,5 mmol/L	130 a 145 mmol/L
Urea	117 mg/dL	H- 10-49 mg/dL
Glucosa	-	J-70-99 mg/dL
AST/TGO	161,6 U/L	H hasta 40 U/L
ALT/TGP	103,8 U/L	H hasta 41 U/L
Bilirrubina Total	19,49 mg/dL	0,10 a 1,2 mg/dL
Bilirrubina Directa	15,58 mg/dL	0,10 a 0,40 pg/mL
Bilirrubina Indirecta	3,91 mg/dL	0,10 a 0,80 ug/dL
CPK	549,3U/L	H hasta 200U/L
TAP	13 seg	11 a 14 seg
TTP	22,7 seg	21 a 32 seg
EQU		
PH	5,0	5,5 a 6,5
Flora Bacteriana	Aumentada +++	Discreta o Ausente
Leucocitos	50.000 / ml	Hasta 10.000 /ml
Hematíes	100.000 / ml	Hasta 5.000 / ml

Fuente: elaboración propia de los autores a partir de los datos de los análisis clínicos solicitado al paciente por médico especialista en 27/04/2023.

Anamnesis de seguimiento

En la admisión hospitalaria se constatan los siguientes signos vitales:

- TX 36,7°C, FR: 22, FC: 110, PA: 110/68 mmHg SatO₂: 95%.

Al examen físico, el paciente presentaba:

- Regular estado general. Estaba lucido, consciente y colaborador, ubicado en tiempo y espacio.
- Piel y mucosas hipocoloreadas e ictericas +3.
- Aparato Cardiovascular: R1 y R2 normofonéticos. Sin soplos ni ritmo de galope.
- Aparato pulmonar: MV conservados de vértice a base en forma bilateral. Sin soplos ni ruidos pulmonares sobreagregados.
- Abdomen: **Inspección:** plano, flácido, simétrico, que incursiona bien con los movimientos respiratorios. Distribución pilosa de acorde a sexo y edad. Cicatriz umbilical normal. No se observa circulación colateral, estrías atróficas ni cicatrices operatorias. Zonas herniarias aparentemente libres. **Palpación:** Abdomen blando, depresible, sin dolor a la palpación superficial y profunda. Rosving negativo, Blumberg negativo. Hígado palpable. **Percusión:** sonoridad abdominal conservada, pero con presencia de matidez hepática. **Auscultación:** RHA presentes, normales en número y frecuencia.
- Extremidades inferiores libres y sin edemas, aunque con dolor en las pantorrillas a la palpación.
- Demás aparatos sin particularidades.

Frente a este cuadro, la conducta adoptada incluyó la notificación obligatoria a las autoridades de salud y la hospitalización para tratamiento.

Tratamiento

En el ámbito del tratamiento inicial, se administró hidratación intravenosa con suero fisiológico al 0,9%, totalizando 1.000 ml. Además, al paciente se le administró medicación, que incluyó metoclopramida (10 mg/2 ml en 2 ampollas), ya que se quejaba de náuseas, y dipirona sódica para mialgia (500 mg en 2 ampollas) y fue iniciada instauración de antibioticoterapia con Ceftriaxona 1g, administrada intravenosamente cada 12 horas.

Para el seguimiento hospitalario se prescribió una dieta libre, pero hipolipídica, medicación para protección gástrica (Omeprazol), analgésicos para el dolor (Dipirona y Paracetamol), además de continuar con la antibioticoterapia.

Seguimiento

Después de tres días de hospitalización, el paciente aún se quejaba de mialgia en las extremidades inferiores y también de falta de apetito, sin responder aún a la antibioticoterapia. Se intensificó la analgesia (con la prescripción de Clorhidrato de Tramadol 50mg/ml, según sea necesario) y se realizó la reposición de potasio y calcio (de acuerdo con los resultados de los exámenes de laboratorio diarios, Tabla 2).

Al quinto día de hospitalización, la rabdomiólisis ya estaba controlada, al igual que la insuficiencia renal (urea y creatinina), como se observa en la Tabla 2. El paciente respondía a la antibioticoterapia, pero aún mantenía una función hepática deteriorada. Se solicitó una Tomografía de Abdomen, que arrojó el siguiente informe: "Conclusión: El estudio por tomografía computarizada del abdomen superior y pelvis muestra: Divertículos colónicos dispersos, sin signos inflamatorios asociados. Pequeña/moderada cantidad de líquido libre intraabdominal, perihepático, entre asas y en la pelvis. Incipiente ateromatosis aortoilíaca".

Al séptimo día, el paciente presenta una aceptación limitada o nula de la alimentación propuesta. Se prescribió un cambio en la dieta a "papilla". Al noveno día, el paciente concluye el plan de antibioticoterapia propuesto inicialmente, con una mejora considerable en el cuadro infeccioso (Tabla 2). En la auscultación pulmonar, se perciben ruidos crepitantes en la base del pulmón derecho y se solicita una radiografía de control, que no muestra ninguna alteración significativa relacionada con el cuadro anterior (*Ilustración 3*).

TABLA 2 – Seguimiento de los estudios laboratoriales

EXAMES	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Valores de referencia
	28/04/23	29/04/23	30/04/23	01/05/23	02/05/23	
HEMOGRAMA						
Hemácias	2.97 mm ³	2.61	2.81	2.66	2.77	3,90 a 5,40 /mm ³
Hematócrito	28.96%	25.60	27.64	26.07	27.04	39,00 a 53,00%
Hemoglobina	9.88g/dL	8.58	9.15	8.78	8.95	12,8 a 17,80 g/dL
VGM	97.13 fL	98.08	98.36	98.01	97.62	80,00 a 98,00 fL
HGM	32.57pg	32.87	32.56	33.01	32.31	26,50 a 31,00 pg
CHGM	33.53 g/dL	33.52	33.10	33.68	33.10	31,50 a 36,00 g/dL
RDW	11,49%	11.40	11.51	11.45	11.90	10,60 a 14,80%
Leucocitos totais	20.820/mm ³	15.660	18.040	13.100	14.110	3,600 a 11,000/mm ³
Bastonetes	3.63 %	4.33	4.06	7.49	7.04	0 a 5%
Segmentados	68.39mm ³	75.37	75.34	-7.49	70.66	1.520 a 7.700/mm ³
Eosinófilos	3.70%	1.50	2.30	000	3.40	1 a 7 %
Basófilos	0,20%	0.50	0.40	0.50	0.60	0 a 3 %
Linfocitos típicos	3.86%	7.57	7.82	6.10	8.54	20 a 50%
Linfocitos reactivos	0,44%	1.23	0.78	0.90	0.96	0 a 2%
Monocitos	10.20	9.50	9.30	11.60	8.80	6 a 10%
PLAQUETAS	39.000/mm ³	32.000	76.000	106.000	101.000	140,000 a 400,000mm ³
BIOQUIMICA						
Creatinina	2.69g/dL	2.73	2.28	1.05		H- 0,70-1,25 mg/dL
Albumina	2.12	2.01	2.18	2.20		3.5 – 5.2 mg/dL
Potasio	3,5 mmol/L	2.7	2.8	2.5	2.3	3,5 a 5,5 mmol/L
Sodio	129.9mmol /L	128.6	131.1	132.5	-----	130 a 145 mmol/L
Ureia	144.7mg/d L	150.8	137.1	111.4	-----	H- 10-49 mg/dL
Glicose	-	-			-----	J-70-99 mg/dL
AST/TGO	214.6 U/L	201.8	179.0	132.0	-----	H hasta 40 U/L
ALT/TGP	115.4U/L	114.2	116.6	103.6	-----	H hasta 41 U/L
Bilirrubina Total	18.96 mg/dL	22.95	33.14	38.03	-----	0,10 a 1,2 mg/dL
Bilirrubina Direta	12.59mg/d L	17.65	24.99	13.81	-----	0,10 a 0,40 pg/mL
Bilirrubina Indireta	6.37 mg/dL	5.30	8.15	24.22	-----	0,10 a 0,80 ug/dL
CPK	1461U/L	946.6	621.6	251.7	-----	H hasta 200U/L
TAP	14.5 seg	13.0	13.1	13.7	-----	11 a 14 seg
TTP	26.0 seg	22.2	23.1	26.0	-----	21 a 32 seg
Anti-HBS	-	-	-	-	2.0	Inferior a 10.0 UI/L
EQU						
PH	-----	-----	5.5	5.5	-----	5,5 a 6,5
Flora Bacteriana	-----	-----	Discreta +	Discreta +	-----	Discreta o Ausente
Leucocitos	-----	-----	3.000	3.000	-----	Hasta 10.000 /ml
Hemacias	-----	-----	5.000	250.000	-----	Hasta 5.000 / ml

Al décimo día de hospitalización, la función hepática del paciente comienza a mejorar (...cont. Tabla 2). Sin embargo, debido a la disminución en la cantidad de glóbulos rojos durante el tratamiento, se requiere la reposición con un concentrado de glóbulos rojos (CHAD). Esta reposición se realizó en los días once y catorce.

En el décimo quinto día de hospitalización, después de la estabilización y mejora clínica del cuadro general, el paciente V.J.P es dado de alta hospitalaria.

...(cont.) TABLA 2 – Seguimiento de los estudios laboratoriales.

EXAMES	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Resultado	Valores de referencia
HEMOGRAMA	03/05/23	05/05/23	06/05/23	08/05/23	12/05/23	
Hemácias	2.42 mm ³	2.61	2.15	2.35	3.08	3,90 a 5,40 /mm ³
Hematócrito	23.56%	25.35	21.05	22.67	28.35	39,00 a 53,00%
Hemoglobina	8.04g/dL	8.50	6.87	7.59	9.45	12,8 a 17,80 g/dL
VGM	97.36 fL	97.13	97.91	97.66	92.05	80,00 a 98,00 fL
HGM	33.22pg	32.57	31.95	32.17	30.68	26,50 a 31,00 pg
CHGM	34.13 g/dL	33.53	32.64	32.94	33.33	31,50 a 36,00 g/dL
RDW	11.19%	11.96	11.90	12.26	14.59	10,60 a 14,80%
Leucocitos totais	13.970/mm ³	12.440	10.520	12.930	4.830	3,600 a 11,000/mm ³
Bastonetes	8.94%	13.21	7.02	5.74	0.69	0 a 5%
Segmentados	72.16mm ³	68.39	78.58	78.26	53.21	1.520 a 7.700/mm ³
Eosinófilos	4.30%	3.70	3.40	2.30	2.90	1 a 7 %
Basófilos	0.40%	0.20	0.20	0.20	0.20	0 a 3 %
Linfocitos típicos	4.38%	3.86	5.32	7.19	30.98	20 a 50%
Linfocitos reactivos	0.72%	0.44	0.48	0.71	2.22	0 a 2%
Monocitos	9.10	10.20	5.00	5.60	9.80	6 a 10%
PLAQUETAS	87.000/mm ³	46.000	51.000	86.000	233.000	140,000 a 400,000mm ³
BIOQUÍMICA						
Creatinina	1.76g/dL	1.22	2.07	2.13	1.04	H- 0,70-1,25 mg/dL
Albumina	2.12	2.15	2.00	1.90		3,5 – 5,2 mg/dL
Potasio	3,5 mmol/L	2.7	2.3	2.6	3.6	3,5 a 5,5 mmol/L
Sodio	134.6mmol /L	131.8	129.1	128.2	132.2	130 a 145 mmol/L
Ureia	65.1mg/dL	67.9	82.2	78.5	34.0	H- 10-49 mg/dL
Glicose	-	-			-----	J-70-99 mg/dL
AST/TGO	111 U/L	86.4	52.9	38.9	57.8	H hasta 40 U/L
ALT/TGP	95.9 U/L	96.6	69.3	60.3	60.1	H hasta 41 U/L
Bilirrubina Total	38.03mg/d L	38.03	25.92	12.32	6.86	0,10 a 1,2 mg/dL
Bilirrubina Direta	13.81mg/d L	13.84	18.78	9.13	5.15	0,10 a 0,40 pg/mL
Bilirrubina Indireta	24.22 mg/dL	24.19	7.14	3.19	1.71	0,10 a 0,80 ug/dL
CPK	80 U/L	52.1	621.6	31.6	25.4	H hasta 200U/L
TAP	-----	13.5	13.5	14.4	13	11 a 14 seg
TTP	-----	-----	-----	-----	-----	21 a 32 seg
Anti-HBS	-	-	-	-	-	Inferior a 10.0 UI/L
EQU	-----	-----	-----	-----	-----	
PH	-----	-----	-----	-----	-----	5,5 a 6,5
Flora Bacteriana	-----	-----	-----	-----	-----	Discreta o Ausente
Leucocitos	-----	-----	-----	-----	-----	Hasta 10.000 /ml
Hemacias	-----	-----	-----	-----	-----	Hasta 5.000 / ml

Fuente: elaboración propia de los autores a partir de los datos de los análisis clínicos solicitado al paciente por médico especialista en 27/04 a 12/05/2023.

ILUSTRACIÓN 3

*Radiografía de tórax en PA sin alteraciones clínicas. Muestra pulmones y estructuras mediastínicas simétricas, sin consolidaciones, infiltrados, quistes u otros líquidos en la región del mediastino. Corazón y otras estructuras con tamaño y posición anatómica normales. No hay opacidades anormales en los pulmones. El diafragma está posicionado correctamente. Costillas y clavículas se visualizan bien, sin fracturas u otras anomalías. La tráquea está centrada en el medio del tórax. **Fuente:** elaboración propia de los autores.*

Discusión

La leptospirosis es una zoonosis bacteriana globalmente extendida, causada por bacterias del género *Leptospira*. Este patógeno está intrínsecamente vinculado al contacto humano con agua o suelo contaminados por la orina de animales infectados, especialmente roedores. La patogenicidad de *Leptospira* es compleja, variando desde formas asintomáticas hasta manifestaciones graves. Sin embargo, su prevalencia a menudo se subestima debido a la variedad de síntomas y a la falta de reconocimiento clínico inmediato. Esta diversidad clínica y la necesidad de un diagnóstico temprano son elementos cruciales para comprender y manejar eficazmente esta enfermedad (2).

La presentación clínica de la leptospirosis es heterogénea, pudiendo variar desde una fiebre leve hasta formas más graves, como el Síndrome de Weil, caracterizado por ictericia, insuficiencia renal y hemorragias (3). La diversidad de manifestaciones hace que el diagnóstico sea desafiante, a menudo llevando a una subnotificación de la enfermedad. Además, la leptospirosis se confunde frecuentemente con otras infecciones febriles agudas, complicando aún más la identificación temprana.

La falta de pruebas rápidas y específicas en muchas regiones contribuye al subdiagnóstico, resaltando la necesidad de avances en el desarrollo de métodos diagnósticos accesibles y efectivos.

Las complicaciones hepáticas se observan con frecuencia en pacientes con leptospirosis, manifestándose por elevaciones en las enzimas hepáticas, ictericia y, en casos más graves, insuficiencia hepática. La comprensión de estas complicaciones es vital para un manejo clínico efectivo, ya que influyen directamente en la evolución del paciente. La hepatitis leptospirótica, aunque rara, puede ser una complicación significativa, resaltando la importancia de la monitorización regular de la función hepática durante el tratamiento (3).

Considerando la variedad de manifestaciones clínicas y complicaciones asociadas, la discusión sobre la leptospirosis refuerza la necesidad de un enfoque holístico, integrando aspectos clínicos, epidemiológicos y terapéuticos para optimizar la gestión de esta enfermedad compleja.

Epidemiología de la Leptospirosis

La leptospirosis es una enfermedad de distribución mundial, aunque su incidencia es más significativa en regiones tropicales y subtropicales (4). Según la Organización Mundial de la Salud se estima que se produzcan alrededor de un millón de casos anuales en el mundo, con aproximadamente 58.900 fallecimientos, convirtiéndola en una importante preocupación de salud pública. La infección se asocia con frecuencia a entornos urbanos y rurales, donde el contacto humano con agua o suelo contaminados por la orina de animales, especialmente roedores, es más probable.

En Brasil, durante el período de 2009 a 2019, se confirmaron 41,602 casos de leptospirosis, se registraron 3,583 fallecimientos y la letalidad fue del 8.6%, con una incidencia acumulada de 19.8 por cada 100 mil habitantes en el país (5), según datos del “*Boletín Epidemiológico de Leptospirosis en el Estado de Bahia*” de 2021.

Sintomatología

La sintomatología de la leptospirosis puede variar significativamente, desde formas asintomáticas o leves hasta manifestaciones más graves de la enfermedad. Los síntomas generalmente aparecen de 2 a 30 días después de la exposición a la bacteria, con un promedio de 10 días (6).

Algunos de los signos y síntomas comunes incluyen:

- Fiebre: La fiebre es uno de los primeros síntomas y puede variar de moderada a alta.
- Dolores musculares (Mialgia) y escalofríos: La mialgia intensa, especialmente en las pantorrillas, es común. También pueden ocurrir escalofríos frecuentes.
- Dolor de cabeza: La cefalea es un síntoma común, a menudo asociado con otros signos.
- Conjuntivitis: Inflamación de los ojos, resultando en ojos rojos e irritados.
- Ictericia: En casos más graves, puede aparecer ictericia, evidenciada por la coloración amarillenta de la piel y los ojos.
- Náuseas y vómitos: Trastornos gastrointestinales, como náuseas y vómitos, pueden ocurrir.
- Diarrea: Algunos pacientes pueden desarrollar diarrea.
- Dolor abdominal: Malestar o dolor abdominal pueden estar presentes.

- Insuficiencia renal: En casos más severos, la leptospirosis puede provocar daño renal e insuficiencia renal.
- Meningitis: En casos raros, la bacteria puede invadir el sistema nervioso central, resultando en meningitis.

Diagnóstico

El diagnóstico de la leptospirosis puede implicar una combinación de enfoques clínicos, de laboratorio y de imagen:

Evaluación Clínica:

- El médico puede basar el diagnóstico en la presentación clínica del paciente, especialmente si ha tenido exposición a factores de riesgo, como aguas contaminadas o animales infectados.

Pruebas de Laboratorio:

- Cultivo de *Leptospira*: Es el método definitivo, pero puede llevar mucho tiempo y no es comúnmente utilizado en la práctica clínica debido a su lentitud.

- *Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR)*: Permite la detección rápida del material genético de *Leptospira* en muestras biológicas.

- *Serología*: Se realizan pruebas serológicas para detectar anticuerpos contra *Leptospira* en el suero del paciente. Esto incluye pruebas de aglutinación microscópica, ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) y la prueba de microaglutinación.

- *Hemocultivo*: Se pueden realizar hemocultivos para intentar aislar la bacteria a partir de muestras de sangre del paciente.

- *Exámenes de Orina*: La *Leptospira* puede estar presente en la orina de pacientes infectados. La detección de la bacteria o de sus componentes en muestras de orina puede ser un indicador de la infección.

- *Imágenes*: La ecografía abdominal puede revelar alteraciones en el hígado y los riñones, que son órganos comúnmente afectados en casos graves de leptospirosis.

Es fundamental que el diagnóstico de la leptospirosis sea realizado por profesionales de la salud, ya que los síntomas pueden ser similares a los de otras enfermedades, una vez que la confirmación temprana del diagnóstico permite un tratamiento oportuno, lo que mejora las posibilidades de recuperación (3).

Tratamiento

El tratamiento de la leptospirosis generalmente implica la administración de antibióticos:

Antibióticos:

- El antibiótico de elección para el tratamiento de la leptospirosis es la Doxiciclina. Otros antibióticos, como la Amoxicilina, la Penicilina y la Ceftriaxona, también pueden ser efectivos. La elección del antibiótico específico dependerá de la gravedad de la enfermedad y de la presencia de complicaciones. (3)

Hospitalización:

- En casos más graves, especialmente cuando hay insuficiencia renal, hepática u otras complicaciones, la hospitalización puede ser necesaria. La hospitalización permite una monitorización más intensiva y el manejo de posibles complicaciones.

Cuidados de Apoyo:

- Se pueden administrar cuidados de apoyo para aliviar los síntomas, como analgésicos para controlar el dolor, medicamentos antieméticos para tratar las náuseas y la hidratación intravenosa para prevenir o tratar la deshidratación.

Transfusiones:

En casos de complicaciones graves, como la trombocitopenia (disminución de plaquetas) o la anemia, pueden ser necesarias transfusiones de plaquetas o concentrados de glóbulos rojos (*como fue el caso del estudio analizado en este informe)

Seguimiento Clínico:

- Es esencial realizar un seguimiento clínico cercano para evaluar la respuesta al tratamiento y detectar posibles complicaciones. Se pueden realizar pruebas de laboratorio periódicas para evaluar la función renal y hepática.

Prevención de Complicaciones:

La detección y el tratamiento temprano son clave para prevenir complicaciones graves asociadas con la leptospirosis. La atención médica oportuna puede mejorar significativamente el pronóstico.

Es importante que el tratamiento sea administrado por profesionales de la salud, ya que la elección de antibióticos y otras intervenciones dependerá de la evaluación clínica y de los resultados de los exámenes.

PREVENCIÓN

La prevención de la leptospirosis incluye medidas de higiene y protección personal como evitar el contacto directo con agua o suelo potencialmente contaminados, el uso de equipos de protección adecuados al trabajar en entornos sospechosos, el control de roedores en áreas de riesgo y la vacunación de animales en casos específicos (7).

CONCLUSIÓN

La leptospirosis sigue siendo una preocupación global para la salud pública. Este informe de caso destaca la complejidad clínica y las posibles complicaciones asociadas con la infección, con un enfoque especial en la manifestación grave de la Hepatitis Leptospirótica.

El paciente V.J.P, presentando síntomas iniciales inespecíficos, ejemplifica la diversidad clínica de la leptospirosis, lo que hace que el diagnóstico sea un desafío. La rapidez en la evaluación clínica e implementación de protocolos correctos fue crucial para identificar la leptospirosis como la causa subyacente de los síntomas.

La Hepatitis Leptospirótica, una complicación rara pero significativa, resaltó la necesidad de monitoreo continuo de la función hepática durante el tratamiento. El paciente, después de una hospitalización cuidadosa y tratamiento con antibióticos, experimentó una recuperación progresiva.

Este caso refuerza la importancia de la educación pública sobre la prevención de la leptospirosis, haciendo hincapié en medidas de higiene, control de roedores y concientización sobre áreas de riesgo. La detección temprana y el tratamiento inmediato, esenciales para el pronóstico, deben ser promovidos.

Además, este informe destaca la necesidad de investigaciones continuas para el desarrollo de métodos diagnósticos más accesibles y eficaces. La diversidad de presentaciones clínicas y la confusión con otras condiciones febriles enfatizan la importancia de herramientas diagnósticas precisas para garantizar la recuperación exitosa de los pacientes afectados por esta zoonosis globalmente prevalente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- PAHO - Organización Panamericana de la Salud. Leptospirosis. Disponible en: <<https://www.paho.org/es/temas/leptospirosis>> (accedido el 15/11/2023).
- 2- BALASSIANO, I. T. Leptospirose. 2015. Laboratorio de Zoonosis Bacterianas del Instituto Oswaldo Cruz. Disponible en <<https://agencia.fiocruz.br/leptospirose-0>> (accedido el 15/11/2023).
- 3- LONGO, D., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Jameson, J., y Loscalzo, J. Leptospirose. PRINCÍPIOS DE MEDICINA INTERNA DE HARRISON. 17ª edição. Nova York, NY: McGraw-Hill; 2008. (pág 1048-1052).
- 4- OMS, Organización Mundial de la Salud. Sociedad Internacional de Leptospirosis (ILS). Leptospirosis humana: orientaciones para el diagnóstico, la vigilancia y el control. 2003. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- 5- DA SILVA, Ana Claudia Fernandes Nunes, De Jesus, Ênio Soares Sílvia Letícia Cerqueira. Boletim Epidemiológico da Leptospirose no Estado da Bahia. Disponible en

- < https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/boletimLepto2021_no01.pdf> (accedido el 15/11/2023)
- 6- TERPSTRA, W.J Leptospirosis Humana: Guía para el Diagnóstico, Vigilancia y Control. 2008. Ámsterdam, Holanda. Disponible en < <https://www.paho.org/es/documentos/leptospirosis-humana-guia-para-diagnostico-vigilancia-control>> (accedido el 15/11/2023)
- 7- BRASIL. Fundación Nacional de Salud. Manual de Control de Roedores. Brasilia, 2002.