

ANALES DE MEDICINA INTERNA

Fundada en 1983
Prof. J. de Portugal y Prof. M. Díaz Rubio

Cartas al Director

Leptospirosis en Asturias

Sr. Director:

La Leptospirosis es una rara pero regularmente observada zoonosis de distribución universal, que ocurre de forma más habitual en climas calurosos y húmedos. Está producida por espiroquetas del género *Leptospira*. Su reservorio incluye animales salvajes y domésticos que eliminan ésta a través de su orina. La infección en el hombre se produce a través de la piel y mucosas por contacto directo con estos animales o bien a través del agua o terrenos contaminados por sus excrementos. Por ello su aparición se relaciona con determinadas profesiones (agricultores, veterinarios) y actividades recreativas (caza, pesca o baño en aguas estancadas). La presentación clínica varía desde enfermedad subclínica hasta formas severas como el síndrome de Weil (1,2). En los últimos años se han publicado muy pocas series en diferentes áreas de nuestro país. Debido a la ausencia de casos en nuestra comunidad autónoma, decidimos revisar el número de leptospirosis en el hospital de Cabueñes, que pertenece al grupo 2 del antiguo Insalud, actual SESPA, atiende a una población cercana a los 300.000 habitantes y que incluye área rural. Con la colaboración del Servicio de Microbiología, que abarca tanto nuestra área de atención primaria como especializada, revisamos todas las serologías positivas para leptospira que llegaron a nuestro hospital entre enero de 1995 y enero del 2005. El diagnóstico se realizó sobre la base de cuadro clínico compatible y confirmación microbiológica por método de cultivo, examen directo, o estudio serológico (aglutinaciones o método Sanofi diagnóstico Pasteur) con seroconversión de título entre fase aguda y convalecencia (3). Se diagnosticaron 4 pacientes cuyas características clínicas-epidemiológicas, técnicas de imagen y tratamiento más relevantes quedan reflejadas en la tabla 1. Todos los casos presentaron antecedente epidemiológico y la clínica fue aguda con síntomas o signos inespecíficos consistentes en fiebre, mialgias o manifestaciones gastrointestinales. Los estudios analíticos estaban alterados en todos los pacientes con afectación fundamentalmente hepática (hiperbilirrubinemia o citolisis) y renal, y menos frecuente muscular y hematológica (3,4). Las técnicas de imagen no muestran una alteración específica. El diagnóstico se basó en la sospecha clínica y la confirmación microbiológica por serología (2). El tratamiento fue con antibiótico tipo amoxicilina-clavulánico o doxiciclina, con cuidados de soporte (4). No hubo complicaciones durante el seguimiento evolutivo del proceso infeccioso. La evolución fue la curación en todos los casos.

TABLA I				
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Sexo/Edad	Varón 42 años	Mujer 76 años	Mujer 74 años	Varón 56 años
Antecedente epidemiológico	Marinero	Agricultor	Agricultor	Baño en agua estancada
Clínica	Fiebre Mialgias Ictericia Cefalea	Fiebre Mialgias Ictericia Vómitos	Fiebre Mialgias Ictericia Vómitos Hemorragia conjuntival	Fiebre Mialgias Vómitos Cefalea Dolor abdominal
Analítica	Anemia, leucocitosis con neutrofilia y trombopenia Insuficiencia renal, microhematuria CPK elevada			Insuficiencia renal Hiperbilirrubinemia Citolisis hepática
Rx de tórax	Condensación en LID	Patrón intersticial	Normal	Normal
Eco abdomen	Normal	Normal	Normal	Infarto esplénico
Tratamiento	Amoxicilina clavulánico	Doxiciclina	Sintomático	Amoxicilina clavulánico
Evolución	Curación			

El diagnóstico se basó en la sospecha clínica y la confirmación microbiológica por serología (2). El tratamiento fue con antibiótico tipo amoxicilina-clavulánico o doxiciclina, con cuidados de soporte (4). No hubo complicaciones durante el seguimiento evolutivo del proceso infeccioso. La evolución fue la curación en todos los casos.

En conclusión, la leptospirosis en nuestra comunidad se diagnostica únicamente en las formas graves y con afectación multiorgánica que precisan de hospitalización, se destaca su escasa sospecha en las formas leves paucisintomáticas.

M. J. Menéndez Calderón, F. J. Nuño Mateo, E. M. Fonseca Aizpuru, L. Oteroa

Servicio de Medicina Interna y Microbiología. Hospital de Cabueñes. Gijón

1. Ceniceros Rozalén I, Botella de Molía J, Barrios Pérez A, Salavert Lletí M, López Hontangas JL. Shock séptico y fracaso multiorgánico por Leptospiriosis. *Med Intensiva* 1996; 20: 403-406.
2. Benito CJ, Montejo VM, Pumarola T, Pérez JJ, Aguirrebengoa IK, et al González Ortiz ZP, Barreiro GC, Aguirre EC. Leptospiriosis. Revisión de 11 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1997; 15: 306-309.
3. Wesley Farr R. Leptospiriosis. *Clin Infect Disease* 1995; 21: 1-8.
4. Falcó Ferrer V, De Sevilla Ribosa F. Leptospiriosis: una enfermedad con manifestaciones multiorgánicas. *Med Clin (Barc)* 1990; 94: 454-456.
5. Resano Igal AB, Camino Ortiz de Barrón X, Urbe Castelruiz PK, Erro Garzaron A, Larruscain Garmendía J. Leptospiriosis. Revisión de 5 casos. *An Med Interna (Madrid)* 1999; 16: 527-529.
6. Tiberio G, Gorraiz B, M Rivero JM Urtasún, Abú K, Martínez Artola V. Leptospiriosis en inmunocompetentes. *An Med Interna (Madrid)* 2001; 18: 220-220.