

Síndrome hemorrágico pulmonar grave por leptospira

Leptospirosis-Associated Severe Pulmonary Hemorrhagic Syndrome

Autores: Clauzure Marisol¹, Ibarrola Manuel¹

¹Sanatorio Güemes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Resumen

La leptospirosis es una zoonosis con expresión clínica muy variable. El síndrome pulmonar hemorrágico grave se trata de una forma infrecuente de la enfermedad con una elevada mortalidad.

Se presenta caso de una mujer joven, residente de zona urbana que consultó por fiebre, expectoración hemoptoica y disnea evolucionando con insuficiencia ventilatoria y sangrado en la vía aérea. Se obtuvo el diagnóstico mediante pruebas serológicas y antecedente epidemiológico.

Palabras clave: Leptospirosis; Zoonosis; Hemorragia alveolar difusa

Abstract

Leptospirosis is a zoonosis of very variable clinical expression. The severe pulmonary hemorrhagic syndrome is an uncommon form of the disease, with high mortality rates.

We report the case of a young woman who lives in an urban area and consulted with the physician for fever, hemoptoic expectoration and dyspnea, and developed ventilatory failure and bleeding of the airway. The diagnosis was obtained by means of serologic tests and epidemiological history.

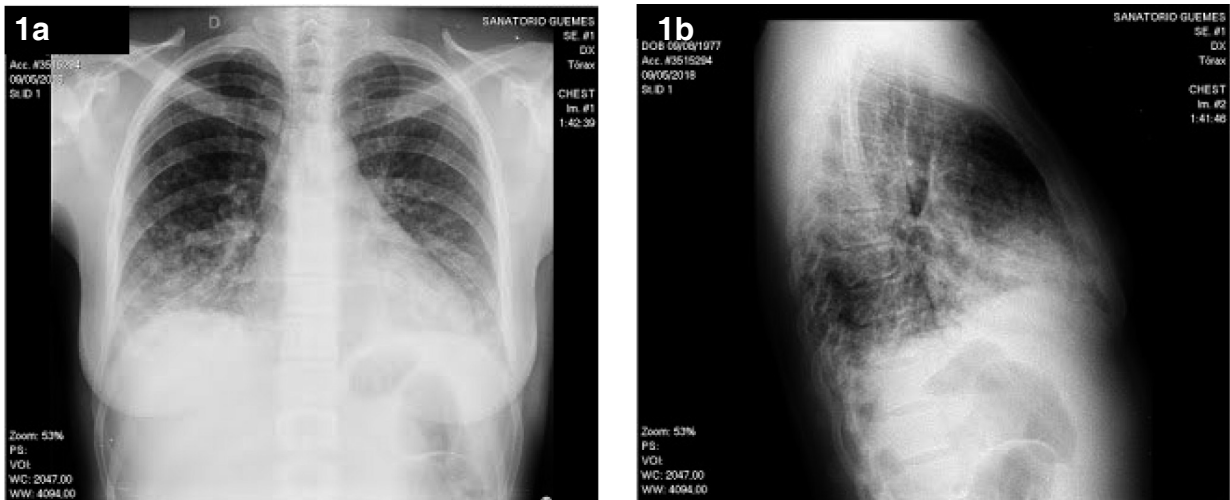
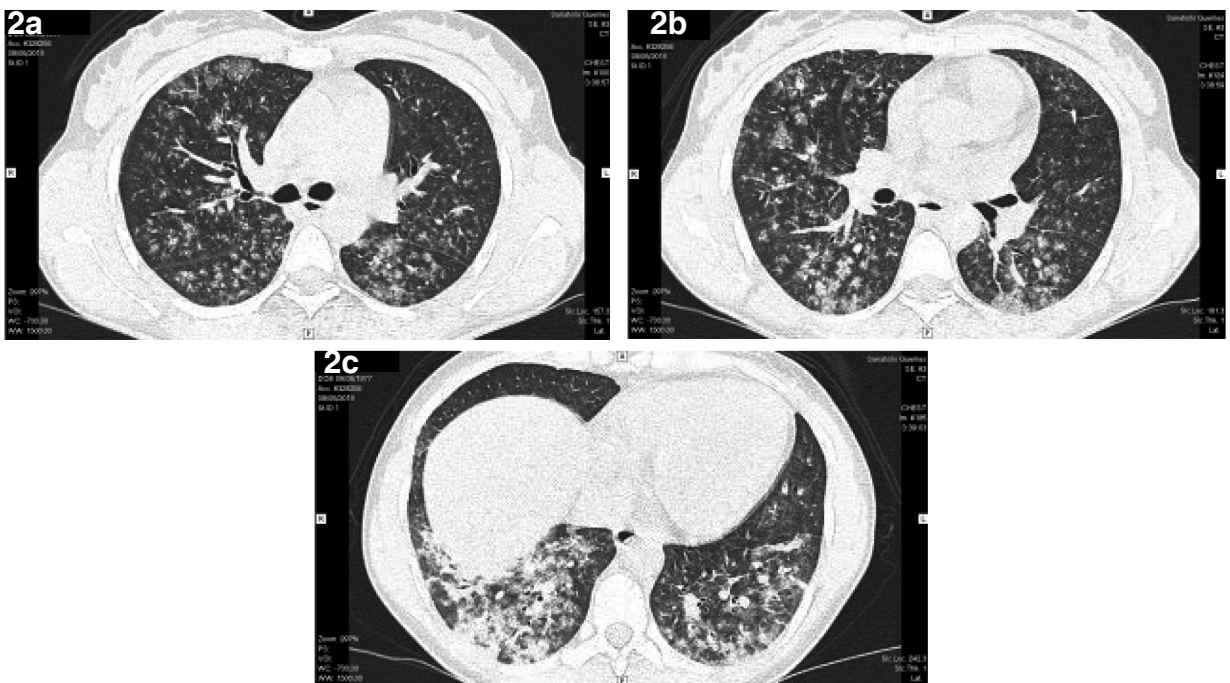
Key words: Leptospirosis; Zoonosis; Diffuse alveolar hemorrhage

Caso clínico

Mujer de 40 años, residente en zona urbana, camarera, con antecedentes de ex tabaquista de baja carga. Consultó por fiebre de una semana de evolución asociada a expectoración hemoptoica en las últimas 24 horas previas a la consulta. Al ingreso presentó fiebre y taquipnea. En laboratorio (**Tabla 1**) se evidenció: Hto 29%, Hb 10 g/dL, GB 11400/mm³ (predominio neutrófilos), Plaquetas 90000/mm³, GOT 68 U/L, reactantes de fase aguda elevados, HIV negativo. Se realizó Rx de tórax (**Figura 1a y 1b**) y TC de tórax (**Figura 2a, 2b, 2c**): nodulillos centrolobulillares, árbol en brote bilateral, opacidades en vidrio esmerilado con tendencia a la consolidación bibasal. Presentó insuficiencia ventilatoria requiriendo asistencia respiratoria mecánica. Se realizaron cultivos y se inició tratamiento antibiótico empírico con Amoxicilina Sulbactam, Claritromicina, Vancomicina y Oseltamivir. Por presentar sangrado abundante en vía aérea, se realizó fibrobroncoscopia (FBC) con evidencia de sangrado activo proveniente de ambos bronquios fuente, resto sin lesiones. Evolucionó persistentemente febril, sin mejoría en la oxigenación, requiriendo ciclos de pronación, sin rescates microbiológicos en los cultivos, motivo por

TABLA 1. Resultados del examen de laboratorio

Hto: 29%	Plaquetas: 90 000/mm ³	BT: 0.5 mg/dL	VSG: 58 mm/h
Hb: 10 g/dL	TP seg: 100	GOT: 68 U/L	PCR: 158 mg/L
GB: 11 400/mm ³ (79% neutrófilos)	KPTT seg: 55	GPT: 29 U/L	HIV negativo

**Figura 1a y 1b.** Radiografía de tórax frente y perfil: Múltiples imágenes nodulillares mal definidas bilaterales difusas.**Figura 2a b y c.** Nodulillos centrolobulillares, árbol en brote bilateral, opacidades en vidrio esmerilado con tendencia a la consolidación bibasal.

el cual se decidió rotar antibióticos a Meropenem, Colistín y Anfotericina B. Por sospecha de posible etiología autoinmune se solicitó perfil inmunológico y se administraron pulsos de metilprednisolona. Se realizó una nueva TC (**Figura 3a, 3b y 3c**) que evidenció atelectasia masiva del pulmón izquierdo y consolidación en lóbulo inferior derecho. Se realizó FBC desobstruyendo bronquio fuente izquierdo mediante aspiración de coágulos. Se interrogó a familiares, quienes no se encontraban hasta el momento, relatando que la paciente presentaba exposición a ratas, palomas, murciélagos, perro y gato en domicilio. El perfil inmunológico y serología para atípicas (*Chlamydia pneumoniae*, *Chlamydia psittaci*, *Legionella pneumophila*) fueron negativos, serología positiva para *Leptospira* IgG e IgM en títulos altos y repetidos. Evolucionó favorablemente siendo externada.

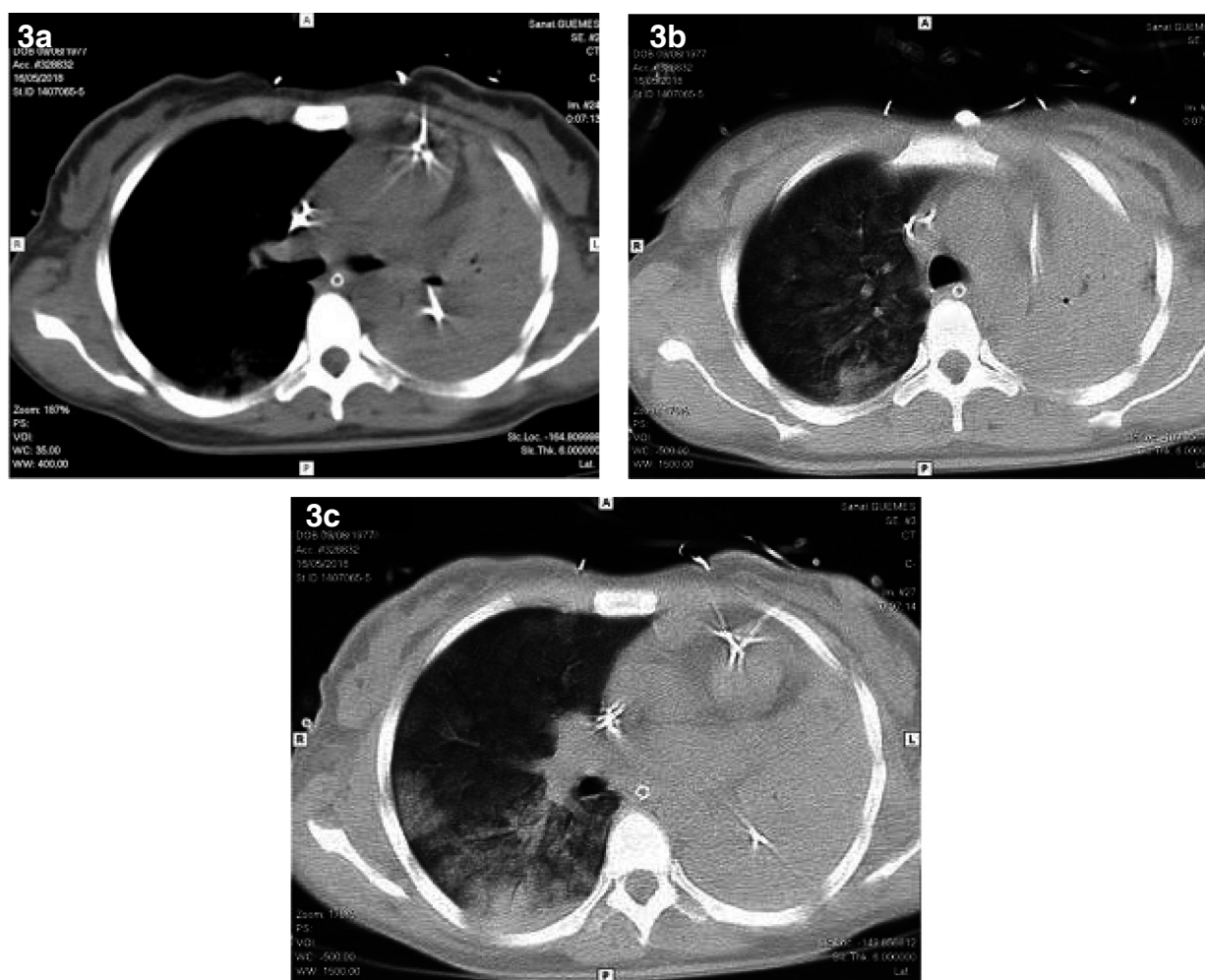


Figura 3a, b y c. Atelectasia masiva del pulmón izquierdo y consolidación en lóbulo inferior derecho.

Discusión

La forma más grave e infrecuente de leptospirosis es el síndrome pulmonar hemorrágico grave. Puede manifestarse como neumonía aguda atípica o como hemorragia pulmonar^{1, 2}. Presenta una tasa de mortalidad del 30 al 50% de los casos, causada por fallo multi orgánico¹. El test de aglutinación microscópica (MAT) es la técnica de referencia internacional de confirmación^{1, 2, 6, 7}. La seroconversión de anticuerpos suele ocurrir entre los 5 a 7 días de la aparición de los síntomas, los anticuerpos pueden permanecer detectables por meses o inclusive años aunque en títulos bajos². El tratamiento de los casos

graves se basa principalmente en la terapia de soporte y antibioticoterapia con doxiciclina, penicilinas o cefalosporinas de tercera generación¹.

Se trata de la presentación más grave de una de las zoonosis más frecuentes. Dado a la infrecuencia y los múltiples diagnósticos diferenciales, es una enfermedad subdiagnosticada, en los que es menester la anamnesis dirigida a la posible exposición en los 30 días previos al inicio de los síntomas^{1,2}.

Bibliografía

1. Enfermedades Infecciosas. Leptospirosis. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Argentina. Abril 2014. <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000489cnt-guia-medica-leptospirosis.pdf>
2. Leptospirosis humana: guía para el diagnóstico, vigilancia y control / Organización Mundial de la Salud. 2008. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/WHO-Guia-Lepto-2003-Spa.pdf>
3. Santos IO, Landi MF, Cruz LM, et al. Human leptospirosis in the Federal District, Brazil, 2011-2015: eco-epidemiological characterization. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2017; 50(6): 777-82. doi:10.1590/0037-8682-0234-2017
4. Santos IO, Landi MF, Lima EM, et al. Socio-epidemiological characterization of human leptospirosis in the Federal District, Brazil, 2011-2015. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2018; 51(3): 372-5. doi:10.1590/0037-8682-0188-2017.
5. De Brito T, Silva AM, Abreu PA. Pathology and pathogenesis of human leptospirosis: a commented review [published correction appears in *Rev Inst Med Trop Sao Paulo.* 2018;60:e23err]. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo.* 2018; 60: e23. doi:10.1590/s1678-9946201860023
6. Esteves LM, Bulhões SM, Branco CC, et al. Diagnosis of Human Leptospirosis in a Clinical Setting: Real-Time PCR High Resolution Melting Analysis for Detection of *Leptospira* at the Onset of Disease. *Sci Rep.* 2018; 8(1): 9213. Published 2018 Jun 15. doi:10.1038/s41598-018-27555-2.
7. Vanasco NB, Schmelting MF, Chiani Y, et al. Diagnóstico de leptospirosis humana: evaluación de la aglutinación macroscópica en diferentes etapas de la enfermedad [Human leptospirosis diagnosis:macroscopic agglutination test evaluation in different stages of the disease]. *Salud Publica Mex.* 2012; 54(5): 530-6. doi:10.1590/s0036-36342012000500010