

Vasculitis por leptospirosis. Presentación de un caso

Norberto Morales¹
Fidel Rivero²
Rafael Pila Pérez³
Rafael Pila Peláez⁴
Pedro Conde¹

Hospital Manuel
Ascunce Domenech

¹Especialista

de I grado
en Angiología
y Cirugía Vascul ar

Hospital Manuel
Ascunce Domenech

²Especialista

de II grado en
Angiología y Cirugía
Vascul ar

Hospital Manuel
Ascunce Domenech

Camaguey

³Especialista

de II grado
en medicina interna

Profesor Titular
de Medicina Interna

en el ISCM

⁴Especialista

de I grado
en Medicina Interna

Instructor del ISCM
Camaguey

Cuba

Correspondencia:

Rafael Pila Pérez

General Gómez, 452
70100 Camaguey. Cuba

Resumen

Se presenta el caso de un paciente con síndrome vasculítico por hipersensibilidad consecutivo a una leptospirosis del serogrupo pomona la cual es la que con mayor frecuencia produce vasculitis.

Se destaca la clínica, los medios diagnósticos y características de nuestro paciente, al mismo tiempo que hacemos una breve revisión sobre el síndrome vasculítico con sus fundamentales características.

Palabras clave: Síndrome Vasculítico. Hipersensibilidad. Leptospirosis. Características.

Summary

The case of a patient is presented with vasculitic syndrome by serial hypersensitivity after suffering leptospirosis of the serogroup pomona which is the one that produces vasculitis with more frequency.

Clinic, diagnostic means and characteristics of our patient are stated, at the same time we make a brief review on the vasculitic syndrome with their fundamental characteristics.

Key words: Vasculitic syndrome. Hypersensitivity. Leptospirosis. Characteristics.

Introducción

La vasculitis es un proceso clínico patológico caracterizado por inflamación de la pared de los vasos sanguíneos, que puede disminuir la luz vascular con las consiguientes alteraciones isquémicas en los tejidos que el vaso irriga. Pueden afectar a vasos sanguíneos de cualquier tamaño, localización y tipo como grandes arterias musculares, arterias de tamaño medio y pequeño, arteriolas capilares, vénulas poscapilares y venas.

La vasculitis puede ser el proceso primario o un componente de otra afección subyacente¹. Se han originado dificultades para la clasificación de este grupo de enfermedades; el primer informe de un síndrome vasculativo se debe al Kussmaul y Mair en 1866,

quienes descubrieron las características clínico patológica en un paciente que sufría lo que hoy se conoce como poliarteritis nudosa clásica. En la actualidad han surgido esquemas de clasificación mas preciso y exactos con base en un nuevo examen de las características clínicas, anatomopatológica e inmunitarias y en las respuestas a ciertos métodos terapéuticos².

Dentro de esta clasificación se encuentran múltiples enfermedades agrupadas en diferentes grupos, dentro de estas se encuentra la vasculitis por hipersensibilidad (VH) siendo una de sus causas las relacionadas con enfermedades infecciosas^{1,3}.

Entre estas enfermedades tenemos las leptospirosis que son enfermedades comunes en hombres y en animales (Zoonosis) causados por cualquiera de los microorganismos de genero leptospira sin que importe su serovariedad específica que no guarda relación con los signos clínicos descritos, ya que una sola serovariedad de leptospira puede ser causante de múltiples manifestaciones clínicas, siendo esta entidad la Zoonosis contemporánea mas difundida en el mundo⁴.

Ha motivado la realización de este trabajo el diagnóstico de un paciente portador de leptospirosis la cual produjo un síndrome vasculítico, complicación extremadamente rara de esta enfermedad.

Presentación del caso

Paciente de 42 años blanco, masculino, de ocupación pequeño agricultor dedicado fundamentalmente a la cría de ganado de todo tipo, fumador de una a dos cajetillas de cigarro y sin antecedentes de enfermedad importante, que hace 24 horas comienza a presentar fiebre de 40 °C con expectoración verdosa y sangre, dolor torácico, orinas oscuras y gran molestia, por lo que acude a nuestro hospital donde se ingresa para estudio y tratamiento.

Examen físico

Paciente postratado con afectación del estado general, estado tóxico, sudoroso, algunas petequias diseminadas por el tronco y miembros superiores, ictero de piel y mucosas.

Aparato Respiratorio: crepitantes en base derecha.

Aparato Cardiovascular: latidos cardíacos taquicardicos, no soplos, no thrill, se auscultan otros tipos de ruidos. FC: 124 latidos x minutos TA: 100 - 60 mm Hg.

Abdomen: hepatomegalia dolorosa de 2.5 cm aproximadamente no esplenomegalia, riñones no palpables ni peloteables.

Neurológico: paciente con cierto grado de desorientación, no signos focales, no rigidez nucal.

SOMA: dolor discreto en articulaciones de miembros inferiores, sin signos flogísticos, ni cambios de coloración.

A las 24 horas del ingreso el paciente presenta cuadros de shock séptico e insuficiencia renal aguda (IRA) por lo cual se impone tratamiento de urgencia y se traslada a la Sala de Cuidados Intensivos dado su gravedad extrema; con los antecedentes del paciente y el cuadro multisistémico del enfermo, se piensa en la posibilidad de una leptospirosis siendo utilizada penicilina cristalina 5000.000 unidades c/ 6 horas además de las medidas para el shock y la IRA; después de 48 horas de tratamiento el paciente mejora ostensiblemente de estas complicaciones pero mantiene su cuadro respiratorio y purpérico hemorrágico dado ahora por equimosis y petequias. Por lo que el enfermo presenta un cuadro de coagulación intravascular diseminada (CID) siendo tratada y resolviendo la misma, el paciente es transfundido en varias ocasiones y mejora de este proceso y del resto de sus complicaciones. Está orientado, afebril, mejor estado general, pero persisten las lesiones hemorrágicas. Al sexto día de su ingreso, ya el paciente deambula acude al baño por sí sólo, pero nota una coloración azulada de ambas extremidades inferiores fundamentalmente de las porciones distales de los dedos de las extremidades (Figura 1) que a las pocas horas ascendían hasta la porción media de las piernas con gran sensación de frialdad y pérdida gradual de la sensibilidad, se interconsulta con Angiología y opinan que el paciente es portador de vasculitis por la enfermedad de base, se impone tratamiento por dos días y no mejora, por lo que se decide terapéutica quirúrgica realizándose desartikulaciones de los artejos de ambos pies. El paciente mejora ostensiblemente trasladándose a la Sala de Cuidados Intermedios y después a la Sala de Medi-



Figura 1.
Lesiones isquémicas de los artejos de ambos pies, bien delimitadas

cina, donde se decide su egreso hospitalario totalmente asintomático después de 28 días de ingreso.

Estudio analítico (Algunos de los exámenes realizados)

Hb 8g/L leucocitos $24,000 \times 10^9 / L$, diferencial Poli 85, Linfo 10, Stab. 5, Eritrosedimentación 125 mm/hora, plaquetas $52,000 \times 10^9 / L$, sangramiento 2 minutos tiempo de coagulación 12 min, T. de protrombina P' 12 C 21, TPT (Kaolin) 70 min, conteo de reticulocitos $38 \times 10^{-3} / L$, glicemia 4,2 mmol / L, creatinina 265 mmol / L, bilirrubina total 210 U/ L, directa 48 U/ L, TGP 290 U/L CPK 285 U/ L, fosfatasa alcalina 251 U/ L, proteinuria de 24 horas 4 g/l. El paciente durante su gravedad presenta alteración gasométrica de importancia las cuales fueron resueltas.

ECG: Taquicardia sinusal, Radiografía de Tórax. Proceso inflamatorio del pulmón derecho. Ultrasonido de abdomen: hepatomegalia de 3 cm sin otras alteraciones. Seroaglutinación a brucela, 2-Mercaptoetanal y test de Coombs a Brucela y Hemocultivo (Brucela): negativos, hemocultivo (Leptospiras): Positivo (Pomona), Micro aglutinación 1:200, segundo suero pareado 1:910, VDRL negativo, cultivo para hongos, esputos bacteriológicos, BAAR y micológicos: negativos (seriados).

ANA, Factor reumatoideo, HBs Ag, crioglobulinas, C3 y C4: normales. Biopsia de piel: inflamación crónica peri vascular por infiltración de células linfoides y escasos leucocitos poliformonucleares en pequeños vasos dérmicos.

Discusión

La vasculitis por hipersensibilidad (VH) son un grupo de enfermedades caracterizadas desde el punto de vista

clínico por el hallazgo de una púrpura palpable de predominio en extremidades, o en el tronco como se presentó en nuestro enfermo, que pueden cursar en forma de brote recurrentes y cuya etiología es múltiple, siendo los fármacos una de sus principales causas⁵.

Histopatológicamente, la afectación predominante es a nivel de las vénulas postcapilares, observándose un infiltrado de leucocitos polimorfo nucleares perivascular con fenómenos de leucocitoclastia (por ello ha recibido el nombre de vasculitis leucocitoclástica), hinchazón endotelial y extravasación de eritrocitos. Se puede encontrar un predominio de linfocitos y células mononucleadas en el infiltrado, por lo que estos casos se pueden considerar crónicos.

Dentro de las enfermedades infrecuentes asociadas a VH se encuentran las enfermedades infecciosas y entre estas la leptospirosis es raramente señalada⁶.

Fue Zeek en 1953 quien primero estableció la VH como una entidad separada⁷. La asociación a VH en enfermedades sistémicas es ampliamente conocida⁸. Se presenta además un subgrupo de VH con características especiales como son la púrpura de Schonlein-Henoch o la crioglobulinemia mixta y que se señalan por la mayor repercusión extradérmica; al mismo se han descrito diversos tipos de vasculitis asociada a enfermedades neoplásicas como carcinomas, linfomas, mieloma múltiple⁹.

La leptospirosis puede producir vasculitis de retina dentro de todas las manifestaciones oculares que ella es capaz de producir^{6,10}, siendo el serogrupo mas señalado la pomona que fue el aislado en nuestro enfermo.

La leptospirosis puede producir alteraciones cerebrovasculares y meníngeas por diferentes mecanismos, pero Chew¹¹ señala oclusiones de vasos importantes por vasculitis y pan arteritis, siendo la leptospira pomona en estos casos las mas frecuentes, que fue la reportada en nuestro enfermo^{10,11}. Nicodemo¹² señala que la vasculitis puede considerarse como el factor mas importante en los sangramientos de la leptospirosis y que representa un hecho importante en la neumonitis hemorrágica de esta enfermedad, todas estas alteraciones fueron apreciadas en nuestro paciente.

Por tanto concluimos que ante la presencia de una VH cuya causa no esté claramente establecida y que se sospeche una posible etiología infecciosa debe-

mos pensar en la leptospirosis, enfermedad multi-sistémica con graves complicaciones algunas de ellas producidas por vasculitis como apreciamos en este ilustrativo caso.

Bibliografía

1. Rosenwasser L. Síndromes Vasculíticos. En: Bennett y Plum, Gill, Kokko, Mandell, Ockner y Smith (eds). *Cecil's Tratado de Medicina*. 20 ed, Pltia del Pitia: Mcgraw-Hill, 1998;Cap 243:1722-24.
2. Hiltz R, Cupps T. Cutaneous Vasculitis. *Curr Opinión Rheumatol* 1994;6:20-6.
3. Antolin J, Carnes M, Artiles J, Amerigo M, Jiménez P, Acesa A. Vasculitis por Hipersensibilidad: Análisis de 60 pacientes. *Rev Clin Esp* 1989;185:187-90.
4. Pila Pérez R, Roura Carrasco J, Pila Pelaez R, Caveda Estela O, Del Sol Torres Vovella G, García Peña J. Estudio Clínico de la Leptospirosis humana. A propósito de 400 casos consecutivos. *Mapfre Medicina* 1996;7: 60-5.
5. Chard M, Jenner J, Scott D. Digital Vasculitis Associated With Joint Sepsis in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1997;33:867-9.
6. Rathinamsiva Kumar P, Ratman S, Sureshbabul. Leptospiras antibodies in patients with recurrent ophthalmic involvement. *Indian J Med Res* 1996;103: 66-8.
7. Zeek PM. Periarthritis Nodosa and other forms of necrotizing angeitis. *N Eng J Med* 1953;248:764.
8. YamamotoT, Ohkudo H, Nishioka K. Skin manifestations associated with rheumatoid arthritis. *J Dermatol* 1997;22:324-9.
9. Lucas Guillen E, Martínez Ruiz A, Guerao Ramire y Montes Claveso C. Vasculitis por hipersensibilidad como primera manifestación de mieloma múltiple. Madrid. *Ann Med Int* 1997;14:374-5.
10. Levin N, Nguyen-Khoa J, Charpentier D, Strobel M, Fournie Amazos E, Denis P. Vasculitis. *J Ophthalmol* 1996;117:118-9.
11. Chen Y. A Clínico pathological analysis of 12 cases cerebrovascular leptospirosis. *Zhonghua Shen Jing Jing Shen Ke Za Zhi* 1990;3:226-8.
12. Nicodemo A, Del Negro G, Amato Neto V. Thrombocytopenia in leptospirosis. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 1996;32:52-9.