

DEL CUADRO CATARRAL A LA DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA

SESION INTERHOSPITALARIA

FEBRERO 2022

Celia Lara Montes

MIR 3 Medicina Interna

Índice

1

CASO CLÍNICO



2

SOSPECHA



3

EVOLUCIÓN



4

DIAGNÓSTICO



5

DISCUSIÓN



6

CONCLUSIONES



Antecedentes personales



Historia actual

- FRCV: hipertenso, dislipémico, fumador.
- Sin otros antecedentes médicos conocidos.

- Astenia
- Artromialgias generalizadas
- Dolor centrotorácico intermitente autolimitado
- Fiebre de hasta 39°C

Hace 10 días inicia cuadro catarral que cedió con la toma de amoxicilina-clavulánico (PCR para SARS-CoV2 negativa).

EXPLORACIÓN FÍSICA

Tª 35,9 °C; FC 130 lpm; TA 90/45 mmHg; SatO2 85% basal; FR 32 rpm

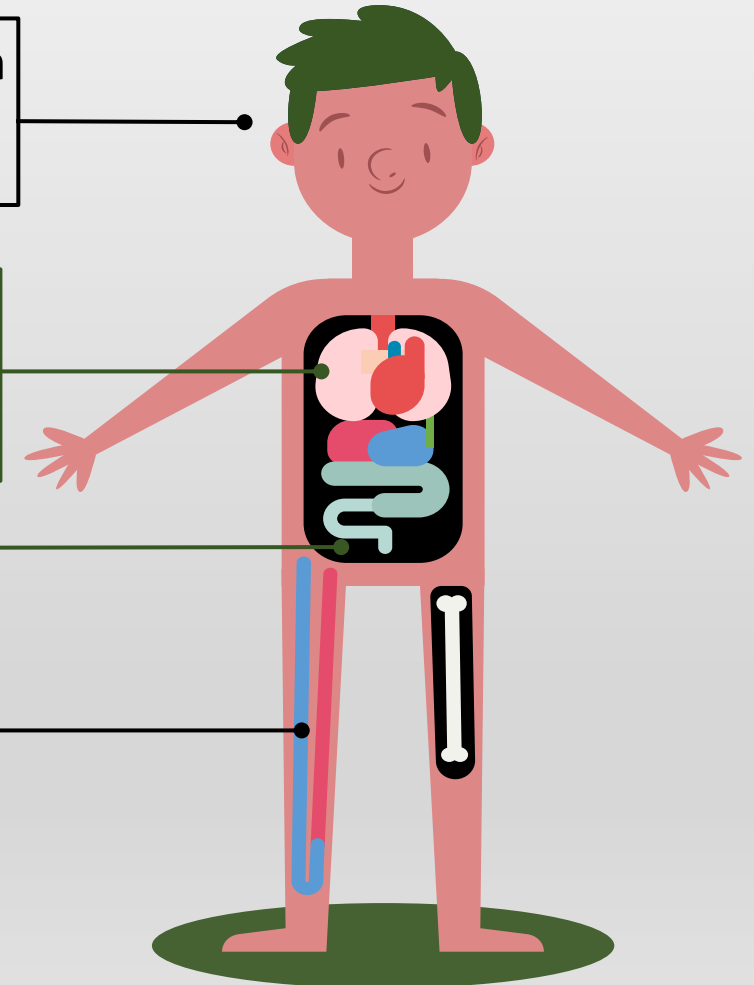
Mal estado general. Taquipneico y con importante trabajo respiratorio.
Consciente y orientado. Tinte icterico de piel y conjuntivas con frialdad acra.

AC: rítmica, sin soplos audibles.

AP: Crepitantes en ambos hemitórax hasta campos medios con alguna sibilancia dispersa.

Exploración abdominal anodina.

MMII: livideces bilaterales hasta rodillas.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

BIOQUIMICA:

- Creatinina 3,37 mg/dl
- Urea 122 mg/dl
- Na⁺ 137 mmol/L
- K⁺ 3,5 mmol/L.
- Bi total 5,51 mg/dl
- GGT 77 U/L
- GPT 31 U/L
- Lipasa 50 U/L
- CK 617 U/L
- PCR 30,35 mg/dl
- PCT 9,92 ng/ml

GASOMETRIA VENOSA:

- pH 7,28
- Lactato 6,4 mmol/L
- pCO₂ 50 mmHg
- pCO₂ 30 mmhg
- HCO₃⁻ 23,5 mmHg

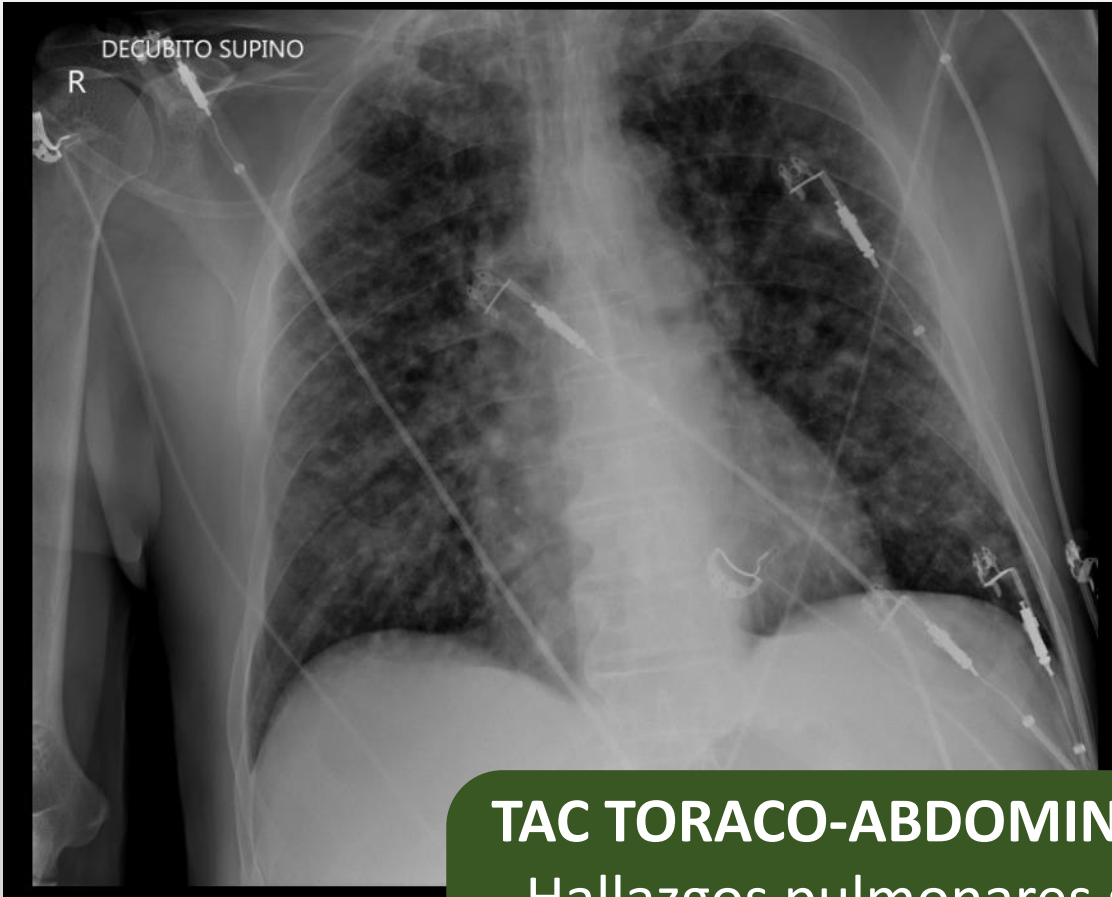
HEMOGRAMA:

- Leucocitos 11360/ mcL
- Neutrófilos 10510/ mcL
- Hemoglobina 11,3 g/dl
- Plaquetas 23000/ mcL

COAGULACIÓN:

- TP 12,1 seg
- INR 1,1
- TTPA 34 seg
- Fibrinógeno 1028 ng/ml
- Dímero D 2540 ng/ml

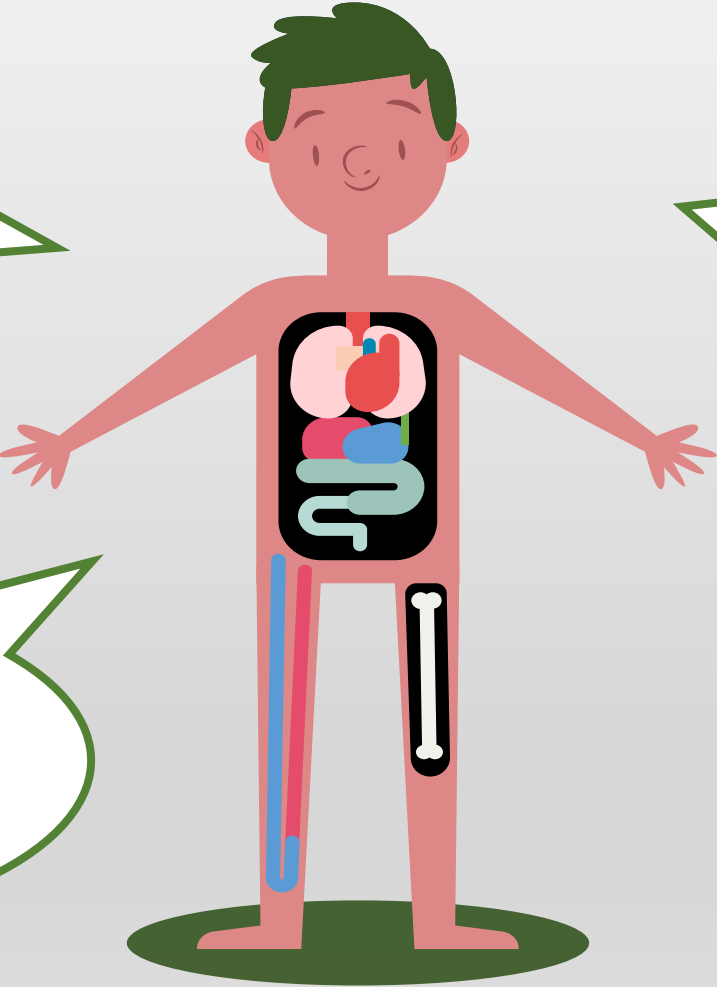
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



TAC TORACO-ABDOMINO-PÉLVICO:

- Hallazgos pulmonares sugestivos de SDRA/neumonía atípica.
- Ausencia de patología aguda abdominal

DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA



Fiebre
Artralgias
Astenia

Hipotensión
Taquicardia
Desaturación
Signos de mala perfusión
distal

Fracaso renal agudo
Hiperbilirrubinemia
Hiperlactacidemia
↑ PCR y PCT
Trombopenia
↑ Fibrinógeno y DD
SDRA/ neumonía

DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA

PUNTUACION ESCALA SOFA (“Sepsis Organ Failure Assessment”) = 9 puntos

**SEPSIS DE ETIOLOGÍA
DESCONOCIDA/RESPIRATORIA**



Cristaloides
Oxigenoterapia
Antibioterapia empírica (piperazilina-
tazobactam+ linezolid)

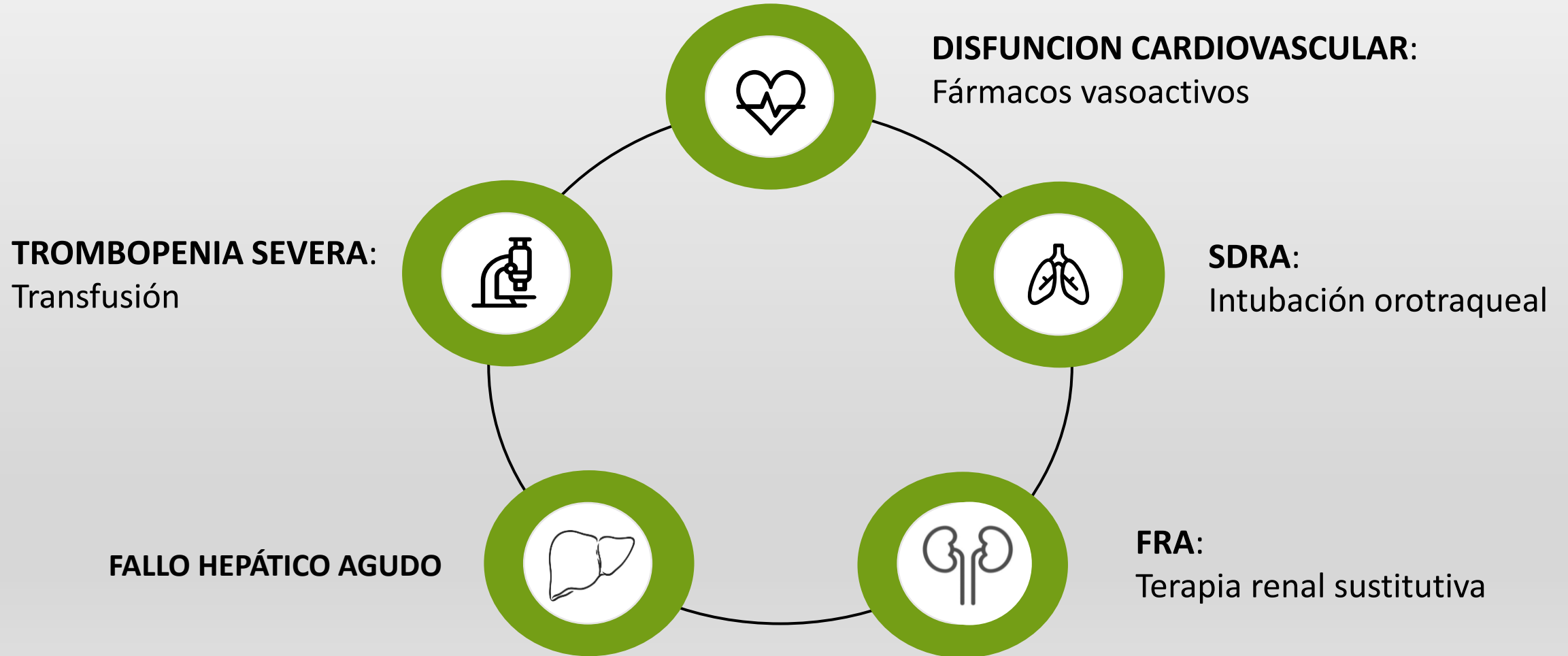


EMPEORAMIENTO PROGRESIVO



UCI

EN UCI: DISFUNCION MULTIORGÁNICA





..... a las **72** horas del ingreso



Rehistoriamos a los familiares



Hace dos meses, el paciente adquirió un huerto para fines recreativos en el que han aparecido excrementos y huesos de roedores...



Serologías + doxiciclina empírica hasta resultados

PRESENTACIÓN

SOSPECHA

EVOLUCIÓN

DIAGNÓSTICO

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

INGRESO EN UCI DURANTE 20 DÍAS

Anemización severa hasta 7 g/dl sin claro punto de sangrado

Elevación de bilirrubina hasta 22 mg/dl e hipertransaminasemia sin coagulopatía

Mejoría de reactantes de fase aguda.
Suspensión de antibioterapia tras 14 días de tratamiento

Extubación, normalización de función renal y de cifras de plaquetas

INGRESO EN MEDICINA INTERNA DURANTE 5 DÍAS

Mejoría de bilirrubina hasta 4 mg/dl y de transaminasas

Sin presentar complicaciones
Alta a los 5 días.

PRESENTACIÓN

SOSPECHA

EVOLUCIÓN

DIAGNÓSTICO

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

PROCESO INFECCIOSO
Sospecha de zoonosis

Cuadro catarral hace 10
días con mejoría inicial

Empeoramiento
clínico posterior
por el que acude

A su llegada, situación
de fallo multiorgánico
secundario

Requiere ingreso
en UCI

Soporte vasoactivo
IOT
Terapia renal sustitutiva

Fallo hepático
Anemización
Trombopenia severa

Serologías negativas
excepto...
ELISA IgM (+) leptospira

DIAGNÓSTICO

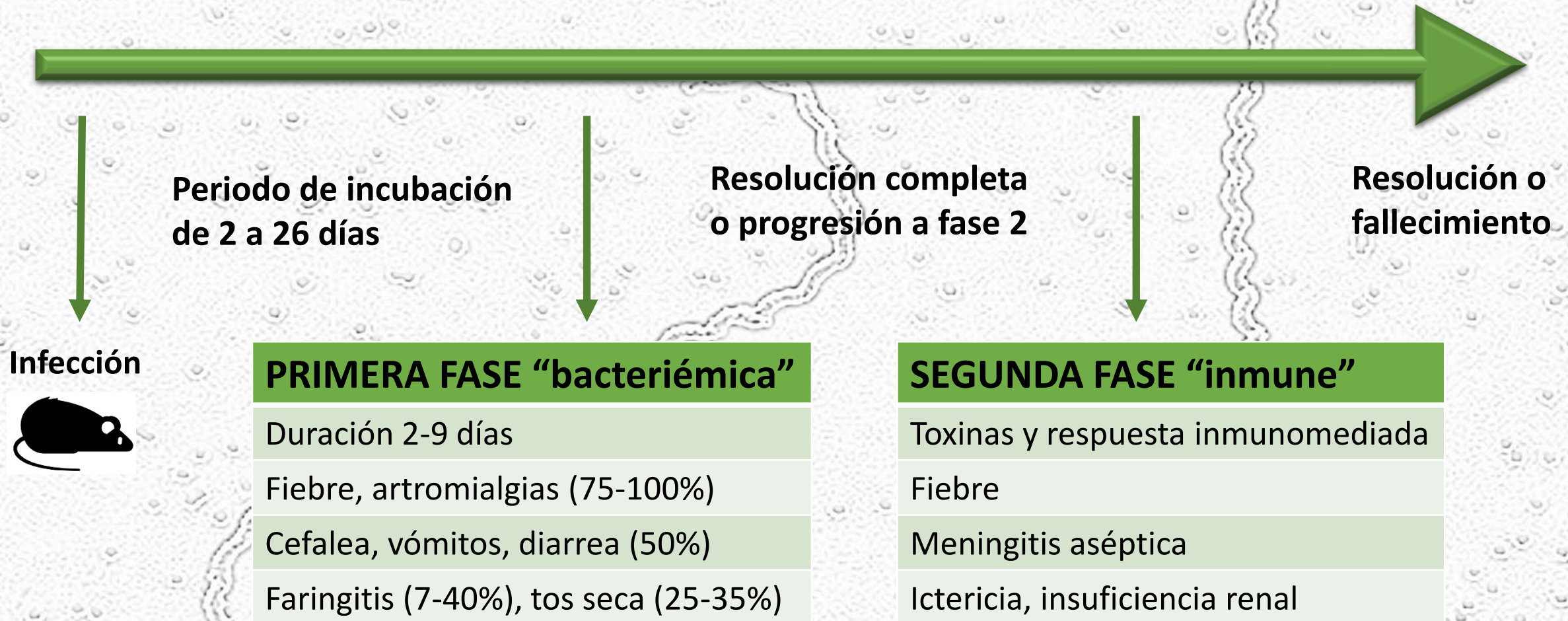
Disfunción multiorgánica secundaria a leptospirosis
(posible enfermedad de Weil)

GENERALIDADES

- Infección producida por espiroquetas patógenas del género leptospira.
- Distribución mundial, más frecuente en regiones tropicales.
- Infradiagnosticada. La sufusión conjuntival es característica.
- Transmisión:
 - Directa: tejidos, orina o heces de animales infectados
 - Indirecta: contacto con agua y tierra contaminada
- Puerta de entrada: Mucosas y heridas cutáneas.



CURSO CLÍNICO



ENFERMEDAD DE WEIL: Mortalidad 5-15%

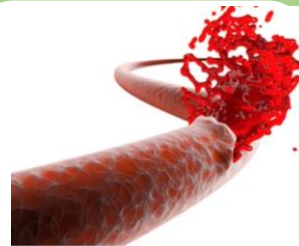
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA
Complicación más frecuente



FALLO HEPÁTICO
Frecuente y generalmente reversible



HEMORRAGIAS
La alveolar es la principal causa de muerte.
Tasa de mortalidad de hasta el 60%



HERRAMIENTAS DIAGNÓSTICAS

PRUEBAS MOLECULARES

En sangre en la fase bacteriémica
En LCR o en orina en la segunda fase

PRUEBAS SEROLÓGICAS

Positivas después de la primera semana

¿



?

CULTIVOS

Sangre, LCR y orina

DETECCIÓN DE ANTÍGENOS

Poco disponibles actualmente
Futuro prometedor

TRATAMIENTO

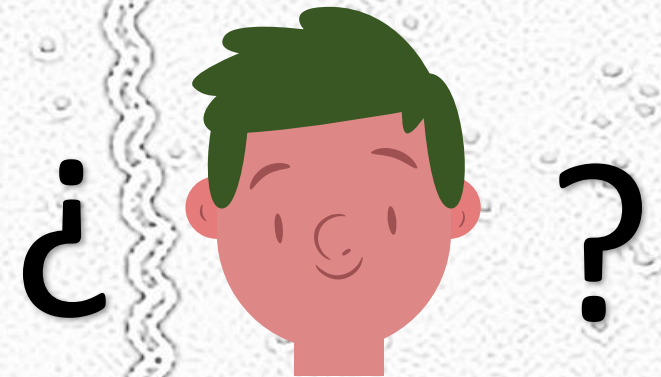
ANTIBIOTERAPIA SEGÚN LA PRESENTACION CLÍNICA

CASOS LEVES:

Doxiciclina VO cada 12 horas 7 días
Azitromicina VO cada 24 horas 3 días

CASOS GRAVES:

Penicilina, doxiciclina, cefotaxina o
ceftriaxona IV 7 días



CONCLUSIONES

- La **leptospirosis** es una zoonosis **infradiagnosticada**, ya que en muchas ocasiones no se la tiene en cuenta al realizar el diagnóstico diferencial.
- Presenta un **amplio espectro de manifestaciones**, pudiendo aparecer desde un cuadro pseudogripal que pasa desapercibido, hasta una disfunción multiorgánica potencialmente mortal. La presencia de sufusión conjuntival es característica y su presencia nos alerta.
- La **historia clínica** juega un papel fundamental, ya que haber tenido contacto con elementos contaminados puede hacer sospechar la enfermedad y poder así iniciar el tratamiento de forma precoz.

Bibliografía

1. López Cuenca S, Álvarez Fernández JA. Leptospirosis: diagnóstico diferencial de fiebre en urgencias. *Semergen*. 2015;41(5):e34---e35. DOI: [10.1016/j.semerg.2014.07.008](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2014.07.008)
2. Grupo científico DTM. Green Book, Diagnóstico y Tratamiento Médico. 2019. MARBÁN.
3. Day N, DM, FRCP. Leptospirosis: Epidemiology, microbiology, clinical manifestations, and diagnosis. (Julio 2021). Uptodate. Acceso el 26 de enero de 2022. Disponible en: <https://www-uptodate-com.m-hflr.a17.csinet.es/contents/leptospirosis-epidemiology-microbiology-clinical-manifestations-and-diagnosis>
4. Boertjes E, Hillebrand S, Bins JE, *et al*. Pulmonary haemorrhage in Weil's disease. *BMJ Case Reports CP* 2020;13:e227570.
5. [Suputtamongkol Y, Niwattayakul K, Suttinont C, et al. An open, randomized, controlled trial of penicillin, doxycycline, and cefotaxime for patients with severe leptospirosis. Clin Infect Dis 2004; 39:1417.](#)



Muchas gracias por su atención

