

José Fernández-Ferro^{a,*}, Francisco Javier López-González^a,
Fernanda Pardo^b y Juan Manuel Pías-Peleteiro^a

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joseferro@gmail.com (J. Fernández-Ferro).

^a Servicio de Neurología, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, A Coruña, España

^b Servicio de Microbiología Clínica, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, A Coruña, España

doi:10.1016/j.eimc.2010.12.013

Síndrome de Weil en paciente con sida: primer relato de caso en España

Weil's syndrome in a patient with aids: the first case reported in Spain

Sr. Editor:

La leptospirosis es una entidad de distribución mundial a excepción de los polos, con predominio en zonas tropicales¹. Su presentación clínica puede ser muy variable, desde formas asintomáticas hasta infecciones graves que pueden ocasionar fallo multiorgánico y la muerte². Hasta el momento actual sólo se han descrito 7 casos de leptospirosis en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), ninguno de ellos en España^{3–8}. Presentamos un caso de coinfección por VIH y *Leptospira*, con deterioro inmunológico severo, cuyas serologías no fueron reactivas siendo necesaria la reacción en cadena de polimerasa (PCR) para su diagnóstico.

Caso clínico

Varón de 45 años que acude a urgencias por cuadro de 2 semanas de evolución de malestar general, fiebre, dolor abdominal e ictericia. El paciente vivía en una casa abandonada donde convivía con ratas, era usuario de heroína por vía parenteral y presentaba infección por VIH y virus de la hepatitis C (VHC), aunque sin seguimiento médico ni tratamiento. En la exploración física destacaba una temperatura de 38,2 °C con marcada ictericia cutaneomucosa y hepatomegalia dolorosa de 4 cm. En las analíticas realizadas desta-

caba una importante plaquetopenia (16.000/ μ l), insuficiencia renal aguda (urea, 218 mg/dl; creatinina, 5,2 mg/dl), hiperbilirrubinemia (bilirrubina total, 22,6 mg/dl, toda a expensas de directa) no presentes en estudios previos. El tiempo de protrombina era de 14 s, con AST de 81 UI/l y ALT de 47 UI/l. La cifra de linfocitos CD4 era de 123 cel/ μ l, con una carga viral del VIH de 218.000 copias/ml. Mediante tomografía computarizada y colangiografía resonancia magnética se descartó obstrucción de las vías biliares. Ante la sospecha de leptospirosis, se instauró tratamiento intravenoso con ceftriaxona a dosis de 2 g/día durante 7 días, con progresiva mejoría clínica y completa normalización de las alteraciones analíticas en 2 semanas, sin precisar diálisis ni otras medidas invasivas. Aunque las serologías por técnica de enzimoanálisis (ELISA) repetidas con un intervalo de 2 semanas no fueron reactivas, el diagnóstico se confirmó mediante PCR para *Leptospira* en orina positiva.

Discusión

El antecedente epidemiológico puede indicar esta entidad, siendo las ratas el reservorio principal que condiciona la infección en humanos debido a la eliminación (de forma continua o intermitente) de *Leptospira* en orina, produciendo la contaminación del ambiente y, sobre todo, de las aguas⁹. Este antecedente, que fue interrogado intencionadamente, se cumplía también en nuestro caso. Las manifestaciones clínicas y analíticas, aunque indicativas, no son específicas de esta entidad. El método más usado para su diagnóstico es la serología, siendo el test de aglutinación microscópica (MAT) la técnica de mayores sensibilidad y especificidad, aunque sólo se halla disponible en centros de referencia. Nosotros

Tabla 1

Principales características de los casos publicados de coinfección por *Leptospira* y VIH

Caso	Edad	Linfocitos CD4 (cel/ μ l)	Hallazgos clínicos y analíticos	Evolución	Tratamiento
1 ³	24	ND	Meningitis, mialgias, tos, plaquetopenia	Curación	Ampicilina
2 ³	22	ND	Ictericia, meningitis, mialgias, cuadro pseudogripal, plaquetopenia	Curación	ND
3 ⁴	ND	13	Ictericia, insuficiencia renal, mialgias, plaquetopenia	Fallecimiento 3 meses después (causa desconocida)	Tetraciclina
4 ⁵	30	60	Ictericia, insuficiencia renal, bloqueo A-V primer grado, plaquetopenia	Curación	Ceftriaxona, amoxicilina, ciprofloxacino
5 ⁶	33	16	Ictericia, miocarditis, distrés respiratorio agudo, insuficiencia renal, plaquetopenia	Insuficiencia renal residual	Penicilina, doxiciclina
6 ⁷	34	ND	Fiebre, cefalea, malestar general	Curación (fallecimiento meses después por otras causas)	No recibió
7 ⁸	39	250	Fiebre, ictericia, mialgias, artralgias	ND	Antibiótico (ND)
8 (PC)	43	123	Fiebre, ictericia, malestar general, plaquetopenia, insuficiencia renal	Curación	Ceftriaxona

ND: no disponible; PC: presente caso.

utilizamos el método de ELISA que, de forma repetida, resultó negativo. Aunque no se puede descartar que en nuestro caso exista una relación entre la grave alteración inmunológica del paciente y esta negatividad, se cree que el lipopolisacárido de la *Leptospira* podría activar una reacción humoral independiente de las células T CD4 positivas que justificaría que en la mayoría de los pacientes descritos con concomitancia VIH-*Leptospira* el diagnóstico se confirmase por serología reactiva³⁻⁶. Las técnicas moleculares, como la PCR, pueden proporcionar un diagnóstico rápido y preciso¹⁰. A nuestro entender, sólo existen 2 casos descritos de pacientes con VIH en los que el diagnóstico de leptospirosis se realizó mediante PCR^{7,8}. Al igual que en los pocos casos comunicados hasta la fecha de coinfección VIH-*Leptospira* (tabla 1), en nuestro caso las manifestaciones clínicas no fueron diferentes de las descritas en pacientes inmunocompetentes y la evolución clínica con antibioterapia fue buena. Cabe destacar que la gran mayoría de estos casos presentaron formas severas de leptospirosis, y la cifra de linfocitos CD4 (en todos los que se conocía) no era superior a 250 cel/ μ l. Sin embargo, es posible que exista un sesgo de publicación, debido a que los cuadros más leves no suelen requerir atención médica y, por lo tanto, no son identificados.

En conclusión, creemos que la leptospirosis es una enfermedad que debemos tener en mente ante un síndrome febril con ictericia y/o fracaso renal¹⁰. Ante serologías no reactivas con sospecha clínica alta la PCR es obligada para el diagnóstico. La coinfección VIH-*Leptospira*, aunque parece expresarse de forma grave, responde de manera satisfactoria al tratamiento convencional.

Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Pedranda y al Dr. Giovanni Fedele del Hospital de Carlos III de Majadahonda la realización de la técnica de PCR para *Leptospira*, no disponible en nuestro hospital.

Bibliografía

1. Leptospirosis worldwide. *Wkly Epidemiol Rec.* 1999;74:237-42.

2. Dupont H, Dupont-Perdrizet D, Perie JL, Zehner-Hansen S, Jarrige B, Daijardin JB. Leptospirosis: prognostic factors associated with mortality. *Clin Infect Dis.* 1997;25:720-4.
3. Da Silva MV, Batista L, Camargo ED, Leitao PA, Szalkay VG, Rosenthal C, et al. [Leptospirosis in patients with anti-HIV antibodies: report of 2 cases]. *Rev Soc Bras Med Trop.* 1990;23:229-31.
4. Souza Neves E, Pereira MM, Galhardo MC, Caroli A, Andrade J, Morgado MG, et al. Leptospirosis patient with AIDS: the first case reported. *Rev Soc Bras Med Trop.* 1994;27:39-42.
5. Zylberberg H, Nebut M, Hagege H, Geslin P, Chousterman M. [Severe leptospirosis in a patient with human immunodeficiency virus infection]. *Ann Med Interne (Paris).* 1995;146:522.
6. Jones S, Kim T. Fulminant leptospirosis in a patient with human immunodeficiency virus infection: case report and review of the literature. *Clin Infect Dis.* 2001;33:E31-3.
7. Ganoza CA, Segura ER, Swancutt MA, Gotuzzo E, Vinetz JM. Mild, self-resolving acute leptospirosis in an HIV-infected patient in the Peruvian Amazon. *Am J Trop Med Hyg.* 2005;73:67-8.
8. Guerra B, Schneider T, Luge E, Draeger A, Moos V, Loddenkemper C, et al. Detection and characterization of *Leptospira interrogans* isolates from pet rats belonging to a human immunodeficiency virus-positive patient with leptospirosis. *J Med Microbiol.* 2008;57(Pt 1):133-5.
9. WHO, editor. Human leptospirosis: Guidance for the diagnosis, surveillance and control. Geneva: WHO; 2003.
10. Smythe LD, Smith IL, Smith GA, Dohnt MF, Symonds ML, Barnett LJ, et al. A quantitative PCR (TaqMan) assay for pathogenic *Leptospira* spp. *BMC Infect Dis.* 2002;2:13.

Rebeca Longueira^{a,*}, Ikbal Ammari^b, José Luis Lamas^a y César Martínez-Vázquez^a

^a *Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Hospital Xeral, Vigo, España*

^b *Servicio de Nefrología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Hospital Xeral, Vigo, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rebeca.longueira@hotmail.com (R. Longueira).

doi:10.1016/j.eimc.2011.02.008

Fiebre y nódulos subcutáneos en paciente con bronquiolitis obliterante con neumonía organizada (BONO)

Fever and subcutaneous nodules in a patient with bronchiolitis obliterans organizing pneumonia

Sr. Editor:

El género *Nocardia* incluye un grupo de bacterias aeróbicas de la familia *Actinomycetae*. La especie *N. cyriacigeorgica* fue descrita como agente patógeno en el año 2001¹, y ha sido involucrada en infecciones respiratorias, abscesos cerebrales y, excepcionalmente, en casos de septicemia²⁻⁶.

Presentamos el caso de un varón de 83 años, con hábito tabáquico, antecedentes de enfermedad coronaria e hipertensión arterial, que había presentado 3 episodios de neumonía en los últimos 4 años. El paciente había sido recientemente diagnosticado de BONO, descartándose en ese momento la etiología infecciosa; estaba en tratamiento con prednisona (40 mg/día). Acudió a urgencias por fiebre y aumento de su disnea habitual. En la exploración física presentaba disminución del murmullo vesicular y crepitantes en base pulmonar derecha. En tórax y piernas se observaron cinco nódulos subcutáneos de 2 x 3 cm, de consistencia dura y dolorosos a la palpación. La gasometría mostró pO₂, 66 mmHg y pCO₂,

31,8 mmHg, y el hemograma, 14.300 leucocitos/ μ l (el 81,9% neutrófilos). En la radiografía de tórax se detectó un infiltrado del lóbulo inferior derecho. El paciente ingresó con el diagnóstico de neumonía e inició tratamiento con azitromicina (500 mg/día/v.o.) y ceftriaxona (2 g/día/i.v.), previa extracción de un hemocultivo. Se realizó TC toracoabdominal que mostró consolidaciones parenquimatosas pulmonares, derrame pleural, además de múltiples lesiones subcutáneas e intramusculares. Estos hallazgos indicaron un proceso neoplásico con metástasis.

El hemocultivo se procesó con el sistema automático BacT/ALERT 3D (bioMérieux, Francia). Al quinto día de incubación, en la botella aerobia, se detectó crecimiento de bacilos grampositivos ramificados, realizándose subcultivos en diferentes medios de cultivo, incluidos agar sangre y chocolate. A las 48 h se observaron colonias blancas y secas, de textura similar al yeso. En la tinción de Kinyoun modificada se observaron bacilos parcialmente ácido-alcohol resistentes. La bacteria se identificó presuntivamente como *Nocardia* spp. Se modificó el tratamiento pautándose meropenem (3 g/día/i.v.) y TMT-SMX (210/1.050 mg/día/i.v.). En la tinción de Gram y el cultivo de la punción aspirativa de un nódulo subcutáneo se identificó también *Nocardia* spp. El cultivo de secreciones respiratorias fue negativo. Ante el diagnóstico de nocardiosis diseminada, se realizó una TC craneal que descartó la presencia de abscesos cerebrales.