CONTRA EL RELOJ: LEPTOSPIROSIS GRAVE EN UCI, UNA ZOONOSIS SUBDIAGNOSTICADA EN CHILE CON IMPACTO EN SALUD PÚBLICA.

Cristina Gacitúa-Ruminot[1], Rolando Salvo-Roman[2], Romyna Baghetti[3]

1. Becada Medicina Interna, Universidad de Valparaiso.
2. Becado Medicina Interna, Universidad de Valparaiso
3. Jefe Técnico UCI, Hospital Carlos Van Buren

INTRODUCCIÓN:

La leptospirosis es una zoonosis causada por espiroquetas, del género Leptospira, transmitida al humano por la orina de roedores. Su presentación clínica es heterogénea: en la mayoría se manifiesta como un cuadro pseudogripal, pero hasta un 10% puede progresar a formas graves, con alta mortalidad (1). En Chile es subdiagnosticada debido a su baja incidencia, estimada entre 0,02 y 0,10 por 100.000 habitantes (2), y con una inespecificidad clínica inicial. Esta combinación constituye un verdadero desafío para las unidades de cuidados intensivos.

CASO CLÍNICO:

Masculino 40 años, con antecedente de exposición ocupacional a roedores, consultó por 5 días de compromiso del estado general, fiebre, dolor torácico. Ingresa a urgencias con shock vasoplejico refractario, requiriendo ventilación mecánica y altas dosis de vasopresores.

LABORATORIO:

leucocitosis (23.460), PCR 360, injuria renal KDIGO 2, falla hepática con hiperbilirrubinemia, trombocitopenia severa (26.000), coagulopatía y troponinas >200. Ingresó a UCI con SOFA 10. Se inicia terapia empírica con vancomicina y ceftriaxona, reanimación multimodal y coadyuvantes de vasoplejia. Ante sospecha epidemiológica se solicitó serología para Leptospira, confirmándose diagnóstico por IgM positiva y microaglutinación (1/400). Se ajusta terapia a ceftriaxona en monoterapia, el paciente presentó evolución favorable con progresia mejoría clínica y estabilización multiorgánica. Tras 6 días en UCI se logra weaning exitoso.

DISCUSIÓN:

Este caso evidencia la dificultad diagnóstica de la leptospirosis en UCI. Su debut como shock séptico vasopléjico con disfunciones multiorgánicas es clínicamente indistinguible de otras sepsis, lo que retrasa diagnóstico y tratamiento. La sospecha requiere integrar factores epidemiológicos, como contacto con roedores o aguas contaminadas, habitualmente subestimados en Chile. Fisiopatológicamente, la leptospirosis grave actúa como endoteliópata séptica: el daño endotelial explica la vasoplejia refractaria, la fuga capilar y el compromiso multiorgánico (3). Esto refuerza la necesidad de un soporte hemodinámico multimodal, incorporando coadyuvantes más allá de catecolaminas y un monitoreo estrecho (4). El aporte de este reporte es visibilizar una zoonosis subdiagnosticada que, pese a baja incidencia, impacta a adultos jóvenes en edad laboral. Su reconocimiento precoz mejora el pronóstico y fortalece la vigilancia epidemiológica y la prevención de riesgos ocupacionales y ambientales, resaltando el rol del intensivista como centinela epidemiológico.

CONCLUSIÓN:

La leptospirosis puede presentarse como sepsis indistinguible de otras etiologías, donde el contexto epidemiológico orienta la sospecha. Su carácter de endoteliópata séptica explica el shock vasoplejico, destacando la necesidad de soporte intensivo multimodal. En Chile sigue siendo una zoonosis subdiagnosticada con impacto en salud pública.