

Reporte Clínico: Pancreatitis con Hiperamilasemia Persistente en Leptospirosis. Reporte de un caso y Revisión de la Literatura



Dra. Amanda Kuan Wong*, Dr. Miguel Valdivia Galvez**.

RESUMEN

Se reporta un caso de un varón de 41 años, que presentó el diagnóstico de Leptospirosis más Pancreatitis, con hiperamilasemia prolongada, lo cual constituye una rara presentación. Se realiza el diagnóstico clínico, de imágenes y de laboratorio, el nivel de amilasas fue mayor que tres o cuatro veces el valor normal. Una variedad de signos y síntomas aparecen durante el curso de la infección por *Leptospira*, habiéndose documentado la presencia de *Leptospira patoc* en títulos de 1/100.

Palabras Claves: Leptospirosis, Pancreatitis, Hiper amilasemia.

CLINICAL REPORT: PANCREATITIS WITH PERSISTENT HIPERAMYLASEMIA IN LEPTOSPIROSIS. A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW.

SUMMARY

A case of a 41-year-old male who presented the Leptospirosis plus Pancreatitis diagnosis, with prolonged hiperamylasemia, which constitutes a rare presentation, is reported. The clinical diagnosis, of images and of laboratory, is carried out, being the amylases level three or four times higher than the normal value. A variety of symptoms and signs appear during the course of infection caused by *Leptospira*, having been documented the *Leptospira patoc* presente of 1/100 titers.

Key Words: Leptospirosis, Pancreatitis,Hyperamylasemia.

(*) Medico Asistente.

(**) Medico Jefe.

Servicio de Medicina Interna

Hospital III "Alberto Sabogal Sologuren".

INTRODUCCION

La Leptospirosis es catalogada como la más difundida de las Zoonosis a nivel mundial. En el hombre constituye una enfermedad ocupacional como recreacional. La Leptospirosis es considerada una enfermedad sistémica por presentar lesiones inflamatorias difusas y degenerativas en diversos órganos. En un estudio se revisaron 36 casos de Leptospirosis y reportaron complicaciones a nivel muscular 97%, Gastrointestinal 97%, Hepático 92%, Renal 86%, Hematológicos 72% (2).

La importancia de reportar este caso clínico es la inusual presentación de Leptospirosis y Pancreatitis con Hiperamilasemia prolongada. El diagnóstico fue documentado por pruebas de aglutinaciones con títulos crecientes de anticuerpos a *Leptospira Patoc* y *Leptospira Andamana*, ambas pertenecen al grupo o complejo de *leptospira interrogans* consideradas como Patógenas.

CASO CLINICO

Varón de 41 años de edad, casado, trabajador de Sedapal, realiza trabajos de alcantarillado. Ingresa al Servicio de Medicina del Hospital Alberto Sabogal S., con un tiempo de enfermedad de 15 días, de inicio insidioso curso progresivo, caracterizado por debilidad y dolor muscular en ambos miembros inferiores, dolor articular, ictericia progresiva y coluria.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

Fiebre Tifoidea en 1980, consumo abundante del alcohol.

EXAMEN CLINICO

PA: 120/80. FC: 88x'. FR: 20x'. T: 37 °C.

Paciente icterico, conjuntivas congestivas, AREG, REN, REH, lúcido orientado en: tiempo, espacio y persona. Dolor en pantorrillas y músculos de ambos miembros inferiores. Aparato cardiovascular y respiratorio sin alteraciones. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en flanco izquierdo. No visceromegalia, RHA. Presentes. Neurológico: sin alteraciones.

EXAMENES AUXILIARES

Hematocrito: 42%. Leucocitos: 16,200. Neutrofilos: 89%. Abastoados: 48%. Plasma icterico: BIL. T.: 5.8, B.D.: 4.8 B.I.: 1. Examen de Orina: Leucocitos 10 - 30 por campo. TGO.: 180. TGP.: 240. Glucosa: 138 mg%. Aglutinaciones Tífico H: 1/320. O: 1/40. Tiempo de Protombino 17 segundos. Mielocultivo: negativo.

EVOLUCION

Del primer al cuarto día, el paciente evoluciona en forma estacionaria con dolor articular y muscular en región de miembros inferiores, ictericia de piel y mucosas. Al cuarto día llega resultado de serología positiva a *Leptospira*, realizado en el Instituto de Medicina Tropical UNMSM, ratificándose el diagnóstico con una segunda muestra positiva y a títulos creciente *Leptospira Patoc* 1/100. En la noche

del cuarto día presenta episodio de dolor abdominal intenso en región de Epigastrio con balonamiento, náuseas y vómitos.

Amilasas de emergencia: 407 UA/dl, Hto: 44%. Leucocitos: 15,150. Neutrofilos 83%. Abastoados 5%. BIL T: 9.2. B.D.: 6.5. B.I.: 2.7. Fosfatasa Alcalina: 92 U/L. Del 5º. al 11º. día evolución estacionaria, paciente con náuseas y vómitos con cierto grado de distensión abdominal e ictericia, con sonda nasogástrica y drenaje a gravedad. Control de Amilasas: 583, Calcio 8.24mg%.

Al 8vo. día se realizó endoscopia alta que reportó gastritis erosiva antral. Una ecografía cuyo resultado fue incremento de la refringencia parenquimal pancreática en forma difusa, resto de órganos examinados son normales.

Del 12º al 20º día evoluciona con menos dolor en región abdominal, no náuseas, ni vómitos pero continua aumento de amilasas séricas que fluctúan entre 350 y 250 UA/DL. HDL 135. TGO: 48. TGP: 68 BT: 2.8 mg%. BD: 2.2. BI: 0.6. Depuración de creatinina 48 ml x 1' x 1.73 m2.

Del día 21º al 38º. Cursa con pequeñas exacerbaciones y remisiones del cuadro caracterizado por manifestaciones abdominales, náuseas, vómitos, elevación de amilasas. TGP y Bilirrubinas en forma leve. Se descartaron complicaciones de la Pancreatitis con una segunda Ecografía y TAC.

A partir del 41º día la mejoría es evidente y sostenida recibiendo dieta amplia.

TERAPEUTICA

Los primeros catorce días había recibido penicilina G: 2'000,000 c/4 hrs., antagonistas H2, hidratación parenteral.

DISCUSION

El presente caso fue catalogado como Pancreatitis Aguda por el cuadro clínico, elevación de Amilasas y una ecografía compatible con Pancreatitis. Durante la evolución clínica hubo exacerbación y remisión del dolor hasta una completa resolución del cuadro clínico documentada con lipasas (3) ecografía y tomografía axial computarizada: Normal. No tuvieron la misma evolución las amilasas que persistieron elevadas al triple y al doble de su valor normal.

Una depuración de creatinina disminuida al 43% explicaría esta persistencia de niveles elevados de amilasas (4) cabe señalar que el paciente presentaba: flujo urinario, úrea, y creatinina normal. Recordemos que el compromiso renal en leptospirosis es frecuente. El diagnóstico diferencial de pancreatitis e hiperamilasemia en pacientes con leptospirosis e insuficiencia renal puede ser difícil (4). Se sugiere que un aumento de amilasas al doble de lo normal podría ser explicado por falla renal (5). Es muy importante destacar que la evolución clínica prima sobre el criterio de laboratorio (6).

En general la causa de pancreatitis no se conoce. Existen factores condicionantes como; enfermedad vesicular.

ingesta de alcohol, comida copiosa, ingesta de medicamentos como alfa metil dopa, hidroclorotiazida, enfermedades infecciosas como parotiditis, cocksakie virus y podríamos agregar leptospirosis, con pocos casos reportados a nivel mundial.

Concluimos que en el presente caso hubo cuadro clínico, una ecografía compatible con pancreatitis leve, un antecedente de alcoholismo, factor predisponente de pancreatitis en pacientes con leptospirosis.

Correspondencia

*Dra. Amanda Kuan Wong.
Servicio de Medicina Interna
Hospital Alberto Sabogal Sologuren.
Av. Argentina N° 541 Callao.*

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Jr. MD Stephen J. McPhee:** MD 1992 p. 1081 Current Medical Diagnosis and Treatment ed. By Steven Schroeder, MD. Laurence M. Tierney.
- 2) **Dr. Mario Salomón Valdivia:** Especialista en Gastroenterología. Leptospirosis en el Hospital General Base "Cayetano Heredia 1969 - 1984.
- 3) **Burns Gerard P and Banksimmy editors:** disordes of the pancreas. MC Grau Hill 1992 New York.
- 4) **C.N. Edwards, F.R.C.P.C. and C.O.R. Edwards PH.D.:** Hiperamylasemia and Pancreatitis in Leptospirosis American y Gastroenterology 1991. Nov. 86 (11): 1665 - 8.
- 5) **Satoshi Monno, M. D., and Yutaka Mizushima, M.D.:** Leptospirosis with acute acalculous cholecystitis and Pancreatitis. Clin gastroenterology 1993: 16 (1): 52 - 1.
- 6) **J.W. Hurst:** Medicina interna - Editorial Medice Segunda Edición Panamericana 1990 Pancreatitis Aguda. Capitulo 625 p. 1364 - 1366.

FE DE ERRATAS
Revista Médica Vol. 3 N° 4

BOCIO NO ENDEMICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Página 33 : Summary

Dice:

...and that of the hyperfunctioning diffuse goiter composed 10.3% of non-endemic goiter case...

Debe decir:

...and that of the hyperfunctioning diffuse goiter was Graves' disease. The thyroid nodules composed 10.3% of non-endemic goiter cases...

Página 34:

Dice:

En el bocio nodular, (tabla 2) el 83% correspondió al sexo femenino...

Debe decir:

En el bocio nodular (tabla1), el 83% correspondió al sexo femenino.

Página 35:

Dice:

Las causas del bocio difuso en 104 pacientes se muestran en la tabla 3,...

Debe decir:

Las causas del bocio difuso en 104 pacientes se muestran en la tabla 2,...

Página 35:

Dice:

...,podemos concluir que en los pacientes que se presentan con BDNF la causa es exclusivamente de etiología autoinmune,...

Debe decir:

...,Podemos concluir que en los pacientes que se presentan con BDNF la causa es casi exclusivamente de etiología autoinmune,...