Uveítis por leptospirosis, consideraciones clínico epidemiológicas.

Dr. Carlos Alberto Pérez Padilla (1), Dra. Sara E. Romeu Yunaca (2), Dra. Zaihrys Herrera Lazo (3).

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo para conocer el comportamiento de algunas variables clínico-epidemiológicas en pacientes con Uveítis por Leptospirosis si durante los años 1994 - 1997. De los 106 casos de Leptospirosis examinados en la consulta de Oftalmología, 6 presentaban Uveítis, la mayor proporción de pacientes pertenecía a los grupos de edad de 15 a 44 años, el ojo izquierdo fue el más afectado, en el 16.7 % de los casos se presentó de forma bilateral, la localización posterior fue la más frecuente, las manifestaciones clínicas predominantes fueron la disminución de la visión, el foco de coriorretinitis y las opacidades y precipitados del cuerpo vítreo.

Palabras Clave: LEPTOSPIROSIS/complicaciones,

UVEITIS/etiología,UVEITIS/epidemiología

- 1- Especialista de primer grado en Oftalmología. Presidente de la Filial Provincial de Oftalmología.
- 2- Especialista de primer grado en Oftalmología.
- 3- Especialista de primer grado en Pediatría.

INTRODUCCION

La Leptospirosis es definida como una infección general aguda caracterizada por vasculitis extensa, es conocida en muchos países como enfermedad de Weil, enfermedad de los porqueros, fiebre de fiebre de los pantanos, etcétera (1).

Esta enfermedad es una antropozoonosis caracterizada por síntomas y signos variables que pueden llevar hasta la muerte del paciente. Su presentación en Cuba ha ido aumentando como consecuencia de una mayor vigilancia epidemiológica y mejoría de los medios diagnósticos (1,2).

La enfermedad la adquiere el hombre; huésped-accidental, mediante aguas contaminadas por orina de animales infectados, al atravesar la piel mascerada, al contactar las mucosas, también por el contacto directo con los reservorios, la transmisión interhumana es excepcional. El período de incubación suele ser de 7 a 10 días pero se han observado límites de 2 a 20 días (3,4).

El diagnóstico de laboratorio se realiza mediante técnicas bacteriológicas y serológicas, es una enfermedad producida por una variedad de espiroquetas de origen animal pertenecientes al complejo interrogans, se consideran patógenos 18 serogrupos y se conocen más de 200 serovariantes (3).

El curso clínico de la Leptospirosis varia según los casos, pero en general en ambos tipos de Leptospirosis ictérica y anictérica la enfermedad sigue un curso bifásico, en los cuales específicamente en la segunda fase de la enfermedad se caracterizan por una serie de manifestaciones como fiebre, uveítis, exantema, cefalea y meningitis (5-8).

Esta investigación tiene como objetivo conocer algunos aspectos clínico-epidemiológicos de las Uveítis por Leptospirosis.

METODO

Se realizó una investigación obser-vacional descriptiva para analizar el comportamiento de algunas variable clínico- epidemiológicas en pacientes con Uveítis por Leptospirosis

atendidos en consultas externas de Oftalmología del Hospital Provincial General Docente de Morón durante los años 1994 - 1997.

Se examinaron 106 casos de Leptos-pirosis los cuales cumplían con el requisito de tener seroconversiones en la prueba de mi-croaglutinación de Leptospira. Estos pacientes llegaron a la consulta de Oftalmología una vez realizado el segundo suero donde se confirmaba la entidad.

El 100 % fueron seguidos semanalmente por un período de 4 meses. Para confirmar el diagnóstico se realizó una correcta anamesis, un examen físico ocular y se descartaron a través de medios diagnósticos otras enfermedades tales como la Toxoplasmosis y la Histoplasmosis.

Del total de casos recibidos en 6 se estableció el diagnóstico de uveítis por Leptospirosis. Los resultados se presentan en tablas.

RESULTADOS Y DISCUSION

En la tabla 1 se observa que la enfermedad fue más frecuente en los grupos de edad de 15 a 44 años (83.3 %).

Este resultado se corresponde con los consignados por otros investigadores (9,10).

En la tabla 2 la distribución según ojo afectado muestra una mayor proporción para el ojo izquierdo (50.0 %), aunque las cifras para uno u otro ojo son similares. La bilateralidad de la enfermedad se observó en 16.7 % de los pacientes. Al igual que otros autores (6,11) no encontramos una diferencia significativa en cuanto a la afectación entre ambos ojos; tal parece que la enfermedad no tiene predilección por un ojo específico.

En la tabla 3 se puede apreciar que predominó la forma clínica posterior (66.7 %). La importancia de esta observación radica en que en la mayoría de los casos donde hay afección del segmento anterior del bulbo ocular se evidencia un mejor pronóstico; no siendo así cuando está afectado el segmento posterior, donde el pronóstico desde el punto de vista visual es muy reservado, como se plantea en diversas bibliografías consultadas (6-12).

Las manifestaciones clínicas que se presentaron se observan en la tabla 4, siendo más frecuentes la disminución de la visión (100.0 %), foco de coriorretinitis (66.6 %), opacidades y precipitados del cuerpo vítreo (50.0 %), la fotofobia (33.3 %), el lagrimeo (33.3 %), los precipitados en la cara posterior de la córnea (33.3 %), hiperemia del iris (33.3 %), sinequias periféricas posteriores (33.3 %).

En investigaciones realizadas sobre esta afección (6-10, 12) se consignan resultados semejantes a los hallados en este trabajo.

TABLA 1. Distribución de pacientes según grupos de edad.

| Grupos de Edad | No | % |
|----------------|----|-------|
| | | |
| 0-14 | 0 | 0 |
| 15 - 29 | 2 | 33.3 |
| 30 - 44 | 3 | 50.0 |
| 45 - 59 | 1 | 16.7 |
| 60 o más14 | 0 | 0 |
| Total | 6 | 100.0 |
| | | |

TABLA 2. Distribución de pacientes según ojo afectado.

| Ojo afectado | No | % |
|--|------------------------|----------------------|
| Derecho Izquierdo Ambos Total | 2 3 1 6 100.0 | 33.3 50.0 16.7 |
| | | |

TABLA 3. Distribución de pacientes según localización de la Uveítis.

| Localización de la Uveítis | No | % |
|----------------------------|--------|--------------|
| Anterior Posterior | 2 4 | 33.3 66.7 |
| Total | 6 | 100.0 |

TABLA 4. Distribución de pacientes según síntomas y signos de la enfermedad.

N=6 Síntomas y Signos No % Disminución de La visión. 100.0 6 Foco de coriorretinitis. 4 66.0 Opacidades y precipitados del cuerpo vítreo. 3 50.0 Fotofobia. 2 33.3 Lagrimeo. 2 33.3 2 Precipitados en la cara 33.3 posterior de la córnea. Sinequias periféricas posteriores. 2 33.3 Hiperemia del iris. 2 33.3 Inyección periquerática . 1 16.6 Dolor Ocular. 1 16.6 Hipopión. 1 16.6

CONCLUSIONES

- 1. La mayor proporción de pacientes pertenecía a los grupos de edad de 15 a 44 años.
- 2. El ojo izquierdo fue el más afectado.
- 3. La bilateralidad de la enfermedad se presentó en un 16.7 % de los casos.
- 4. La localización más frecuente fue la posterior.
- 5. Las manifestaciones clínicas predominantes fueron la disminución de la visión, el foco de coriorretinitis y las opacidades y precipitados del cuerpo vítrio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1. Martínez SR, De la Paz CR, Acosta LC. Algunas consideraciones sobre el comportamiento de la leptospirosis humana en Cuba. Rev cubana medicina tropical 1993, 45(1): 32-41.
- Regalado SD, López AC, Obregon FAM. Estudio comparativo de técnicas serológicas para el diagnóstico de leptospirosis humana. Rev cubana medicina tropical 1992, 44(2). 129-153.
- 3. Suarez HM, Díaz HC, Curbilo PR, Pérez AG. Vigilancia epidemiológicas con sueros pareados de leptospira en la atención primaria. Rev cubana Med General Integral 1994, 7(3): 218-230.
- 4. Murhekar MU, Sugunon AP, Vijayachari P, Sharmas Sehgalse. Risk factors in the trasmission of leptospiral infection Indian J Med Res. 1998 May; 107: 218-23
- 5. Jurczyk K, Szule M. A case of meningitis and uveitis caused by Spirochetes of the genus leptospira. Przegl Epidemiol 1998; 52(3): 317-20

- 6. Chandrasekaran S, Krislaveni S, Chandrasekarann. Darkfield micros-copic (DFM) and serología evidences for leptospiral infection in panuveitis cases. Indian J Med Sci 1998 Jul; 52(7): 294-8
- 7. Merien F, Perolat P, Mancel E, Persan D, Barantor G Detection of leptospira DNA by polymerase chain reaction in aqueous humor of a patient with unilateral uveitis. J Infect Dis 1993 Nov; 168(5): 1335-6
- 8. Rathinam SR, RathnamS, Selvaraj S, Dean D, NozikRA, Namperumalsamy P. Uveitis associated with an epidemic outbreak of leptospirosis. Am J Ophthalmol 1997 Jul; 124(1): 71-9
- 9. Lenin N, Nguyen-Khoajl, Charpentier D, Strobel M, fournie-Amazou E, Denis P. Panuveitis with papillitis in leptospirosis. Am J ophthalmol 1994 Jan 15; 117(1): 118-9
- 10.Chkm, Rathinam R, Namperu-malsamy P, Dean D. Identification of leptospira species in the pathogenesis of uvetis and determination of clinical ocular characteristics in south India. J Infect Dis 1998 May, 177(5): 1314-21
- 11. Boratto LM, Oréfice F, Vilela Fernando B, Fabel J. Iridociclite não granulomatosa bilateral em um caso de leptospirose. Arq. bras. oftalmol; 48(5): 178-81, 1985
- 12. Mancel E, Merien F, Pesenti L, Salino D, AngibaudG PerolatP. Clinical aspects of ocular leptospirosis in New Caledonia (South Pacific). Aust NZJ Oph thalmol 1999 Dec; 27(6): 380-6.