

Revista Mexicana de Pediatría

Volumen 73
Volume

Número 1
Number

Enero-Febrero 2006
Januray-February

Artículo:

Editorial.

Leptospirosis en niños: parece común
pero infrecuente, extraña paradoja

Derechos reservados, Copyright © 2006:
Sociedad Mexicana de Pediatría, AC

Otras secciones de
este sitio:

- 📖 Índice de este número
- 📖 Más revistas
- 🔍 Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- 📖 *Contents of this number*
- 📖 *More journals*
- 🔍 *Search*



Leptospirosis en niños: parece común pero infrecuente, extraña paradoja

(Leptospirosis in children: seems common but unfrequent. An strange paradox)

Leopoldo Vega Franco

Se entiende como paradoja a una declaración en apariencia verdadera que conduce a una autocontradicción lógica o a una situación contraria al sentido común: es “lo opuesto a lo que uno considera cierto”. Definida así la leptospirosis entraña una singular paradoja: la información epidemiológica indica que el agente potencialmente patógeno infecta a numerosas especies animales, que el hombre es susceptible a esta enfermedad que las condiciones ambientales que propician el enlace entre el huésped y el agente (según lo indican los estudios serológicos en amplias regiones tropicales) es frecuente: aunque la enfermedad también puede ocurrir en ambientes seguros donde la gente convive con “mascotas” no protegidas periódicamente. Trataré de aclarar estas presunciones.

El hecho de catalogar la leptospirosis como enfermedad “ocupacional” ligada con actividades agrícolas: como el cultivo de arroz, en personas dedicadas a la crianza o al cuidado de animales: como ganaderos, pastores y veterinarios, o entre aquellos que hacen la limpieza en estanques o piscinas, restringe la posibilidad de que el médico piense en esta enfermedad ante un niño enfermo. Si a este obstáculo mental se le suma el argumento de que es una zoonosis ampliamente extendida en el mundo: en especial en los lugares húmedos y calurosos, con intensa precipitación pluvial e inundaciones, y se considera que en esos lugares la gente acostumbra caminar sin zapatos, exponiendo su piel y mucosas en contacto con el agua o suelo húmedo contaminado por orina de animales infectados por la leptospira, hace pensar que esta enfermedad es endémica en animales y humanos con una variación estacional bien definida: en la época de lluvias.¹

A estas circunstancias ambientales que favorecen la transmisión de la enfermedad, se agregan una serie de factores no sólo ocupacionales, sino relacionados a costumbres, hábitos higiénicos y convivencia con animales. En amplios segmentos de la población, ha motivado el

desarrollo de programas de salud pública en países asiáticos y en varias naciones latinoamericanas: para la vigilancia y el control de esta enfermedad. Por eso, me imagino que el informe epidemiológico acerca de la frecuencia de esta enfermedad en la provincia de Ciego de Ávila, Cuba (que aparece en este número), es una muestra del interés por identificar precozmente esta enfermedad: pensando en ella y sometiendo a los enfermos sospechosos a un estudio serológico.

Este interés no sólo ocurre en los países con límites marítimos con el Mar Caribe (exceptuando a México), sino que se extiende hasta las latitudes de Argentina y Chile. En todos estos países hay grandes núcleos de población expuestos a los factores implicados en el riesgo de padecer esta enfermedad; pues en ellos existen áreas territoriales con condiciones ambientales similares. En síntesis, desde los estados sureños de la costa Atlántica en los Estados Unidos de América, hasta la Patagonia, hay condiciones favorables para esta enfermedad. Tales argumentos son razón suficiente para tocar algunos puntos relevantes de lo que se da en llamar “Estado del arte” acerca de la leptospirosis; que traducido en términos sencillos, pretendo “seguir las huellas” del saber acumulado de esta enfermedad: frecuente pero rara en los niños.

La incidencia de la leptospirosis, estimada por la Organización Mundial de la Salud, varía en lugares de clima templado entre 0.1 a 1 por 100,000 habitantes y este organismo considera que en regiones tropicales su incidencia es de 10 a 100 personas por cada 100,000. Hace notar que ante circunstancias, como las inundaciones y destrozos causados por los ciclones, en que el riesgo de exposición aumenta, la incidencia puede ser mayor de 100 por 100,000.² Ante tales presunciones cabe, pues, una pregunta, ¿por qué no se diagnostica un mayor número de enfermos, sobre todo cuando la incidencia llega a ser mayor de 100 por 100,000 habitantes?

Una respuesta presurosa a esta pregunta puede, ser: porque no se piensa en ella, salvo en circunstancias clínicas graves. En otras palabras: sólo cuando los enfermos manifiestan ictericia, hemorragias, uveítis, datos neuropatológicos o repercusión seria en la función renal; olvidando así que la enfermedad tiene una fase inicial, en la cual podría ser identificada: con fiebre de aparición abrupta, dolor de cabeza, mialgias, escalofrío, náuseas, vómito, diarrea, tos y en algunos casos exantema. Es en esta fase en áreas tropicales, en época de lluvias, y ante el hallazgo de casos de listeriosis en adultos, es deseable que el médico que atiende niños no sólo piense en una infección viral común, ya que si hay alguna sospecha clínica de este padecimiento, un estudio de microaglutinación en placa puede confirmar tal certidumbre en un tercio de los niños (al menos en Ciego de Ávila). De no hacer el diagnóstico y cuando el organismo no logra dominar la enfermedad, de persistir ésta las manifestaciones traducen daños funcionales en órganos y sistemas: con signos de meningitis, falla renal, ictericia y daño hepático (Enfermedad de Weil) y hemorragias.^{3,4}

A un lado de la dificultad para fundamentar por la clínica la sospecha de listeriosis en los niños: anteponiéndola a las infecciones virales comunes en la infancia, es aún más difícil llegar a este diagnóstico cuando se olvida incluirlo entre otros, y se ignoran las condiciones epidemiológicas que pueden sustentar esta posibilidad. Es oportuno señalar que la leptospirosis se presenta como casos aislados o por brotes: cuando éstos han coincidido en una misma fuente de exposición, como una piscina: tal como se informa en niños que habían disfrutado en cierta escuela rural en Chile;⁵ recientemente (febrero 10) se ha reportado un caso semejante en adultos: entre estudiantes, profesores y personal administrativo, que hicieron uso de una piscina del Campus de la Universidad de Hawai.⁶

En cuanto a la confirmación de esta enfermedad, se recomienda como "estándar de oro" la microaglutinación en placa (MAT): por su especificidad (serovar^s/serogrupo) y alta sensibilidad.² Si bien se sugiere establecer el punto de corte adecuado para estudios hechos en la población del área de cobertura del laboratorio se aconseja calificar como resultado positivo, un incremento en el título de anticuerpos, registrado por la MAT en la misma persona, cuatro veces mayor durante la convalecencia la enfermedad.⁶

En lo que concierne a la mortalidad, en los EUA se informa que anualmente mueren entre 0.02-0.04 por 100,000 habitantes (1985-1994) lo que indica que la enfermedad existe.⁷ Como contraste, las autoridades de salud en Nicaragua reportaron 503 casos sospechosos (0.89 x 100,000) entre enero y julio de 2004; entre los casos confirmados, 21 fueron niños entre 5 y 14 años de edad⁸ y en Ecuador, el Boletín Epidemiológico de la OPS, de junio de 2004, reporta un brote de 160 casos que ocurrió en 1998, con una letalidad de 10%.⁹

Es lícito mencionar que los reportes, informes y documentos sobre este tema, permiten inferir que si bien los niños que radican en ciudades cuya altitud es mayor de 1,000 metros, no están exentos de padecer esta enfermedad, la probabilidad de que esto ocurra es considerablemente menor al riesgo que tienen los niños de poblaciones ubicadas en varios estados del suroeste de México: donde existen condiciones ecológicas favorables para la transmisión de esta enfermedad. Si la frecuencia de ésta es mayor de lo que aparenta ser, el hecho de que no se identifique es lo que hace que nos parezca una entidad rara.

Referencias

1. Phraisuwan P, Spotts WEA, Tharmaphornpilas P, Guharat S, Thongkamsainut S, Aresagig S et al. Leptospirosis: Skin wounds and control strategies. Thailand, 1999. *Emerg Infect Dis* 2002; 8: 1455-1459.
2. World Health Organization. Human leptospirosis: guidance for diagnosis, surveillance and control. Geneva: World Health Organization. 2003.
3. CDC. Leptospirosis. Frequently asked questions. www.cdc.gov/ncidod/dmdd/diseaseinfo/leptospirosis
4. Medline Plus. Enciclopedia Médica: Leptospirosis. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001376.htm>
5. Arias PH, Núñez GM, Valenzuela GI, Olivares MA. Brote epidémico de leptospirosis en niños de Linares. *Rev Chil Pediatr* 2003; 74: 405-10.
6. Park SY, Effler PV, Nakata M, Sasaki DVM. Leptospirosis after flooding of a University Campus. Hawaii, 2004. *MMWR* 2006; 55:125-7.
7. Hickey PW. Leptospirosis. <http://www.emedicine.com/PED/topic1298.htm>
8. Ministerio de Salud Nicaragua. Situación epidemiológica de la leptospirosis en Nicaragua. Boletín Epidemiológico. <http://www.minsa.gob.ni>
9. Organización Panamericana de la Salud. Perfiles de País: Ecuador. Bol. Epidem. 2004; 25(2): <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be>

^s Serovariedad de listerias. Hay 23 serovares.