

Leptospirosis icterica en un adolescente urbano: Presentación Atípica con Síndrome de Weil y Colecistitis Reactiva

Icteric leptospirosis in an urban adolescent: Atypical Presentation with Weil's Syndrome and Reactive Cholecystitis

Leptospirose icterica em um adolescente urbano: Apresentação Atípica com Síndrome de Weil e Colecistite Reativa

Recibido: 25/12/2025 | Revisado: 29/12/2025 | Aceptado: 30/12/2025 | Publicado: 31/12/2025

Cristhian Camilo Velandia-Mosquera

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-1074-1055>

Universidad Central del Valle del Cauca, Tuluá, Colombia

E-mail: cristhian.velandia01@uceva.edu.co

Kerin Daihanna Gonzalez Muñoz

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6606-1459>

Universidad Central del Valle del Cauca, Tuluá, Colombia

E-mail: kerindahiana1a@gmail.com

Valentina Ardila Lozano

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-1576-490X>

Universidad Central del Valle del Cauca, Tuluá, Colombia

E-mail: valentina.ardila01@uceva.edu.co

Juan Camilo Castaño Ospina

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-3130-2613>

Universidad Central del Valle del Cauca, Tuluá, Colombia

E-mail: juancastanomd@gmail.com

Olga Patricia Ortiz Corrales

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-7071-1424>

Universidad Central del Valle del Cauca, Tuluá, Colombia

E-mail: oportiz@uceva.edu.co

Natalia Duque Salgado

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6527-3264>

Universidad Central del Valle del Cauca, Tuluá, Colombia

E-mail: nduque@uceva.edu.co

Diego Fernando Lopez Muñoz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6156-1619>

Universidad Central del Valle del Cauca, Tuluá, Colombia

E-mail: dflopez@uceva.edu.co

Resumen

Introducción: La leptospirosis es una zoonosis bacteriana global causada por *Leptospira*. Aunque tradicionalmente rural, ha reemergido en áreas urbanas debido a saneamiento deficiente, presentándose desde formas leves hasta el letal síndrome de Weil, lo que exige una alta sospecha clínica. **Objetivo:** El propósito de este reporte es describir el caso clínico de un adolescente urbano con leptospirosis icterica complicada por síndrome de Weil y colecistitis reactiva, enfatizando los hallazgos clínicos, bioquímicos y de imagen que orientaron el diagnóstico diferencial, así como la evolución terapéutica favorable tras la instauración de manejo antibiótico precoz. **Metodología:** Se realizó un estudio de caso retrospectivo siguiendo las guías CARE. Se analizaron datos clínicos, paraclínicos y de imagen de la historia clínica electrónica de un paciente pediátrico, contando con el consentimiento informado de los padres. **Presentación del Caso:** Un adolescente de 14 años de zona urbana en Colombia, sin exposición rural, consultó por fiebre, cefalea y un inusual exantema pruriginoso, progresando a ictericia marcada y dolor abdominal. Los laboratorios mostraron trombocitopenia, hiperbilirrubinemia directa (4.0 mg/dL) y CPK elevada, descartando dengue. La IgM positiva confirmó leptospirosis y la ecografía reveló colecistitis alitiásica reactiva. Tras recibir ceftriaxona y doxiciclina, el paciente tuvo una recuperación completa y fue dado de alta al tercer día. **Discusión:** Este caso ilustra la complejidad diagnóstica de la leptospirosis urbana, destacando manifestaciones atípicas como exantema y colecistitis. La rápida diferenciación de otras enfermedades febriles y el uso de antibióticos evitaron complicaciones mayores. **Conclusión:** Es

vital incluir la leptospirosis en el diagnóstico diferencial de síndromes febriles ictericos urbanos. La vigilancia activa y el tratamiento antibiótico oportuno son determinantes para reducir la letalidad, reforzando la necesidad de un enfoque preventivo One Health.

Palabras clave: Leptospirosis; Enfermedad de Weil; Colecistitis Alitiásica; Zoonosis.

Abstract

Introduction: Leptospirosis is a global bacterial zoonosis caused by *Leptospira*. Although traditionally rural, it has reemerged in urban areas due to poor sanitation, presenting in forms ranging from mild to the lethal Weil's syndrome, which requires high clinical suspicion. **Objective:** The purpose of this report is to describe the clinical case of an urban adolescent with icteric leptospirosis complicated by Weil's syndrome and reactive cholecystitis, emphasizing the clinical, biochemical and imaging findings that guided the differential diagnosis, as well as the favorable therapeutic evolution after the establishment of early antibiotic management. **Methodology:** A retrospective single-case study was conducted following CARE guidelines. Clinical, laboratory, and imaging data were analyzed from the electronic medical record of a pediatric patient, with informed consent obtained from the parents. **Case Presentation:** A 14-year-old urban male from Colombia, without rural exposure, presented with fever, headache, and an unusual pruritic rash, progressing to marked jaundice and abdominal pain. Labs showed thrombocytopenia, direct hyperbilirubinemia (4.0 mg/dL), and elevated CPK, ruling out dengue. Positive IgM confirmed leptospirosis, and ultrasound revealed reactive acalculous cholecystitis. After treatment with ceftriaxone and doxycycline, the patient fully recovered and was discharged on the third day. **Discussion:** This case illustrates the diagnostic complexity of urban leptospirosis, highlighting atypical manifestations such as rash and cholecystitis. Rapid differentiation from other febrile illnesses and antibiotic use prevented major complications. **Conclusion:** It is vital to include leptospirosis in the differential diagnosis of urban febrile icteric syndromes. Active surveillance and timely antibiotic treatment are decisive in reducing lethality, reinforcing the need for a preventive One Health approach.

Keyword: Leptospirosis; Weil Disease; Acalculous Cholecystitis; Zoonoses.

Resumo

Introdução: A leptospirose é uma zoonose bacteriana global causada pela *Leptospira*. Embora tradicionalmente rural, ela ressurgiu em áreas urbanas devido ao saneamento deficiente, apresentando-se desde formas leves até a síndrome de Weil, que é letal, exigindo alta suspeita clínica. **Objetivo:** O objetivo deste relato é descrever o caso clínico de um adolescente urbano com leptospirose icterica complicada por síndrome de Weil e colecistite reativa, enfatizando os achados clínicos, bioquímicos e de imagem que guiaram o diagnóstico diferencial, bem como a evolução terapêutica favorável após o início precoce do tratamento antibiótico. **Metodologia:** Realizou-se um estudo de caso retrospectivo seguindo as diretrizes CARE. Analisaram-se dados clínicos, laboratoriais e de imagem do prontuário eletrônico de um paciente pediátrico, com consentimento informado dos pais. **Apresentação do Caso:** Um adolescente urbano de 14 anos da Colômbia, sem exposição rural, apresentou febre, cefaleia e um exantema pruriginoso incomum, evoluindo para icterícia marcada e dor abdominal. Os exames mostraram trombocitopenia, hiperbilirrubinemia direta (4,0 mg/dL) e CPK elevada, descartando dengue. A IgM positiva confirmou leptospirose e a ultrassonografia revelou colecistite alitiásica reativa. Após tratamento com ceftriaxona e doxiciclina, o paciente recuperou-se totalmente e teve alta no terceiro dia. **Discussão:** Este caso ilustra a complexidade diagnóstica da leptospirose urbana, destacando manifestações atípicas como exantema e colecistite. A rápida diferenciação de outras doenças febris e o uso de antibióticos evitaram complicações maiores. **Conclusão:** É vital incluir a leptospirose no diagnóstico diferencial de síndromes febris ictericas urbanas. A vigilância ativa e o tratamento antibiótico oportuno são determinantes para reduzir a letalidade, reforçando a necessidade de uma abordagem preventiva One Health.

Palavra-chave: Leptospirose; Doença de Weil; Colecistite Acalculosa; Zoonoses.

1. Introducción

La leptospirosis es una zoonosis bacteriana de distribución mundial causada por espiroquetas del género *Leptospira*, transmitida principalmente por contacto con agua o suelos contaminados con orina de animales infectados, especialmente roedores. Aunque tradicionalmente se asocia con entornos rurales y ocupaciones agropecuarias, en los últimos años ha emergido también en áreas urbanas debido a deficiencias en el saneamiento y al incremento de reservorios periurbanos. Clínicamente, la enfermedad presenta un espectro que varía desde formas anictéricas leves hasta manifestaciones graves como el síndrome de

Weil, caracterizado por ictericia, insuficiencia renal y hemorragias viscerales, con tasas de letalidad que pueden superar el 10% en ausencia de diagnóstico temprano (Gompo et al., 2022).

La identificación oportuna de leptospirosis continúa siendo un desafío clínico por su similitud con otros síndromes febriles, particularmente el dengue. Franco et al. (2024) evidenciaron en Brasil un subregistro significativo de casos humanos, al detectar infección por *Leptospira* en pacientes inicialmente negativos para dengue mediante pruebas serológicas DPP y MAT (Gompo et al., 2022). De modo similar, Muñoz-Zanzi et al. (2025) demostraron en Puerto Rico que la vigilancia hospitalaria activa permitió confirmar múltiples infecciones agudas previamente clasificadas como fiebre indiferenciada (Muñoz-Zanzi et al. 2023).

Desde la perspectiva microbiológica, Abdullah et al. (2025) caracterizaron el pan-genoma de *Leptospira*, identificando más de 20.000 genes y 498 factores de virulencia asociados con la patogenicidad, entre ellos adhesinas y proteínas de superficie implicadas en la invasión tisular. En paralelo, Davignon et al., (2024) demostraron que *L. interrogans* mantiene su virulencia en condiciones de estrés ambiental gracias a la formación de biofilms, mecanismo que favorece su persistencia en ecosistemas acuáticos y su reemergencia durante periodos lluviosos (Franco et al., 2020). Por otra parte, Gompo et al. (2025) destacaron el papel zoonótico del ganado bovino como reservorio de *Leptospira Hardjo* en Nepal, subrayando la relevancia del enfoque One Health en la prevención de brotes tanto rurales como urbanos.

La leptospirosis continúa siendo una causa subestimada de síndrome febril icterohemorrágico, especialmente en entornos urbanos donde la enfermedad suele pasar inadvertida ante la sospecha inicial de dengue, hepatitis viral o sepsis bacteriana. A pesar del conocimiento creciente sobre su fisiopatología y determinantes moleculares, persisten vacíos diagnósticos que dificultan la detección temprana y el abordaje clínico oportuno, particularmente en adolescentes y jóvenes sin antecedentes de exposición rural evidente (Gompo et al., 2022; Muñoz-Zanzi et al., 2023; Abdullah et al., 2021).

El síndrome de Weil representa la forma más severa de la leptospirosis, caracterizada por insuficiencia hepatorrenal, anemia hemolítica y trastornos hemorrágicos. Sin embargo, su asociación con complicaciones abdominales, como colecistitis reactiva, es infrecuente y suele inducir a diagnósticos erróneos o demoras terapéuticas. Estudios recientes han sugerido que la persistencia de *Leptospira interrogans* en tejidos, facilitada por su capacidad de formar biofilms y modular la respuesta inmune, podría contribuir a fenómenos inflamatorios secundarios y a manifestaciones viscerales atípicas (Davignon et al., 2021; Franco et al., 2020).

En este contexto, resulta fundamental reportar presentaciones clínicas poco habituales que amplíen la comprensión de la enfermedad y fortalezcan la sospecha diagnóstica en escenarios no tradicionales. Asimismo, documentar casos urbanos con evolución icterica grave en pacientes jóvenes permite visibilizar el cambio epidemiológico de esta zoonosis, impulsando estrategias preventivas integradas bajo el enfoque One Health (Gompo et al., 2022; Muñoz-Zanzi et al., 2023; Davignon et al., 2021; Abdullah et al., 2021).

El propósito de este reporte es describir el caso clínico de un adolescente urbano con leptospirosis icterica complicada por síndrome de Weil y colecistitis reactiva, enfatizando los hallazgos clínicos, bioquímicos y de imagen que orientaron el diagnóstico diferencial, así como la evolución terapéutica favorable tras la instauración de manejo antibiótico precoz. Este reporte busca aportar evidencia sobre la diversidad fenotípica de la leptospirosis grave y la relevancia de mantener una vigilancia clínica activa en contextos urbanos endémicos.

2. Metodologia

Diseño del estudio: Se realizó una investigación cualitativa, descriptiva (Pereira et al., 2018) y del tipo específico de estudio de caso único (Yin, 2015; Toassi & Petry, 2021), con análisis retrospectivo de la información clínica, con base en los estándares para informes de casos, según la guía CARE(6)

Fuentes de datos: La información se obtuvo de la historia clínica electrónica del paciente, incluyendo notas de evolución, registros de signos vitales, resultados de laboratorio (hematología, bioquímica, microbiología) y estudios de imagen (ecografía abdominal, radiografía de tórax). Todos los datos fueron anonimizados para proteger la confidencialidad del paciente.

Recolección de datos: Se extrajeron sistemáticamente los datos demográficos, antecedentes médicos, presentación clínica, hallazgos físicos, resultados paraclínicos, intervenciones terapéuticas y evolución hospitalaria.

Análisis de datos: Los datos cualitativos se organizaron en una línea de tiempo clínica, mientras que los datos cuantitativos de laboratorio se tabularon para mostrar su evolución durante la hospitalización. El análisis descriptivo se centró en la correlación entre las intervenciones terapéuticas y los cambios en los parámetros clínicos y paraclínicos.

Aspectos éticos: Se obtuvo consentimiento informado por escrito de los padres del paciente para la publicación de este caso. El estudio mantuvo la confidencialidad de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el comité de ética institucional.

3. Caso clínico

Un paciente masculino de 14 años, residente en una zona urbana del suroccidente de Colombia, sin antecedentes mórbidos relevantes ni exposición ocupacional o recreacional obvia a fuentes de agua estancada o animales de granja, fue remitido al servicio de urgencias pediátricas por un cuadro clínico de 4 días de evolución. El cuadro inició con fiebre alta no cuantificada, cefalea y mialgias. A las 48 horas, desarrolló un exantema maculopapular generalizado intensamente pruriginoso, dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho, náuseas y coluria. Había recibido manejo ambulatorio con loratadina y omeprazol sin mejoría.

Al ingreso, el paciente se encontraba alerta y hemodinámicamente estable. El examen físico fue notable por la presencia de ictericia marcada en escleróticas, palmas de las manos, plantas de los pies y mucosa oral. El abdomen era blando y depresible, con dolor a la palpación superficial en el hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal. No se observaba el exantema de forma activa, pero el paciente refería prurito persistente.

Las Tablas 1, 2, 3 y 4 a continuación presenta información del hemograma, bioquímica sanguínea, marcadores inflamatorios e infecciosos y Cronológica Tipo Línea de Tiempo Hospitalaria:

Tabla 1 - Hemograma.

Parámetro	Resultado	Valor de Referencia
Leucocitos	3.96 x10 ³ /μL	5-10
Linfocitos (%)	85%	17-49
Hemoglobina	13 g/dL	12-15
Plaquetas	97 x10 ³ /μL	150-450

Fuente: Datos de investigación (2025).

Tabla 2 - Bioquímica sanguínea.

Parámetro	Resultado	Valor de Referencia
Bilirrubina Total	*4,0 mg/dL	0.2-1.3
Bilirrubina Directa	0,9 mg/dL	Hasta 1.2
Bilirrubina Indirecta	*3.1 mg/dL	Hasta 0.5
Alanino amino-transferasa	*364 U/L	0-50
Aspartato amino-transferasa	*500 U/L	0-60
Fosfatasa Alcalina	*555 U/L	38-126
Creatina Quinasa	*950 U/L	0 - 195

Fuente: Datos de investigación (2025).

Tabla 3 - Marcadores Inflamatorios e Infecciosos.

Parámetro	Resultado	Valor de Referencia
Proteína C Reactiva	*4 mg/dL	Hasta 1
Leptospira IgM	Positiva	Negativo
Dengue IgM / NS1	Negativo	Negativo
Hepatitis A IgM	Negativo	Negativo
Gota Gruesa	Negativo	Negativo

Fuente: Datos de investigación (2025).

Estudios de Imagen: Una ecografía abdominal reveló una vesícula biliar distendida (4.7 x 1.7 cm) con engrosamiento parietal reactivo, sin litos. El resto del parénquima hepático, páncreas, riñones y bazo eran normales. El informe concluye con "Signos de colecistitis reactiva alitiásica".

Tabla 4 - Cronológica Tipo Línea de Tiempo Hospitalaria.

Línea de Tiempo de la Estancia Hospitalaria, Diagnóstico e Intervenciones			
Día / Fecha	Evento / Ubicación	Diagnóstico (CIE-10)	Intervenciones Terapéuticas y de Diagnóstico Clave
Día 0 – 24/11/2024	Ingreso a Urgencias – Consulta de Pediatria	Sospecha inicial:• R17X – Ictericia no especificada• B349 – Infección viral, no especificada (en estudio)	Diagnóstico:• Evaluación inicial, toma de signos vitales y anamnesis completa.• Solicitud de panel paraclínico extenso: hemograma, perfil hepático, pruebas para Leptospira IgM, Dengue, Hepatitis A, entre otros.• Ecografía abdominal total solicitada.Terapéutica:• Hidratación intravenosa con Ringer Lactato.• Dieta: nada por vía oral.
Día 1 – 25/11/2024	Confirmación y Manejo – Observación/Hospitalización Pediatria	Diagnóstico definitivo:• A279 – Leptospirosis, no especificada (Síndrome de Weil leve)• R17X – Ictericia no especificada	Diagnóstico:• Resultado Leptospira IgM: positivo.• Ecografía abdominal: colecistitis reactiva alitiásica.• Interconsulta con Pediatria e Infectología Pediátrica.Terapéutica:• Inicio de ceftriaxona 1 g EV cada 12 h.• Desescalamiento antibiótico a doxiciclina 100 mg VO cada 12 h.• Omeprazol EV y hidroxicina VO para manejo sintomático (prurito).

Día / Fecha	Evento / Ubicación	Diagnóstico (CIE-10)	Intervenciones Terapéuticas y de Diagnóstico Clave
Día 2 – 26/11/2024	Mejoría y Seguimiento – Transición Pediatria	Evolución:• A279 – Leptospirosis• R17X – Ictericia en resolución	Diagnóstico:• Control de paraclínicos: bilirrubina normalizada, hemocultivos negativos.• Valoración por Infectología Pediátrica (16:30 h) que avala manejo instaurado.Terapéutica:• Cambio de omeprazol EV a VO.• Suspensión de paracetamol EV (paciente asintomático).• Continuación de doxiciclina VO e hidroxicina VO.
Día 3 – 27/11/2024	Egreso – Alta Médica	Diagnóstico al egreso:• A279 – Leptospirosis, no especificada• R17X – Ictericia resuelta	Plan de egreso y seguimiento:• Alta hospitalaria.• Tratamiento ambulatorio: doxiciclina 100 mg VO cada 12 h por 7 días adicionales (completar 10 días).• Polietilenglicol para manejo de estreñimiento.• Citas de control: Medicina General (3 días), Pediatría (7 días), Infectología Pediátrica (15 días).• Incapacidad médica por 15 días.• Educación sobre signos de alarma.

Fuente: Datos de investigación (2025).

EPICRISIS: Paciente masculino de 14 años con cuadro de 4 días de fiebre, exantema pruriginoso, dolor abdominal en hipocondrio derecho, náuseas y coluria. Al ingreso presentaba ictericia marcada. Paraclínicos con hiperbilirrubinemia, elevación de fosfatasa alcalina y Anticuerpos de Leptospira IgM positivo. Ecografía abdominal mostró colecistitis reactiva alitiásica. Diagnosticado con Leptospirosis Ictérica (Síndrome de Weil leve). Manejado inicialmente con Ceftriaxona EV, desescalado a Doxiciclina VO con evolución favorable.

Condición al egreso: Paciente consciente, estable, anictérico. Abdomen blando sin dolor. Tolerando vía oral. Prurito residual controlado. Plan De Egreso Tratamiento: Doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas × 7 días Polietilenglicol 17 g VO cada 24 horas × 10 días Hidroxicina 25 mg VO cada 24 horas según prurito.

Seguimiento: Control Medicina General: 3 días, Control Pediatría: 7 días, Control Infectología Pediátrica: 15 días, Incapacidad: 15 días. Recomendaciones: Cumplimiento estricto de antibioticoterapia, Evitar esfuerzos físicos por 1 semana. Acudir a urgencias por: fiebre persistente, recurrencia de ictericia, dolor abdominal intenso, vómitos, dificultad respiratoria, disminución de diuresis o alteración del estado de conciencia.

Este caso resalta la importancia de considerar la leptospirosis en el diagnóstico diferencial de síndromes febriles ictericos, incluso en pacientes urbanos jóvenes y con presentaciones atípicas que incluyen manifestaciones cutáneas y compromiso de la vesícula biliar. La evolución favorable enfatiza el valor del diagnóstico serológico oportuno y la antibioticoterapia específica en el manejo de esta zoonosis.

4. Resultados y Discusión

La presentación de leptospirosis icterica (Síndrome de Weil leve) en este adolescente, residente de un entorno urbano, ilustra la creciente complejidad epidemiológica y fenotípica de esta zoonosis bacteriana. La leptospirosis es una infección de distribución mundial con una carga de morbilidad y mortalidad considerable, afectando predominantemente los trópicos y países en desarrollo (Guerrier et al., 2013; Ko et al., 2011; Ganoza et al, 2010).

La etiología recae en espiroquetas del género Leptospira (Haake et al., 2015), cuya incidencia se relaciona estrechamente con el clima, el medio ambiente y los factores socioeconómicos locales (Souza et al., 2023). La procedencia urbana del paciente sin exposición ocupacional clara resalta la reemergencia de la enfermedad en áreas citadinas, este patrón epidemiológico

demanda una elevada sospecha clínica, especialmente considerando que los factores de riesgo en estos entornos aún requieren una caracterización más precisa. (Mohd Hatta et al., 2019).

La comprensión de los determinantes epidemiológicos es esencial para el control de esta zoonosis (Mohd Hatta AM, et al. 2019). La enfermedad exhibe un amplio espectro clínico, desde formas leves anictéricas hasta presentaciones graves como el Síndrome de Weil, caracterizado por ictericia, compromiso renal y disfunción multiorgánica (Haake et al., 2015; Chang et al., 2022; Daschner et al., 2022).

Este caso, si bien clasificado como Síndrome de Weil leve por la ictericia y la afectación orgánica, se distingue por la presencia de manifestaciones atípicas que amplían el fenotipo reconocido de la leptospirosis. Entre ellas, se incluye el desarrollo de un exantema pruriginoso, un hallazgo cutáneo inusual que contribuye al polimorfismo clínico de la infección (Rajapakse et al., 2022). Más significativa es la complicación de colecistitis alitiásica confirmada por imagenología, una presentación rara pero documentada en la literatura médica como parte de la progresión de la leptospirosis hacia la forma grave o Síndrome de Weil (Peter et al., 2011).

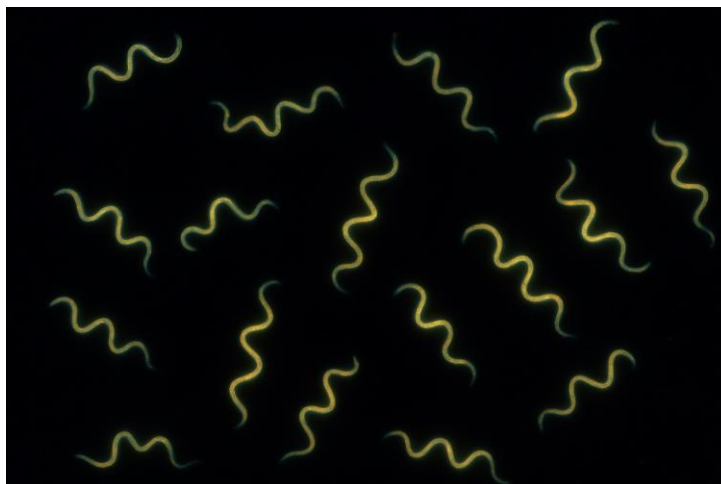
El compromiso multiorgánico en estos casos, aunque puede manifestarse con síntomas generales como fiebre, escalofríos e hipotensión (Souza et al., 2023), requiere un diagnóstico diferencial complejo, dado que la leptospirosis a menudo simula otras infecciones febriles tropicales (Haake et al., 2015). La identificación oportuna mediante pruebas serológicas de IgM fue esencial para confirmar la etiología. El tratamiento antibiótico específico es crucial, especialmente en casos con riesgo de progresión a multiorgánica (Ko et al., 2011). La respuesta favorable a la terapia con antibióticos específicos, como los utilizados en este paciente, subraya la importancia de la intervención temprana para mitigar las complicaciones graves asociadas a la enfermedad (Chang et al., 2022; Daschner et al., 2022).

Pese al éxito terapéutico, la falta de una identificación serovar específica, que se logra mediante el método de aglutinación microscópica (MAT) (Haake et al., 2015), sigue siendo una limitación epidemiológica. El conocimiento de la seroprevalencia y las características asociadas es vital para establecer estrategias de control efectivas en regiones endémicas, especialmente aquellas tropicales (Ganoza et al., 2010).

Este reporte refuerza la necesidad de mantener una vigilancia clínica y epidemiológica activa para el diagnóstico y tratamiento precoz, elementos clave para reducir la letalidad asociada a esta reemergente zoonosis (Guerrier et al., 2013) además el caso ejemplifica la urbanización de la leptospirosis, presentando un fenotipo atípico (exantema y colecistitis alitiásica) en un adolescente, desafiando así los paradigmas rurales tradicionales. La evolución favorable tras la antibioterapia empírica precoz valida un enfoque pragmático que prioriza la intervención clínica sobre la confirmación serológica inmediata. Se enfatiza la necesidad de flexibilidad diagnóstica y una vigilancia activa bajo la perspectiva “one health”; reconociendo esta zoonosis como un desafío emergente crítico en la medicina urbana contemporánea.

A continuación las Figuras 1 y 2 evidencian la morfología de la leptospira y la ecografía abdominal:

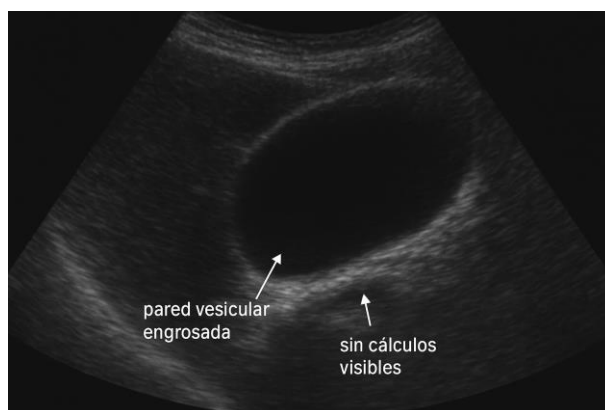
Figura 1 - Ilustrativa de la morfología de la *leptospira* SP.



Fuente: Ilustración propia.

Descripción. *leptospira* SP en orina espontánea, observada en microscopía de campo oscuro, destacando sus espiras regulares, flexibilidad y extremos curvados, elementos diagnósticos clave para su reconocimiento en laboratorio clínico y microbiología médica.

Figura 2 - Ecografía abdominal en modo B.



Fuente: Propia del caso clínico.

Descripción. muestra engrosamiento difuso de la pared vesicular (flecha), sin evidencia de cálculos, compatible con colecistitis reactiva alitiásica en el contexto de leptospirosis icterica.

4. Conclusión

Este caso demuestra que la leptospirosis debe incluirse en el diagnóstico diferencial de síndromes febriles ictericos incluso en pacientes urbanos jóvenes sin exposición ocupacional identificable. La presentación atípica con exantema pruriginoso y colecistitis alitiásica amplía el espectro clínico reconocido de la enfermedad. El diagnóstico rápido mediante IgM específica permitió instaurar tratamiento antibiótico oportuno con ceftriaxona y desescalamiento a doxiciclina, resultando en resolución clínica completa. La evolución favorable refuerza la importancia del manejo antibiótico específico independientemente del momento de inicio. Este reporte alerta sobre la urbanización creciente de esta zoonosis y la necesidad de mantener alto índice de

sospecha para diagnóstico y tratamiento precoces que previenen complicaciones. La leptospirosis representa una enfermedad reemergente con presentaciones clínicas variables que requieren reconocimiento oportuno.

Referencias

- Abdullah, S., Ahmed, A., Aryal, U., et al. (2021). Identification of virulence genes and clade-specific markers through pan-genomic analysis of *Leptospira*. *Front Microbiol.* 12, 698674.
- CARE. (2025). case report guidelines [Internet]. *CARE Case Report Guidelines*. <https://www.care..statement.org/>
- Chang, C-H., Sun, W-C., Chang, S-W., Lee, C-C., Fan, P-C., Yang, H-Y. & Yang, C-W. (2022). Long-term outcome of leptospirosis infection with acute kidney injury. *Biomedicine*.10(10), 2338. doi:10.3390/biomedicine10102338. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36289600/>
- Daschner, C. (2022). Severe leptospirosis with acute kidney injury: a case description and literature review. *Case Rep Nephrol Dial.* 12(3), 174–80. doi:10.1159/000540300.
- Davignon, L., Choy, H. A., Kelley, M. M., Matsunaga, J. & Haake, D. A. (2021). *Leptospira interrogans* biofilm transcriptome highlights adaptation to starvation and general stress while maintaining virulence. *PLoS Negl Trop Dis.* 15(2), e0009164.
- Franco, C., Pimenta, C. L., Silva, E. F. et al. (2020). Under-reporting of human leptospirosis cases in cities of Triângulo Mineiro, Minas Gerais, Brazil. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo.* 62, e30.
- Ganoza, C. A., Matthias, M. A., Saito, M., Cespedes, M., Gotuzzo, E. & Vinetz, J. M. (2010). Asymptomatic renal colonization of humans in the Peruvian Amazon by *Leptospira*. *PLoS Negl Trop Dis.* <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0000612>
- Gompo, T. R., Shah, S. K., Koirala, P. et al. (2022). Seroprevalence and risk factors associated with *Leptospira* Hardjo among commercial dairy cattle farms of Rupandehi district, Nepal. *Front Vet Sci.* 9, 928567.
- Guerrier, G., Hie, P., Gourinat, A-C., Huguon, E., Polfrit, Y., Goarant, C., D’Ortenzio, E. & Missotte, I. (2013). Association between age and severity to leptospirosis in children. *PLoS Negl Trop Dis.* 7(9), e2436. doi:10.1371/journal.pntd.0002436. <https://journals.plos.org/plosntds/article/file?id=10.1371/journal.pntd.0002436&type=printable>
- Haake, D. A. & Levett, P. N. (2015). Leptospirosis in humans. En: Haake DA, Levett PN, editores. *The Biology of Leptospira*. Cham: Springer International Publishing. p. 65–97. doi:10.1007/978-3-662-45059-8_5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25388133/>
- Ko, A. I., Goarant, C. & Picardeau, M. (2011). Emergence, control and re-emerging leptospirosis: dynamics of infection in the changing world. *Clin Microbiol Infect.* 17(4), 494–501. doi:10.1111/j.1469-0691.2011.03474.x. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1469-0691.2011.03474.x>
- Mohd Hatta, A. M., Mahmud, M. A. F., Lodz, N. A., Hanafiah, Z. A. & Mohd Nawi, S. N. (2019). Environmental risk factors of leptospirosis in urban settings: a systematic review protocol. *BMJ Open.* 9(1), e023359. doi:10.1136/bmjopen-2018-023359. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30670512/>
- Muñoz-Zanzi C, Flores-Rivera J, Encarnación C, et al. (2023). Diagnosis and clinical description of leptospirosis cases identified through hospital-based active surveillance in Puerto Rico, 2019–2021. *Am J Trop Med Hyg.* 108(2), 433–41.
- Pereira A. S. et al. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. [free e-book]. Santa Maria/RS. Ed. UAB/NTE/UFSM.
- Peter, G. & Narasimha, H. (2011). Acalculous cholecystitis: a rare presentation of leptospirosis. *Asian Pac J Trop Med.* 4(6), 505–6. doi:10.1016/S1995-7645(11)60235-6.
- Rajapakse S. (2022). Leptospirosis: clinical aspects. *Clin Med (Lond).* 22(1), 14–7. doi:10.7861/clinmed.2021-0784. PMID: 35078790; PMCID: PMC8813018. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2021-0784>
- Souza, B., & Carvalho, E. (2023). Analysis of leptospirosis notifications in children and adolescents treated at a Reference Hospital in Santa Catarina from 2016 to 2021. *Resid Pediatr.* 13(1), 909. doi:10.25060/residpediatr-2023.v13n1-909. https://residenciapediatrica.com.br/Content/pdf/en_v13n1aop909.pdf
- Toassi, R. F. C. & Petry, P. C. (2021). *Metodologia científica aplicada à área da saúde*. (2ed). Editora da UFRGS.
- Yin, R. C (2015). *O estudo de caso*. Editora Bookman.