

PRESENTACIÓN DE CASO

Síndrome de Weil. Reporte de Caso Weil's Syndrome. Case Report

¹Dr. Edilberto Fonseca Viñales,   ¹Dra. Legna Iris Nicolarde Franco,   ¹Dr. Rider Brizuela Oliva  

¹Hospital General Docente Orlando Pantoja Tamayo. Contramaestre, Cuba.

Citar como: Fonseca Viñales E, Nicolarde Franco LI, Brizuela Oliva R. Síndrome de Weil. Reporte de Caso. Medimay [Internet]. 2026 [citado: fecha de citado];33:e2722. Disponible en: <https://medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/2722>

RESUMEN

La leptospirosis fue reconocida en sus inicios como una enfermedad ocupacional de los obreros de las alcantarillas. El Dr. Weil en 1886, describe las manifestaciones clínicas en cuatro hombres con ictericia, fiebre y hemorragias con deterioro renal. El síndrome de Weil es una forma grave de la enfermedad por leptospirosis. El objetivo del informe es describir un paciente con síndrome de Weil, sus características clínicas y el procedimiento terapéutico empleado. Paciente masculino de 25 años de edad con antecedentes de salud que asiste a servicios de Urgencias por presentar fiebre, polipnea, ictericia, mialgia y cefalea y se le confirma el diagnóstico de síndrome de Weil. Al realizarse el diagnóstico del síndrome de Weil, es necesario alcanzar un control inmediato de la enfermedad a través de un tratamiento conveniente para el logro de la supervivencia de los pacientes.

Palabras clave: síndrome de Weil, leptospirosis, ictericia, tratamiento

Descriptores: leptospirosis/diagnóstico/complicaciones; ictericia; terapéutica

ABSTRACT

Leptospirosis was initially recognized as an occupational disease of sewer workers. In 1886, Dr. Weil described the clinical manifestations in four men with jaundice, fever, and hemorrhages with renal impairment. Weil's syndrome is a severe form of leptospirosis. The aim of this report is to describe a patient with Weil's syndrome, his clinical characteristics, and the therapeutic procedure employed. A 25-year-old male patient with no prior medical history attended the Emergency Department presenting with fever, polypnea, jaundice, myalgia, and headache; the diagnosis of Weil's syndrome was confirmed. Upon diagnosing Weil's syndrome, it is necessary to achieve immediate control of the disease through appropriate treatment to ensure patient survival.

Keywords: Weil's syndrome, leptospirosis, jaundice.

Descriptors: leptospirosis/diagnosis/complications; jaundice; therapeutics

Recibido: 27/11/2024 | Aprobado: 22/02/2026 | Publicado: 16/08/2026

INTRODUCCIÓN

En 1883 se reconoce a la leptospirosis como una enfermedad ocupacional de los trabajadores de las alcantarillas. El Dr. Weil en el año 1886, describe las manifestaciones clínicas en cuatro hombres con ictericia, fiebre y hemorragias con deterioro renal y en 1915 el agente patógeno fue cultivado y aislado por el japonés Inadae Ido, al que denominó *Spirochaeta ictero hemorrhagiae*.⁽¹⁾

La leptospirosis es una enfermedad antroponóptica bacteriana común en el hombre y en los animales, causada por diferente organismo desde el punto de vista antigénico, pero iguales desde el morfológico, perteneciente al género de la leptospira.⁽²⁾ Existen varias formas clínicas, se plantea que el 90 % se presenta en su forma leve que se autolimitan y un 10 % cursa en su forma grave, ictero hemorrágica, que puede llegar a ser fatal.⁽¹⁻³⁾ Se distinguen dos fases durante la infección, una fase leptospirémica, dada por la presencia de la bacteria en sangre, y una fase inmunitaria o leptospirúrica que se caracteriza por la aparición de IgM para leptospira, llevada a cabo por la inmunidad innata del ser humano.

Según la OMS, la incidencia de la enfermedad puede variar de 0.1 a 1 caso por cada 100 000 habitantes en climas templados y de 10 a 20 casos por 100 000 habitantes en climas tropicales.^(4,5)

El síndrome de Weil es una forma grave de la enfermedad por leptospirosis que se caracteriza por un deterioro de las funciones hepáticas y renales, los casos más graves pueden progresar de forma directa desde la fase aguda con fiebre por encima de los 40 °C e inicio rápido de la insuficiencia hepática, insuficiencia renal aguda, neumonitis hemorrágica, inestabilidad hemodinámica con difusión cardiovascular.^(1,6)

Por lo antes expuesto, se plantea como objetivo del informe, describir un paciente con síndrome de Weil, sus características clínicas y el procedimiento terapéutico empleado.

PRESENTACIÓN DE CASO

Información del paciente

Paciente masculino de 25 años, con antecedente de salud, procedente de área rural, que se desempeña como agricultor, que asiste a Ur-

gencias por presentar fiebre, polipnea, ictericia, mialgia y cefalea.

Historia de la enfermedad actual

En la entrevista refiere que siete días previo al ingreso había presentado fiebre de 39 °C, acompañada de escalofríos, vómitos abundantes, diarreas, dolor abdominal intenso, mialgia, cefalea y falta de aire.

Evaluación diagnóstica

Examen físico

- Peso 65 kg, talla: 175 cm, Índice de Masa Corporal (IMC): 17.6 kg/m².
- Mucosas: secas (xx) con tinte icterico.
- Aparato respiratorio: frecuencia respiratoria de 30 respiraciones por minuto.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, frecuencia cardíaca central de 119 latidos por minuto, tensión arterial de 100/62 mmHg.
- Tensión arterial media de 74.6 mmHg, con un llenado capilar de cuatro segundos y gradiente térmico distal a nivel de manos y pies.
- Piel: icterica con lesiones hemorrágicas petequias y hematomas, figura 1.
- Orinas escasas y colúricas.



Fig. 1. Se observa coloración amarilla de la piel, tinte icterico

Exámenes complementarios

- Hemograma completo: hemoglobina: 100 g/L, hematocrito: 0.30, leucocitos: 12.8 x 10⁹/L, neutrófilos: 0.80, linfocitos: 0.20.
- Lámina periférica: hematíes normocíticos - normocrómicos.
- Coagulograma: conteo de plaquetas: 90 x 10⁹/L con macroplaquetas y desagregadas.
- Tiempo Parcial de Tromboplastina Activada (TPTa): 60 segundos.
- Tiempo de Protrombina (Tp). TC, control 14 segundos, Tp paciente 24 segundos.
- Tiempo parcial de Tromboplastina activada (TPTa): Valor normal hasta 35 segundos,

evalúa los factores de la vía intrínseca (I-fibrinógeno, II, V, VIII, IX, X, XI, XII, precalicreína y kininógeno de alto peso molecular).

-Tiempo de Protombina (TP): valor normal hasta tres segundos por encima del control, evalúa las funciones de los factores de la vía extrínseca (I-fibrinógeno, II, V, VII, X).

-Creatinina: 140 $\mu\text{mol/L}$.

-Filtrado glomerular: 65.9 ml/min.

-Parcial de orina: aspecto amarillo turbio, proteínas (XXX), leucos de 15 a 20 xc, hematíes de 1 a 2 x c, se observan abundantes piocitos y cilindros granulados.

-Ultrasonido abdominal: se observa hepatomegalia, líquido libre abdominal, derrame pleural bilateral de moderada cuantía, figura 2.



Fig. 2. Derrame pleural bilateral

-Bilirrubinas: directa de 62 mmol/L, indirecta de 21 mmol/L y total de 83 mmol/L.

-Transaminasa Glutámico-Oxalacética (TGO): 184 U/L

-Transaminasa Glutámico-Pirúvica (TGP): 78 U/L

-Test para leptospirosis: positivo.

En los exámenes complementarios se constata que el paciente tiene alteraciones en la esfera renal, hepática y hematológica, se confirma positivo de leptospirosis y junto a las manifestaciones clínicas que tiene se le diagnostica un síndrome de Weil, es ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Intervención terapéutica

En la UCI comienza la hidratación con cristaloideos de acuerdo a las necesidades del paciente y su enfermedad. Al mismo tiempo, se le administra un antimicrobiano, penicilina G sódica, cristalina, bulbo de 1 millón de unidades, dos bulbos cada cuatro horas por Vía Endovenosa (EV) por tres días, y se continua con un bulbo

cada seis horas EV, por siete días.

Además, se le administra una ampolleta de 10 mg/ml1 de Fitomenadiona(vitamina K1) cada 12 horas Intramuscular (IM) por cinco días y plasma fresco congelado, una bolsa de 250 ml, cada 12 horas por dos días.

El paciente ingresa al inicio en el servicio de urgencia, con fiebre, ictericia marcada, polipnea, taquicardia, hipotensión relativa, oliguria y lesiones hemorrágicas en piel. Los estudios complementarios evidencian:

-Hiperbilirrubinemia (83 mmol/L).

-Creatinina elevada (140 $\mu\text{mol/L}$).

-Plaquetopenia (90 x 109/L).

-Test positivo para leptospira y se confirma el diagnóstico de síndrome de Weil.

Seguimiento y resultados

El paciente es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde permanece por siete días. En los tres primeros días se mantuvo con ictericia y polipnea aunque con mejoría parcial de la tensión arterial.

Entre el cuarto y quinto día, la fiebre y la disnea, disminuyen, existe descenso progresivo de bilirubinas y ligera mejoría de la función renal y plaquetaria. Al sexto día el paciente se encuentra más estable, con reducción de la ictericia y parámetros de laboratorio con tendencia descendente, esto permite su traslado a la sala, al séptimo día.

Durante los cuatro días siguientes en sala, evoluciona de forma favorable: afebril, con mejoría clínica evidente y los parámetros complementarios alcanzan valores continúan normalizándose, bilirubina de 40 mmol/L, creatinina 118 $\mu\text{mol/L}$ y plaqueta 170 x 109/L.

Es dado de alta a los 12 días de hospitalización recuperado. Debido a la gravedad inicial del cuadro y al riesgo de complicaciones tardías se sigue por el médico de la familia.

Consideraciones éticas

La presente investigación respeta los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki. El paciente se atiende según los protocolos asistenciales vigentes y se garantiza en todo momento la confidencialidad de sus datos personales. Se le solicita y se obtiene el consentimiento informado para la utilización de la información clínica con fines académicos y de publicación, no se vulnera la identidad ni derechos del paciente.

DISCUSIÓN

La leptospirosis es una zoonosis causada por espiroquetas aerobias del género leptospira, de las cuales se han identificado 21 especies y más de 200 serovares.⁽⁵⁾ El riesgo de ocurrencia de estas enfermedades es un problema latente, debido a la constante interacción del hombre con los animales domésticos y animales de crianza, además la invasión de ecosistemas donde se encuentran animales silvestres, convierte a estas en un desafío para la salud pública.⁽⁷⁾

La leptospirosis anictérica es la forma más frecuente y leve de la enfermedad, suele ser bifásica. Con un periodo de incubación de dos a 20 días, esta comienza la fase inicial o septicémica. Después de un intervalo de uno a tres días la mejoría sintomática y desaparición de la fiebre, comienza la segunda fase o "inmune", sin embargo, en la enfermedad grave las fases pueden ser indistinguibles.⁽⁸⁾

La leptospirosis tiene manifestaciones clínicas variables, puede ser asintomática, por tal motivo con frecuencia es diagnosticada de forma incorrecta. Es una enfermedad febril anictérica autolimitada en el 85 al 90 % de los casos y severa o grave entre el 5 y el 10 % de los casos, síndrome de Weil.^(1,3)

La enfermedad de Weil, corresponde a la fase severa de la enfermedad, conocida también como fiebre icterohemorrágica. Es la forma de peor pronóstico, puede aparecer desde el comienzo de la enfermedad o en una segunda fase, esta afecta diversos órganos, como el riñón, el hígado y el pulmón. El cuadro típico se representa con la triada de hemorragia, ictericia y nefropatía aguda. A nivel pulmonar la afectación se puede presentar con hemorragia alveolar. La enfermedad de Weil, puede presentar otras manifestaciones hemorrágicas, como hemorragia gastrointestinal y epistaxis.⁽⁹⁾

En las leptospirosis graves desde el punto de vista macroscópico se reportan visceromegalias como hepatomegalia, esplenomegalia en el 20 % de los casos.⁽¹⁰⁾

Se ha estimado que la tasa de mortalidad anual de leptospirosis es de 0.84 muertes por cada 100 000 personas, a nivel mundial se incrementa hasta en un 10 % de los individuos, cuando se presenta el síndrome de Weil.⁽⁵⁾ La ictericia es el primer síntoma de gravedad, los pacientes con ictericias severas tienen mayor

probabilidad de fallo renal, hepático y colapso cardiovascular.

La terapéutica antimicrobiana, constituye el tratamiento específico más importante y se debe iniciar de forma precoz una vez diagnosticada la enfermedad. En este caso se administra penicilina cristalina, se entiende que por el grado de deshidratación que presenta el paciente, por los vómitos, diarreas, fiebre y polipnea, se administra un esquema de hidratación adecuado.

Al administrar por vía intravenosa la vitamina K, existe una mayor excreción urinaria de sus metabolitos, lo que implica una menor capacidad de depósito en los tejidos, pierde con el tiempo su capacidad de liberación en la circulación sistémica. Los niveles bajos de esta vitamina, generan una actividad inadecuada de los factores de la coagulación que incrementan el riesgo de sangrado en diversos órganos.⁽¹¹⁾ Hay tres tipos conocidos de vitamina K (VK): filoquinona (FQ), menaquinona (MN) y menadiona, denominadas vitaminas K1, K2 y K3.⁽¹²⁾

El uso de la vitamina K1 adquiere gran relevancia clínica en este caso, ya que su administración contribuye a la síntesis de factores de coagulación dependiente de ella (II; VII; IX y X). De esta forma se busca reducir el riesgo de hemorragias graves y mejorar la estabilidad del paciente.

Al realizarse el diagnóstico del síndrome de Weil, es necesario alcanzar un control inmediato de la enfermedad a través de un tratamiento conveniente para el logro de la supervivencia de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz Mayo JE, Caballero Font JA. Cap179 Leptospirosis grave. En: Caballero López A, Domínguez Perera MA, Pardo Núñez AB, Abdo Cuza AA. Terapia Intensiva [Internet]. 3.ed. La Habana: ECIMED; 2020 [citado 2 Nov 2025]; p. 198-211. . Disponible en: https://instituciones.sld.cu/inor/files/2023/04/terapia_intensiva_tomo12.pdf
2. Smith VV, Llamas Sierra N. Leptospirosis. En: Roca Goderich R, Smith Smith VV, Paz Presilla E, Losada Gómez J, Serret Rodríguez B, Toirac Lamarque E, et al. Temas de Medicina Interna [Internet]. 4.ed. La Habana: ECIMED; 2002 [citado 2 Nov 2025]; Tomo 3, p. 625-9. [citado 2 Nov 2025]. Disponible en: <https://docs.>

google.com/file/d/0B7tMnat81BYsOWRmM-jE1M2YtNDE0Ni00MDk2LWFIMWEtMDQ0ZDY-0NjhiYzNj/

3.Torres Torres JM, Sánchez Sánchez JG, Deleg Guartá RC, Poma Macía JJ. Síndrome de Weil, leptospirosis icterica. Medicencias UTA[Internet]. 2020[citado 23 Nov 2024];4(1):68-75. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1354/1177>

4.Zambrano Urbano JI, Ocampo Chaparro JM, Montero L. Neuroleptospirosis con pericarditis y colestasis intrahepática (Síndrome de Weil). Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2020[citado 23 Nov 2024];36(2):e1162. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v36n2/1561-3038-mgi-36-02-e1162.pdf>

5.Carreño LA, Salas D, Beltrán KB. Prevalencia de leptospirosis en Colombia: Revisión sistemática de literatura. Rev Salud Pública[Internet]. 2017[citado 23 Nov 2024];19(2):204-9. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rsap/2017.v19n2/204-209/es>

6.Zambrano Urbano JL, Casanova Valderrama ME, Ocampo Chaparro JM. Pericarditis como manifestación del Síndrome de Weil. reporte de caso clínico. Revista Metro Ciencia [Internet]. 2021 [citado 23 Nov 2024];29(suppl2):40-1. Disponible en: <https://www.revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/350>

7.Echeverría Valencia G. Las zoonosis y la investigación como parte de la inversión en la salud pública. Medicencias UTA. 2021;5(3):1. doi:<https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v5i3.1196.2021>

8.Pinto Pineda VA, Cervantes Zambrano AM, Mera Ortega DA, Lalama Gómez K. Reporte de un caso clínico de Enfermedad de Weil de un paciente de raza negra. La U Investiga

[Internet]. 2023 [citado 5 Nov 2024];10(1):79-89. Disponible en: <https://revistasoj.s.uta.edu.ec/index.php/lauinvestiga/article/view/893>

9.Rangel Rivera KL, Rangel Rivera DA, Fajardo Rivero JE, Perea Bautista RA. Hemorragia alveolar en síndrome febril tropical: reporte de caso de leptospirosis con compromiso pulmonar. MÉD.UIS [Internet]. 2022[citado 10 Nov 2024];35(2):33-40.Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v35n2/1794-5240-muis-35-02-e501.pdf>

10.Játiva Baquero MB, Pinza Reinoso LA, Rueda Barragán FE. Leptospirosis con enfermedad de Weil que debuta como abdomen agudo. Reporte de caso. Rev Cient[Internet]. 2023 [citado 5 Nov 2024];31(2):1-7.Disponible en: <https://rcientifica.usac.edu.gt/index.php/revista/article/view/297/418>

11.Morales Betancourt C, Pallás Alonso CR, Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, Esparza Olcina MJ, Galbe Sánchez-Ventura J, et al. Uso profiláctico de la vitamina K para prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2021[citado 15 Nov 2024];23(90):195-205. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322021000200016&lng=es.

12.Hernández-Ruiz A, García-Villanova B, Ruiz-Canela M, Molina-Montes E, López-Trigo JA, López-Mongil R. El papel de la vitamina K: un estudio transversal de la ingesta de los menús ofertados en un centro geriátrico. Rev Esp Nutr Hum Diet [Internet]. 2022 Mar [citado 15 Nov 2024]; 26(2):156-61. Disponible en: <https://dadun.unav.edu/entities/publication/1b6595e1-0cf1-48dc-b966-91c6ab701afe>

Conflicto de intereses. Los autores declaran que no existen conflictos de intereses respecto a la investigación presentada.

Contribución de autoría.

Participación según el orden acordado por cada uno de los autores de este trabajo.

Autor

Dr. Edilberto Fonseca Viñales

Dra. Legna Iris Nicolarde Franco

Dr. Rider Brizuela Oliva

Contribución

Conceptualización, análisis formal, redacción (borrador original, revisión y redacción).

Curación de datos, redacción (revisión y edición).

Metodología, redacción (revisión y edición).

Autor para correspondencia.

Dr. Edilberto Fonseca Viñales. ✉

ción de Ciencias Médicas de Mayabeque. Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque.

Edición y corrección de estilo.

Maricela Alvarez Vega. ✉ Licenciada en Español y Literatura. Centro Provincial de Informa-

Revisores.

Dr. Javier Corzo del Toro

Dra. Lidia Esther García López



Este artículo se encuentra protegido con una [Licencia internacional Creative Commons Atribución 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) (CC By) los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos, siempre que mantengan el reconocimiento de sus autores.