**Caso 1:**

Se trata de paciente masculino, nació el 13 de octubre de 1976, 39 años de edad, Pedro Pedrosa, CC 4546737287, sin antecedentes de importancia, quien consulta el 17-10-2015 a las 11.00 pm, por presentar fiebre cuantificada entre 38º y 39ºC, decaimiento, dolor muscular y artralgias de dos días de evolución, luego de haber pasado 1 semana en el municipio de Pueblo Rico, donde estuvo en las veredas. El paciente vive en Pereira. Teléfono del paciente 3996785636.

Se le realiza hemograma con diferencial, que reporta hemoglobina en 3.8 g/l, motivo por el cual es hospitalizado 18-10-2015 a las 2.00 am en la Clínica Comfamiliar. El paciente nació en Caquetá, pero debido al conflicto armado, se mudó a Risaralda hace 5 años. El paciente trabaja actualmente como prestamista en el centro de la ciudad, pertenece al régimen contributivo. Dirección: Calle 12, carrera 5, No. 12-43.

Se confirma como caso de malaria por *Plasmodium vivax* con una gota gruesa y extendido. No se identifican gametos. No se reporta la carga parasitaria. Se indica tratamiento con cloroquina y primaquina el 18-10-2015. Luego de una semana su hemoglobina es normal, los síntomas han desaparecido y se da de alta (egresa).

**Caso 2:**

Paciente de sexo masculino, de 45 años, casado, nació el 3 de octubre de 1970,

Estuvo en área rural de Quinchía, en donde llevaba trabajando 2 meses con ganado vacuno y equino. Refiere haber visto ratas en la finca mas no en su hogar. El paciente consultó a la Clínica Los Rosales, el 14-10-2015 por cuadro de 20 días de fiebre subjetiva, asociada a escalofrío, cefalea, tos con expectoración ocasional, orina oscura, debilidad, mialgias y artralgias generalizadas. El paciente indica que en su casa toman agua del acueducto. Cerca del trabajo refiere que habían alcantarillas destapadas. En la vivienda la basura permanece por una semana. El paciente vive en Pereira. Teléfono del paciente 3786905636.

El paciente trabaja actualmente como mesero en el centro de la ciudad, pertenece al régimen contributivo. Dirección: Calle 10, carrera 3, No. 10-34.

Como antecedente importante refirió epistaxis desde un año antes. Al examen físico se encontró hemodinámicamente estable, afebril, con conjuntivas hiperémicas, faringe granulomatosa, cuello con adenomegalias retroauriculares y cervicales, cardiopulmonar normal, abdomen con hepatomegalia dolorosa a la palpación, sin adenomegalias inguinales, prueba del torniquete negativa.

Se solicitaron paraclínicos complementarios para enfoque de síndrome febril prolongado con manifestaciones hemorrágicas: creatinina (1,1 mg/dl), AST (73 U/L), ALT (91 U/L), fosfatasa alcalina (244 U/L), CPK (112 U/L) y PCR (24 mg/L), hemograma y citoquímico de orina normales y HBsAg negativo. Quedó pendiente resultado de serología para leptospira y brucelosis. Por la alta sospecha de leptospirosis, en una zona endémica para esta enfermedad, se decidió tratar con doxiciclina 100 mg cada 12 h por 14 días.

Luego de finalizado el tratamiento, el paciente asistió a la revisión donde refirió que había mejorado y que no presentaba ninguno de los síntomas por los que había consultado inicialmente y entregó resultados de paraclínicos que habían quedado pendientes: anticuerpos para Leptospira por IFI IgM: 1:40 (+) e IgG: 1:80 (+), y anticuerpos para brucelosis (aglutinación en tubo) IgM negativo e IgG 1/200 (+); estas pruebas se realizaron, anotando que la IFI para leptospirosis se estandarizó en la institución con sueros de pacientes de la región 25. Se confirmó entonces el diagnóstico de leptospirosis y, por su mejoría completa, se dio de alta con recomendaciones de volver a consultar si presentaba «signos de alarma».

El paciente indicó que en la finca hace 3 semanas habían personas con sintomatología similar y que justo hace unos 20 días había ocurrido una inundación en el lugar. Cuarenta y cinco días más tarde, regresó nuevamente el paciente a consultar, por presentar 8 días de fiebre, escalofrío, sudoración, desaliento, ardor ocular, malestar general, pérdida del apetito, pérdida de peso, mialgias y artralgias. Además refirió que el testículo derecho había aumentado de tamaño y tenía mucho dolor. Negaba manifestaciones hemorrágicas y síntomas urinarios. Al examen físico estaba estable termodinámicamente, con inyección conjuntival bilateral, se auscultaban crépitos en ambas bases pulmonares, el abdomen era doloroso en hipocondrio derecho, el testículo derecho estaba aumentado de tamaño con calor, edema, rubor y dolor. No había úlceras genitales ni secreción uretral. La prueba del torniquete fue positiva. Se solicitaron exámenes paraclínicos que 2 días más tarde se reportaron así: pruebas de función hepática, renal y hemograma normales, PCR de 96 mg/L, gota gruesa negativa al igual que las pruebas para VIH y sífilis, quedando pendientes los resultados de serología y cultivo para Leptospira y la prueba de rosa de Bengala para brucelosis. Por la alta sospecha de brucelosis (el paciente presentó síndrome febril prolongado, orquiepididimitis y una IgG positiva de la primera consulta) se decidió iniciar tratamiento específico triconjugado con doxiciclina 100 mg/2 tabletas al día, rifampicina 2 tabletas al día por 45 días y gentamicina 240 mg/IM por 14 días. Siete días más tarde este diagnóstico se confirmó al reportarse el resultado de rosa de Bengala positivo, con duplicación de anticuerpos por aglutinación en tubo, con respecto al inicial, pasando de 1/200 IgG a 1/400 IgG.

Al finalizar el tratamiento para brucelosis, el paciente manifestó mejoría, sin síntomas generales y con remisión total de la orquiepididimitis, sin hallazgos al examen físico. Tres meses después, ese mismo año, continuó consultando por síntomas generales y tos, en los cuales se solicitó cultivo para Brucella spp. en medio de Ruiz Castañeda el cual llegó negativo y se confirmó leptospirosis del inicio del cuadro con cultivo positivo para Leptospira spp. y PCR para leptospira también positiva.