



Paciente con fiebre tras un viaje recreativo en el este de Africa subsahariana

E. García Vázquez^{a,b,*}, A. Hernández Torres^{a,b}, E. Moral Escudero^a, J.A. Herrero Martínez^{a,b}, J. Gómez Gómez^{a,b} y M. Segovia Hernández^c

^aServicio de Medicina Interna-Infeciosas. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España. ^bDepartamento de Medicina Interna. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. Murcia. España. ^cUnidad Regional de Medicina Tropical. Servicio de Microbiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Caso clínico

Una mujer española de 64 años, previamente sana, consulta en el Servicio de Urgencias por fiebre y deterioro del estado general. La paciente refiere haber realizado recientemente un viaje de 21 días de duración a Tanzania y Kenia, donde ha estado viendo animales en zonas de safari. Tras 18 días de estancia en la zona comienza con fiebre alta y tiritona, asociándose en los días posteriores un deterioro del estado general, disminución progresiva del nivel de conciencia, obnubilación, intolerancia oral y vómitos. No presentaba diarrea ni otra clínica acompañante. A raíz de este deterioro se administró ella misma algún comprimido de atovacuona-proguanil. Tras 2-3 días de clínica regresa a España, donde sus acompañantes la llevan a un Servicio de Urgencias.

Antes del viaje, la paciente no había acudido a ninguna consulta específica de consejo al viajero, y solo había sido vacunada contra la fiebre tifoidea y el tétanos, aconsejada por su médico de Atención Primaria, sin hacer profilaxis frente a otras enfermedades tropicales.

En la exploración física, a su llegada al Servicio de Urgencias, la paciente se encontraba febril (temperatura de 39°C), con tendencia a la hipotensión (tensión arterial de 90/60 mm Hg), taquicardia (110 lpm) y con una frecuencia respiratoria algo aumentada (14 por minuto). La SatO₂ era del 96% y destacaba una leve ictericia de mucosas. En la exploración neurológica la paciente se encontraba obnubilada, bradipsíquica, obedeciendo órdenes simples sin focalidad motora ni rigidez de nuca, con un Glasgow total de 13/15 puntos. El resto de la exploración física por aparatos fue normal.

A partir de la exposición clínica, ¿cuál sería el diagnóstico sindrómico inicial?

¿Qué pruebas complementarias estarían indicadas?

¿Cuál sería la sospecha diagnóstica actual y el diagnóstico diferencial?

¿Cuál fue el procedimiento diagnóstico de certeza?

¿Cuál sería el planteamiento terapéutico?

El caso completo se publica íntegramente en la página Web de Medicina www.medicineonline.es/casosclnicos

*Correspondencia
Correo electrónico: elisagv@um.es

¿Qué diagnóstico le sugiere este cuadro clínico?

Nos encontramos ante un caso de fiebre de alto grado, de corto periodo de evolución y sin foco aparente, aunque con cierta obnubilación, en una paciente que desarrolla la clínica a los 18 días de estancia en el África subsahariana de los grandes lagos. En este caso, y dados los antecedentes epidemiológicos de la paciente, el diagnóstico diferencial se centra en descartar una infección provocada por microorganismos específicos del trópico, con un periodo de incubación corto (menos de 21 días) y que por tanto debe incluir fundamentalmente malaria, infecciones por *Arbovirus* (dengue, chikungunya y zika), fiebre tifoidea y rickettsiosis. Más excepcional y relacionado con actividades acuáticas en aguas contaminadas con orina de roedores sería la leptospirosis. Otras infecciones como peste, enfermedad del sueño, tularemia u otras viriasis hemorrágicas más agresivas como ébola serían excepcionales y deberían plantearse si se descartan los primeros diagnósticos o en relación con determinadas actividades de riesgo (caza, etc.). En estos pacientes, dada la sencillez del diagnóstico etiológico y la trascendencia del tratamiento precoz, es imprescindible recordar el aforismo que dice «un enfermo que regresa de una zona endémica para malaria con fiebre tiene paludismo, mientras no se demuestre lo contrario». Recomendamos que llegado este punto se revise la actualización sobre parasitosis febriles en enfermedades infecciosas.

¿Qué pruebas complementarias realizaría para confirmar el diagnóstico?

Entre las exploraciones complementarias que se deben realizar a todo paciente con un proceso febril, tras una estancia en zonas tropicales, en este caso África subsahariana, es imprescindible realizar un hemograma, que en este caso mostraba una anemia leve (hemoglobina 10,6 g/dl) con plaquetopenia (33.000 u/l) y sin leucocitosis. En la bioquímica se apreciaba un aumento de reactantes de fase aguda (lactato deshidrogenasa 477 U/l, reacción en cadena de la polimerasa 24 mg/dl y procalcitonina 9 ng/ml); con el resto de parámetros dentro de la normalidad. El sedimento de orina y el estudio de coagulación no mostraban tampoco alteraciones significativas. En la gasometría venosa no había datos anormales excepto lactato 4 mmol/l. En cuanto a las pruebas de imagen, se realizó una tomografía computadorizada cerebral, donde se observó leucoaraiosis y ligera atrofia subcortical compatible con la edad, sin otras imágenes de patología aguda intracraneal. La radiografía de tórax y una ecografía de abdomen y aparato urinario fueron normales.

Se extrajeron 2 hemocultivos y una prueba que resultó diagnóstica con la sospecha de malaria secundaria a infección por *Plasmodium falciparum* (por la afectación neurológica) se solicitó un test de Giemsa que fue positivo, confirmando la

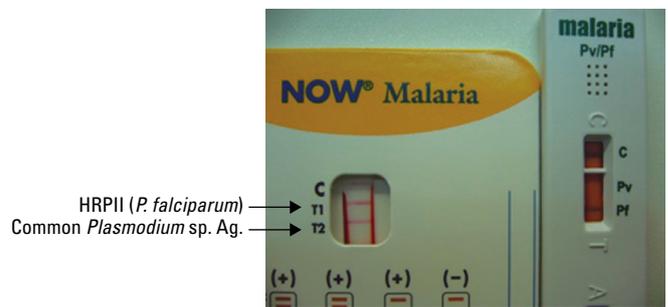


Fig. 1. Test de diagnóstico rápido de malaria (NOW® ITC Malaria Test; Binax, INC., Portland, ME).

presencia de *P. falciparum*, con un índice de parasitemia del 4%; el test rápido Binax® Now (fig. 1) mostró positividad de ambos antígenos y, por tanto, infección por *P. falciparum* (sin poder descartar una infección mixta por otras especies que, no obstante, no fue identificada en el estudio de la extensión de sangre periférica).

La técnica de la gota gruesa (con una sensibilidad cercana al 98% y una especificidad de hasta el 99%) es mucho más sensible que la técnica de la gota fina, permitiendo un diagnóstico de certeza cuando la prueba es positiva pero no descartando la infección en caso de ser negativa, por lo que para aumentar el rendimiento se recomienda obtener 3 muestras. En general, los falsos negativos se relacionan con parasitemias insignificantes. El test rápido de detección de antígeno tiene también una sensibilidad y una especificidad cercanas al 100%.

Señalar que existe un test rápido para diagnóstico mediante inmunocromatografía o ELISA que detecta el Ag NS1 del virus del dengue; también se puede hacer determinación serológica para detección de IgG o IgM frente a este virus, mediante ELISA o inmunocromatografía.

En pacientes con cuadros clínicos que orienten a una infección por virus del dengue, chikungunya o Zika se puede solicitar confirmación mediante test serológicos que, la mayoría de las veces, se realizan en centros de referencia. Se trata, por lo general, en caso de ser sintomáticos, de un cuadro febril de comienzo brusco que dura unos 5-7 días y que asocia cefalea, dolor retroorbitario (dengue), artromialgias (muy importantes en dengue o chikungunya), exantema, conjuntivitis (zika) náuseas/vómitos e incluso diarrea. En la exploración física destaca la hepatoesplenomegalia, incluso la presencia de adenopatías; en el hemograma la trombopenia y la leucopenia y en la bioquímica el aumento de transaminasas. En la infección por el virus de chikungunya excepcionalmente puede aparecer meningoencefalitis (menos del 1% de los casos); en el dengue hemorrágico (personas que ya han tenido episodios previos de dengue), además de diátesis hemorrágica puede aparecer un cuadro de *shock* y encefalitis; y en la infección por el virus del Zika, salvo en ancianos o inmunocomprometidos, no se presentan complicaciones más allá del síndrome febril (tabla 1).

En cuanto a la fiebre tifoidea, otro de los diagnósticos frecuentes que podría justificar un cuadro confusional pero no la trombopenia (sí leucopenia), es de utilidad la obtención de hemocultivos, el cultivo de médula ósea y la serología. En caso de rickettsiosis, serología.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8764234>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8764234>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)