

Fiebre y exantema tras viaje a Brasil

D. Sáenz Abad^a, F. J. Ruiz-Ruiz^a, S. Monzón Ballarín^a y F. Mora Álvaro^b

^aServicio de Urgencias. ^bServicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Caso clínico

Se trata de un paciente de 53 años, sin antecedentes medicoquirúrgicos de interés ni hábitos tóxicos, que acude a Urgencias por fiebre, con afectación del estado general, cefalea y artromialgias. En la anamnesis destacaba un viaje reciente a Brasil del que había regresado 10 días antes.

A la exploración general presentaba unas cifras de tensión arterial de 120/80 mmHg y una temperatura de 39 °C. No se palpaban adenopatías en cadenas ganglionares periféricas. La auscultación cardíaca y pulmonar eran normales. Destacaba la existencia de una hepatomegalia no dolorosa de dos traveses de dedo. El resto de la exploración, incluyendo la neurológica, era normal.

En las exploraciones complementarias solicitadas se objetivaron cifras de leucocitos 2.240/mm³ (neutrófilos 1.680/mm³, linfocitos 369/mm³), plaquetas 35.000/mm³, aspartato transaminasa (AST) 567 U/l, alanina aminotransferasa (ALT) 595 U/l, gammaglutamiltranspeptidasa (GGT) 283 U/l y lactato deshidrogenasa (LDH) 1.006 U/l. La radiografía de tórax y el electrocardiograma (ECG) no mostraron alteraciones. Se solicitaron hemocultivos y urocultivo que resultaron negativos, al igual que las serologías para *Leishmania*, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sifilis, *Borrelia*, *Brucella* y *Mycoplasma*.

Inicialmente el paciente fue tratado con paracetamol y fluidoterapia. A las 72 horas del inicio de la fiebre el paciente presentó un exantema micropapular no descamativo ni pruriginoso, coalescente, en tronco, extremidades superiores e inferiores, donde era más llamativo, eritrodérmico, dejando pequeñas áreas maculares de 4-5 mm de coloración normal (figs. 1 y 2).



Fig. 1. Exantema coalescente no descamativo en tronco.



Fig. 2. En detalle se observan en el interior del exantema áreas de coloración normal.

Evolución

La fiebre desapareció al quinto día, apareciendo una segunda fase de fiebre que se prolongó 48 horas. Pasado este período el paciente quedó asintomático, con normalización de los parámetros analíticos.

Diagnóstico

Se diagnosticó al paciente fiebre de Dengue, confirmándose el mismo con la positividad de las serologías.

Discusión

La fiebre representa uno de los motivos de consulta más frecuentes tras viajes a los trópicos¹. El Dengue es la infección viral más frecuente de las transmitidas por artrópodos. Se estima que cada año ocurren 100 millones de infecciones en el mundo. Se trata de un flavivirus, que se transmite a través de la picadura del mosquito *Aedes*, siendo endémico en zonas tropicales y subtropicales de América, África, Asia y Oceanía². Clínicamente varía desde una infección asintomática a un cuadro febril autolimitado o un shock hemorrágico en la forma más grave. El período de incubación es habitualmente de 4 a 7 días, aunque la clínica puede iniciarse en ocasiones entre el tercer y decimocuarto día tras la picadura. En un 90% de casos se objetiva fiebre, de 5 a 7 días de duración y curso bifásico. En aproximadamente el 75% de los afectados se produce cefalea y artromialgias. En las series publicadas la presencia de exantema varía desde el 25 al 50%, apareciendo generalmente entre el segundo y quinto día tras el comienzo de la fiebre. Se caracteriza por un *rash* maculopapular de inicio en tronco que se extiende a extremidades y cara, dejando áreas de piel indemne³. Otros síntomas menos frecuentes son los vómitos, tos,

congestión nasal y hemorragias a diferentes niveles, que se dan en la forma hemorrágica, siendo poco frecuente que aparezca en la primoinfección. Desde el punto de vista analítico destaca la existencia de leucopenia, trombopenia (menor de 100.000/mm³, en el 16 al 55% de los casos) y elevación de transaminasas (la AST se suele elevar de 2 a 5 veces, aunque puede llegar a 5-15 veces el valor normal). Debe realizarse diagnóstico diferencial con otras infecciones como influenza, enterovirus, malaria, rubéola, leptospirosis, fiebre tifoidea, etc.

Dada su elevada incidencia debe sospecharse en todo paciente con clínica compatible que haya viajado a un país endémico en las dos semanas previas, y confirmarse mediante serología del virus, siempre en relación con la clínica, ya que una serología aislada presenta una alta tasa de falsos positivos, o bien por aislamiento de material genético del virus (ARN) mediante técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en sangre o tejidos afectados. En caso de serología negativa y alta sospecha clínica se recomienda repetir la serología en fase de convalecencia (10 a 14 días tras la fase aguda)⁴. No existe un tratamiento específico de la enfermedad. Se basa en terapia de soporte (hidratación, paracetamol, etc.) evitando el ácido acetilsalicílico (AAS) y los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) por el riesgo de complicaciones hemorrágicas o de síndrome de Reye. En la forma hemorrágica se recomienda la plasmaférésis como terapia de elección.

BIBLIOGRAFÍA

1. López-Vélez R. Valoración diagnóstica del paciente con síndrome febril tras viaje a los trópicos. Rev Clin Esp. 2001;201:134-6.
2. Wilder-Smith A, Schwartz E. Dengue in travellers. N Engl J Med. 2005; 353:924-32.
3. Jelinek T. Dengue fever in international travellers. Clin Infect Dis. 2000; 31:144-7.
4. Wichmann O, Stark K, Shu PY, Niedrig M, Frank C, Huang JH, et al. Clinical features and pitfalls in the laboratory diagnosis of dengue in travellers. BMC Infect Dis. 2006;6:120.