

Mujer joven con fiebre, exantema e insuficiencia respiratoria aguda

Arkaitz Imaz, Israel Molina, Vicenç Falcó y Albert Pahissa

Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona. España.

Caso clínico

Mujer de 24 años, española, fumadora que consulta por fiebre, tos seca y disnea progresiva de una semana de evolución. En los últimos 2 días presentaba, además, una erupción cutánea pruriginosa en la cara y el tórax. Dos de sus sobrinos habían padecido recientemente una infección de vías respiratorias altas con fiebre y exantema. No recordaba datos acerca de su historia vacunal. No había realizado viajes. En la exploración física destacaba: fiebre, conjuntivitis bilateral, exantema eritematoso maculopapular en cara y tronco (fig. 1), exantema blanquecino en mucosa yugal, compatible con manchas de Koplik (fig. 2), adenopatías laterocervicales, submandibulares y axilares dolorosas; taquicardia (120 lat./min), taquipnea (40 resp./ min) y crepitantes secos bilaterales en la auscultación respiratoria. La gasometría arterial indicaba: pH 7,47, pO₂ 48,2, pCO₂ 34,2; y la analítica: AST: 93 UI/l, ALT: 73 UI/l. El resto era normal. La radiografía simple de tórax mostraba un infiltrado intersticial bilateral (fig. 3).

Evolución

Se instauró tratamiento con antipiréticos y, ante la presencia de neumonía e insuficiencia respiratoria, oxigenoterapia (FiO₂:1) y cobertura antibiótica empírica con ceftriaxona y azitromicina. Requirió ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI), con intubación orotraqueal y ventilación mecánica. Se realizaron hemocultivos que resultaron negativos. La serología para el virus de inmunodependencia humana (VIH) resultó negativa. La serología para el virus del sarampión resultó positiva para IgM y negativa para IgG. Al octavo día pudo ser trasladada a planta de hospitalización, donde continuó la recuperación hasta recibir el alta hospitalaria.

Comentario

El sarampión es una infección aguda viral, muy contagiosa, en la que el hombre es el único huésped susceptible de la infección por el virus salvaje. La transmisión se produce mediante contacto con gotitas de secreciones respiratorias de las personas infectadas. Es una de las infecciones más transmisibles, con una tasa de ataque superior



Figura 1. Exantema.



Figura 2. Exantema, manchas de Koplik.

al 90%. El período de mayor contagiosidad es el comprendido desde los 2 o 4 días previos a la aparición del exantema hasta los 4 o 5 días posteriores, especialmente al final de la fase prodrómica, cuando el paciente presenta una afectación más importante^{1,2}.

Tras un período de incubación de 10 a 14 días, algo más largo en adultos que en niños, se desarrolla la fase prodrómica, que dura varios días, y consiste en fiebre, astenia, anorexia, síntomas respiratorios y conjuntivitis. Al final de esta fase aparecen las manchas de Koplik, signo

Correspondencia: Dr. A. Imaz.

Servicio de Enfermedades Infecciosas.

Hospital General Universitario Vall d'Hebron.

Pº Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona. España.

Correo electrónico: aimaz@vhebron.net



Figura 3. Radiografía de tórax. Infiltrado intersticial bilateral.

patognomónico del sarampión. Posteriormente, coincidiendo con los días de mayor afectación sintomática, aparece el exantema maculopapular, confluyente conforme progresá. Suele comenzar en la cara y extenderse al cuerpo, hasta afectar finalmente a las extremidades, incluidas palmas y plantas. Dura unos 5 días y comienza a aclararse en las regiones donde comenzó. Entre el final de la fase prodrómica y la resolución de la fiebre y el exantema transcurren entre 7 y 10 días^{1,2}.

Las formas graves, así como las complicaciones, son más frecuentes en los niños menores de 2 años y en los adultos². Las complicaciones más importantes, por su gravedad o frecuencia, son: neumonía, otitis media, encefalitis y hepatitis. La neumonía, que afecta al 2-5% de los pacientes, es la complicación grave más frecuente y la principal causa de muerte relacionada con el sarampión^{2,3}. Se produce por invasión directa del virus al tejido alveolar, aunque la lesión del mismo también puede favorecer la so-

breinfección bacteriana o vírica^{1,2}. El diagnóstico de sarampión es esencialmente clínico. La detección de respuesta serológica, que es la técnica de laboratorio más utilizada, ayuda a confirmar el diagnóstico⁴.

La introducción de la vacuna ha supuesto un cambio en la epidemiología de la enfermedad al producirse una acumulación de casos en la población adulta no vacunada⁵. En España, con la introducción en 1977 de la vacuna en el calendario vacunal, la incidencia de sarampión se ha reducido de forma significativa. Sin embargo, y debido en parte al aumento de los flujos migratorios desde regiones donde la vacunación no está generalizada, la incidencia anual ha aumentado en los últimos años, con un incremento mayor, a su vez, en la población adulta⁶. Se considera población muy susceptible los nacidos entre 1964 y 1978, al estar desprotegidos por la inmunidad adquirida de forma natural, propia de épocas de mayor incidencia, y no haber sido incluidos en las posteriores campañas de vacunación. El caso que presentamos es una muestra de los retos que se nos presentan en la práctica médica actual, derivados de los cambios sociales y demográficos que están aconteciendo en los últimos años.

Bibliografía

1. Mandel GL, Benneth JE, Dolin R, editors. Principles and practices of infectious diseases. 6th ed. Elsevier; 2004.
2. Perry RT, Halsey NA. The clinical significance of measles: a review. *J Infect Dis.* 2004;189 Suppl 1:S4-16.
3. Gremillion DH, Crawford GE. Measles pneumoniae in young adults: an analysis of 106 cases. *Am J Med.* 1981;71:539-42.
4. Bellini WJ, Helfand RF. The challenge and strategies of laboratory diagnosis of measles in an international setting. *J Infect Dis.* 2003;187 Suppl 1:S283-90.
5. Wolfson LJ, Strebel PM, Gacic-Dabo M, Hoekstra EJ, McFarland JW, Hersh BS, for the Measles Initiative. Has the 2005 measles mortality reduction goal been achieved? A natural history modelling study. *Lancet.* 2007;369: 191-200.
6. Amela C, Pachón I, Sanz MC, Peña Rey I. Plan de eliminación del sarampión. Evaluación del año 2001 y primer semestre de 2002. *Boletín Epidemiológico Semanal.* 2002;10:185-8.