



Diagnóstico a primera vista

Fiebre y exantema en universitario italiano en Madrid

Fever and rash in an Italian university student in Madrid

Emilio Pintor*, Pedro Gargantilla, Benjamín Herreros y Octavio Jorge Corral

Departamento de Especialidades Médicas, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Europea, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

On-line el 17 de febrero de 2011

Caso clínico

Varón de 19 años, de origen italiano, residente habitual en Calabria (Italia), estudiante universitario en Madrid desde hace 1,5 años, sin antecedentes personales de interés salvo haber padecido varicela, parotiditis y tos ferina durante la infancia. No informó de viajes recientes fuera de Madrid desde hace 3 meses.

Comenzó hace una semana con un cuadro consistente en malestar general, fiebre de 38 °C, rinitis, tos no productiva y odinofagia, por lo que 3 días después acudió a su médico de atención primaria, quien diagnosticó cuadro de probable origen viral pautando tratamiento con una cefalosporina oral y paracetamol. A pesar de dicho tratamiento, el paciente continuó con la misma sintomatología y con incremento de la fiebre hasta 40-41 °C, cefalea y añadiéndose en las últimas horas sensación de escozor ocular y la aparición de un exantema máculo-papuloso en la cara y la zona central del tronco. El exantema en las últimas 24 h se ha diseminado por la cabeza, el cuerpo y las extremidades haciéndose confluyente, sin afectar a las palmas ni plantas.

Exploración física: temperatura 39,3 °C. Buen estado general. Exantema morbiliforme generalizado de predominio central (centrípeto), sin afectación de palmas y plantas (fig. 1 y 2). Cabeza y cuello: inyección conjuntival bilateral. Eritema faríngeo y amigdalar. El resto de la exploración es normal. Se realizó un hemograma: leucocitos: 6.640/μl (neutrófilos: 52,2%, linfocitos: 37,3%); hemoglobina: 15,2 g/dl; hematocrito 44,3%; plaquetas 202 10³/μl, y un análisis bioquímico básico: glucosa: 85 mg/dl, urea: 38 mg/dl, creatinina: 1,22 mg/dl, transaminasa glutamicoxalacética (aspartato-aminotransferasa): 10⁹ U/l transaminasa glutámico pirúvica (alanina-aminotransferasa): 52 U/l.



Figura 1. Imagen de la cara interna del antebrazo izquierdo: exantema máculo-papuloso disperso que tiende a confluir.

Evolución

El cuadro clínico es compatible con sarampión, por lo que recibió tratamiento sintomático. La evolución fue favorable sin presentar ninguna complicación asociada. Este alumno se relaciona de forma habitual con medio centenar de compatriotas que están estudiando en Madrid. Coinciendo temporalmente con este caso, otros dos compañeros universitarios italianos desarrollaron un cuadro similar. Posteriormente, el estudio serológico demostró elevación de inmunoglobulina M antisarampión.

Diagnóstico

Sarampión.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: emilio.pintor@uem.es (E. Pintor).



Figura 2. Imagen de la zona posterior del tronco y las extremidades superiores del paciente: exantema máculo-papuloso generalizado, más intenso y confluyente en la zona central de la espalda en la zona torácica.

Comentario

En los últimos años, la difusión del programa de intercambio universitario entre países europeos conocido como Erasmus¹, junto con la implantación a partir de este año de la declaración de Bolonia y el desarrollo del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES)², está favoreciendo la llegada de alumnos universitarios de diferentes países europeos a nuestro país.

Dentro de la Unión Europea, cada uno de los países miembros tiene un calendario de vacunación infantil específico³. En España, la vacunación infantil frente al sarampión ha sido prácticamente universal, debido a la inclusión en la década de los ochenta en el calendario de vacunación obligatoria, lo que ha determinado que en adultos sea una enfermedad prácticamente erradicada, salvo en inmigrantes procedentes de zonas donde hay bajos niveles de vacunación (África, América Central y del Sur, y este de Europa)⁴. Ocasionalmente, se han descrito en nuestro país, a partir casos importados, brotes de carácter restringido en sujetos de población autóctona no vacunados⁵.

Aunque en la actualidad, en la mayor parte de las regiones italianas se incluye en el calendario vacunal la triple vírica (sarampión-

paperas-rubéola) y de hecho hay planes de erradicación de ésta^{6,7}, en la última década del siglo xx solo eran obligatorias las vacunas frente a difteria, tétanos, polio y hepatitis B, mientras que eran recomendadas aunque no obligatorias la tos ferina, *Haemophilus influenzae* y la triple vírica. Con respecto a la vacunación del sarampión (*morbilllo* en italiano), el porcentaje de niños vacunados en esa década, ha sido muy variable dependiendo de la región donde vivieran. En un estudio publicado en 1994, el porcentaje de niños vacunados de sarampión oscilaba entre el 9-53%⁸. Ello ha determinado la aparición, en esta primera década del siglo xxi, de brotes ocasionales de estas infecciones en adultos jóvenes^{9,10}.

Por todo ello, pensamos que deben incluirse en el diagnóstico diferencial de los cuadros febriles exantemáticos en universitarios procedentes de otros países europeos, como es el caso de Italia, a las enfermedades virales que clásicamente aparecían en la infancia (en especial, sarampión y rubéola).

Bibliografía

1. Williamson J. ERASMUS cultural exchanges in Europe. Br J Nurs. 1994;3:1124-8.
2. Pérez-Rico C, Montes-Mollón MA. El nuevo papel del profesor y del estudiante dentro del Espacio Europeo de Educación Superior. Arch Soc Esp Oftalmol. 2007;82:265.
3. Esposito S, Principi N. Differences in vaccinations in Euríonpean Union. Hum Vaccin. 2008;4:313-5.
4. Sanz Moreno JC, García Comas L, Ramírez Fernández R, Ramos Blázquez B, Ordoñó Gavín M. Evolución del sarampión, rubéola y parotiditis desde la III Encuesta de serovigilancia de la Comunidad de Madrid 1999-2000 (III ESVCM). Rev Esp Salud Pública. 2009;83:625-37.
5. Monfort L, Muñoz D, Trenchs V, Hernández S, García JJ, Aguilar AC, et al. Brote de sarampión en Barcelona. Características clínicas y epidemiológicas. Enferm Infect Microbiol Clin. 2010;28:82-6.
6. Bonanni P, Bechini A, Boccalini S, Peruzzi M, Tiscione E, Boncompagni G, et al. Progress in Italy in control and elimination of measles and congenital rubella. Vaccine. 2007;25:3105-10.
7. Stampi S, Ricci R, Ruffilli I, Zanetti F. Compulsory and recommended vaccination in Italy: evaluation of coverage and non-compliance between 1998-2002 in Northern Italy. BMC Public Health. 2005;5:42.
8. Childhood vaccination coverage in Italy: results of a seven-region survey. The Italian Vaccine Coverage Survey Working Group. Bull World Health Organ. 1994; 72:885-95.
9. Filia A, Curtale F, Kreidl P, Morosetti G, Nicoletti L, Perrelli F, et al. Cluster of measles cases in the Roma/Sinti population, Italy, June-September 2006. Euro Surveill. 2006;11. E061012.2.
10. Calza L, Rossetti N, Piergentili B, Cascavilla A, Trapani F, Pocaterra D, et al. Measles outbreak in the city of Bologna, December 2007 to May 2008. Infez Med. 2009;17:28-32.