

Paciente con fiebre y exantema

Á. Muñoz-Morente^a, J. González Oliveros^b, S. Mateos Fernández^c y M. Maíz-Jiménez^a

^aServicio de Medicina Interna. Hospital General Básico de la Serranía. Ronda. Málaga. España.

^bCentro de Salud Santa Bárbara. Distrito Sanitario. Serranía de Ronda. Ronda. Málaga. España.

^cServicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Carlos Haya. Málaga. España.

Presentamos el caso de una paciente de 23 años de edad, con fiebre, cefalea, inyección conjuntival bilateral, hepatomegalia dolorosa y exantema macular generalizado con elevación de enzimas hepáticas. Se realizó un estudio serológico que confirmó la sospecha diagnóstica de infección aguda por el virus del sarampión.

Palabras clave: sarampión, exantema, manchas de Koplik.

We report the case of a 23-year old woman with fever, headache, bilateral conjunctival injection, painful hepatomegaly and generalized macular rash with elevated liver enzymes. Acute measles infection was suspected based on the clinical findings and was serologically confirmed.

Key words: measles, rash, Koplik's spots.

INTRODUCCIÓN

El sarampión es una de las enfermedades transmisibles más contagiosas, si bien disponemos de una vacuna eficaz, por lo que se ha intentado su erradicación en Europa. Debido a los movimientos migratorios, se corre el riesgo de un rebrote de dicha infección, por lo que debemos estar preparados para su diagnóstico precoz.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 23 años de edad, oriunda de Alemania, que reside en España desde hace 20 años, trabaja como fisioterapeuta y no tiene antecedentes médicos de interés. Presentó en la semana previa a su ingreso un cuadro de fiebre de bajo grado y lumbalgia, por lo que inició tratamiento sintomático con ibuprofeno con discreta mejoría. El día del ingreso comienza nuevamente con fiebre de hasta 40 °C, malestar general, cefalea, náuseas, vómitos biliosos, epigastralgia, con aparición de un exantema en la cara y el cuello que se extiende progresivamente al tronco. Niega contacto con animales y viajes al extranjero.

A su llegada a Urgencias la paciente se encuentra consciente, orientada, normotensa, febril, y destacan una inyección conjuntival bilateral con subfusiones hemorrági-

cas, edema palpebral bilateral, adenopatías cervicales bilaterales de características inflamatorias, discreta hepatomegalia dolorosa y un exantema maculopapular generalizado de predominio en la cara, el cuello y el tronco, y que respeta palmas y plantas (fig. 1).

En la radiografía de tórax no había imágenes de condensación y en la analítica presentó 7.340 leucocitos/ml, con un 89% de neutrófilos y un 6% de linfocitos, 141.000 plaquetas/ml y destacaban transaminasa glutámico pirúvica de 279 UI/l, transaminasa glutámico oxalacética de 183 UI/l y proteína C reactiva de 64 mg/l.

La paciente fue ingresada para estudio y observación, con tratamiento sintomático. Se realizó una exploración más exhaustiva y se objetivaron en la mucosa oral unas lesiones blanquecinas puntiformes compatibles con manchas de Koplik (fig. 2). La serología posterior confirmó infección aguda por virus del sarampión.

La familia de la enferma reconoció que no había sido vacunada.

La evolución fue satisfactoria por lo que la paciente quedó afebril, con oscurecimiento y descamación de las lesiones cutáneas y normalización de las enzimas hepáticas.

DISCUSIÓN

El sarampión es una enfermedad que afecta mayoritariamente a la población infantil, aunque cada vez es más frecuente su presentación en edades más avanzadas¹. Con un periodo de incubación de 8-12 días, los síntomas iniciales son similares a un cuadro catarral con fiebre, tos, coriza y conjuntivitis, que se exacerban 2-4 días antes de la apari-

Correspondencia: Á. Muñoz-Morente.

Avda. Andalucía, 26, 9.º D.

29007 Málaga. España.

Correo electrónico: somafe2000@yahoo.es

Recibido el 27-08-2007; aceptado para su publicación el 13-03-2008.



Figura 1. Subfusión hemorrágica conjuntival y exantema maculopapular generalizado que respeta las palmas.

ción de un exantema maculopapular característico, que comienza en la cara y el cuello, y se extiende luego al tronco y que suele respetar palmas y plantas, si bien pequeñas lesiones en estas zonas pueden verse en un 25-50% de las ocasiones². El rash desaparece a los 3-7 días, y puede finalizar con una fina descamación. La fiebre persiste 2-3 días tras la aparición del exantema, mientras que la tos puede continuar hasta 10 días más.

Son características las denominadas manchas de Koplik: lesiones blanquecinas ligeramente elevadas sobre un fondo eritematoso en la mucosa bucal, usualmente en oposición al primer molar, que aparecen un día antes del exantema y desaparecen a los 2-3 días.

Las complicaciones más frecuentes son otitis media, laringotraqueítis, neumonía, encefalitis y diarrea². Al tratarse de una infección diseminada puede afectar a distintos

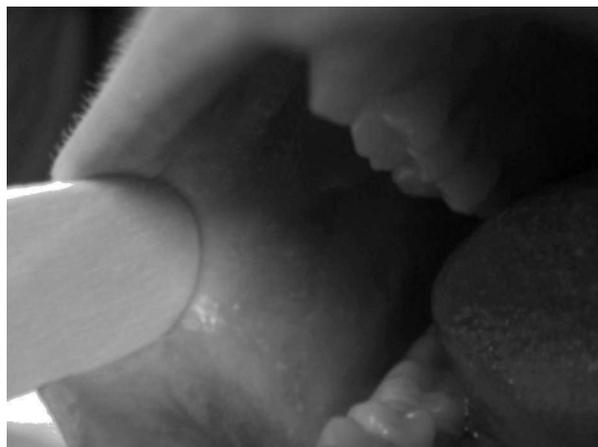


Figura 2. Manchas de Koplik.

órganos provocando miocarditis, pericarditis, hepatitis, linfadenitis mesentérica³.

El diagnóstico de confirmación es serológico.

El sarampión es una enfermedad que se puede erradicar, al contar con una vacuna eficaz y debido a que el ser humano es esencial para el ciclo de vida del virus, al no sobrevivir en el medio ambiente y no existir reservorios vertebrados. En el año 1998 la Organización Mundial de la Salud aprobó un plan para alcanzar la eliminación del sarampión en Europa para 2007. Ahora bien, el hecho de que el virus del sarampión continúe circulando en muchos países dificulta la eliminación en un país concreto, ya que inevitablemente se van a producir reintroducciones a través de movimientos de población⁴, pues mucha de la población inmigrante puede ser susceptible⁵. Por ello es muy importante que los clínicos identifiquen rápidamente los casos sospechosos, pues su papel es crucial en su identificación y diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peña-Rey Lorenzo I, Santa-Olalla Peralta P, Amelas Heras C. Sarampión en España, desplazamiento a población adulta. *Aten Primaria*. 2004;33:200-2.
2. Perry RT, Halsey NA. The clinical significance of measles: a review. *JID*. 2004;189 Suppl 1:S4-16.
3. Griffin DE, Bellini WJ. Measles virus. En: Fields BN, Knipe DM, Howley PM, editors. *Fields' Virology*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p. 1267.
4. Krilov LR. Emerging infectious disease issues in international adoptions: severe acute respiratory syndrome (SARS), avian influenza and measles. *Curr Opin Infect Dis*. 2004;17:391-5.
5. Greenaway C, Dongier P, Bolvin JF, Tapiero B, Miller M, Schwartzman K. Susceptibility to measles, mumps, and rubella in newly arrived adult immigrants and refugees. *Ann Intern Med*. 2007;146:20-4.