

- Mourani S, Dobbs SM, Genta RM, Tandon AK, Yoffe B. Hepatitis A virus-associated cholecystitis. *Ann Intern Med.* 1994;120:398-400.
- Tynell E, Aurelius E, Brandell A, Julander I, Wood M, Yao QY, et al. Acyclovir and prednisolone treatment of acute infectious mononucleosis: a multicenter, double-blind, placebo-controlled study. *J Infect Dis.* 1996;174:324-31.
- Brandfonbrener A, Epstein A, Wu S, Phair J. Corticosteroid therapy in Epstein-Barr virus infection. Effect on lymphocyte class, subset, and response to early antigen. *Arch Intern Med.* 1986;146:337-9.
- Rafailidis PI, Mavros MN, Kapaskelis A, Falagas ME. Antiviral treatment for severe EBV infections in apparently immunocompetent patients. *J Clin Virol.* 2010;49:151-7.

Eliana Daffinoti, Itziar Tavera, Ana del Río, Carlos Cervera*

Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Clínic de Barcelona, Universidad de Barcelona, IDIBAPS, Barcelona, Spain

* Corresponding author.

E-mail address: ccervera@clinic.ub.es (C. Cervera).

doi:10.1016/j.eimc.2011.02.011

Tifus murino en una paciente con fiebre y mialgias

Murine typhus in a patient with fever and myalgia

Sr. Editor:

El tifus murino es una enfermedad febril aguda causada por la *Rickettsia typhi* y transmitida al hombre por picadura de pulga. Ha sido descrita en diversas áreas geográficas¹, incluido el Mediterráneo.

Sólo un pequeño porcentaje de pacientes recuerdan la picadura de pulga. Puede haber un periodo de incubación entre 1 y 2 semanas antes del inicio de la sintomatología. El cuadro clínico se caracteriza por fiebre durante 9 a 14 días, cefalea, erupción maculopapulosa que suele aparecer al quinto día, escalofríos y mialgias. Algunos estudios^{2,3}, describen la existencia de hepatoesplenomegalia, pudiendo presentar aumento de transaminasas hepáticas.

Presentamos el caso de una mujer de 31 años que acude a urgencias por un cuadro de fiebre de 39 °C, de carácter ondulante y de una semana de evolución, acompañado de mialgias generalizadas en las primeras 48 h. Como antecedentes, refiere estancia de un mes, en India y Nepal, coincidiendo el inicio del cuadro febril con el regreso del viaje. En la exploración no se observaron hallazgos significativos. Los datos analíticos reflejaron un aumento de la GPT (237 U/l) y trombopenia.

Los estudios microbiológicos mostraron hemocultivos negativos y dentro del protocolo diagnóstico de fiebre de duración intermedia encontramos: antígeno de *Plasmodium* spp., *Brucella* spp., *Treponema pallidum*, *Salmonella typhi*, *S. paratyphi*, *Toxoplasma gondii*, *Coxiella burnetii*, *Borrelia burgdorferi* y *Rickettsia conorii* negativos. También fueron negativas las determinaciones serológicas frente a virus de la hepatitis B, C, virus de la inmunodeficiencia humana, citomegalovirus, virus de Epstein-Barr y virus del dengue.

Destacamos que la serología mediante inmunofluorescencia indirecta (IFI) fue positiva frente a *Rickettsia mooseri* (*R. typhi*), tanto en la detección de anticuerpos (Ac) de clase IgG (1/4096), como de clase IgM (1/32).

Los datos epidemiológicos (viaje reciente a la India y Nepal) junto con los hallazgos serológicos (Ac positivos frente a *Rickettsia mooseri*) permitieron establecer el diagnóstico de tifus murino.

Se administró tratamiento con doxiciclina 100 mg/12 h durante 7 días y paracetamol (si presentaba fiebre o dolor), con evolución clínica y serológica favorable. En varias determinaciones serológicas posteriores al tratamiento, se demostró primero un aumento del título de Ac IgG, con Ac IgM positivos y, posteriormente, negativización de Ac IgM y disminución gradual de los títulos de Ac IgG, así como una normalización de los niveles de GPT y de plaquetas.

Destacamos, como otros autores^{4,5}, la necesidad de un diagnóstico correcto para la instauración del tratamiento adecuado.

Debido a que esta patología es poco frecuente (aunque en algunas zonas de España² el tifus murino no es una causa rara de proceso febril), hay que pensar en ella, ante todo cuadro de fiebre de duración intermedia, teniendo en cuenta los antecedentes clínicos y epidemiológicos y habiendo descartado otras patologías⁶.

Bibliografía

- Santibáñez S, Astasio A, Villa-real R, Cámara JA, Otero JA, Márquez FJ. Serologic study of *Rickettsia typhi* infection among the human population of southern Spain. *CMI Clin Microbiol Infect.* 2009;15:247-8.
- Bernabeu-Witlel M, Pachón J, Alarcón A. Murine typhus as a fever of intermediate duration. A 17 year study in the south of Spain. *Arch Intern Med.* 1999;159:842-6.
- Gikas A, Doukakis S, Tediaditis J. Murine typhus in Greece. Epidemiological clinical and therapeutic: data from 83 cases. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2002;96:250-3.
- Restrepo MI, Vazquez EM, Echeverri C, Fiebelkorn NR, Anstead GM. Fibrin ring granulomas in *Rickettsia typhi* infection. *Diagn Microbiol Infect Dis.* 2010;66:322-5.
- Centers for Disease Control, Prevention (CDC). Outbreak of *Rickettsia typhi* infection. Austin, Texas, 2008. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2009;58:1267-70.
- Gutierrez L, Surani S, Nelson D, El-Milady N. Murine typhus in pregnancy. *Am J Med Sci.* 2010;339:378-9.

María Teresa Fraile^a, Isabel Celma^b,
José Luis Ramos^{a,*} y Concepción Gimeno^{a,c}

^a Servicio de Microbiología, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

^b Servicio de Análisis Clínicos, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

^c Facultad de Medicina, Universidad de Valencia, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ramos_josmar@gva.es (J.L. Ramos).

doi:10.1016/j.eimc.2011.02.010