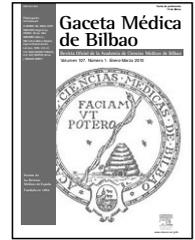




Gaceta Médica de Bilbao

www.elsevier.es/ gmb



NOTA CLÍNICA

Fiebre sin foco en viajeros: a propósito de un caso

G. Solano-Iturri^{a,*}, C. Pérez-Velásquez^b, D. Solano-López^a y F. Miguel-de la Villa^a

^aServicio de Medicina Interna, Hospital de Basurto, Departamento de Medicina UPV/ EHU, Bilbao, España

^bServicio de Reumatología, Hospital de Basurto, Bilbao, España

Recibido el 12 de febrero de 2009; aceptado el 5 de mayo de 2009

PALABRAS CLAVE

Fiebre;
Viajero;
Síndrome Katayama

Resumen

Se presenta el caso de un varón de 30 años con fiebre, cefalea y malestar general que, como dato de interés, había regresado recientemente de África. En la actualidad, cada vez son más frecuentes los viajes al extranjero y la aparición al regreso de enfermedades menos habituales en nuestro medio. Por esta razón, realizamos a continuación una breve revisión de los posibles diagnósticos diferenciales del síndrome febril sin foco en viajeros, así como del manejo de la patología que presentó nuestro paciente (síndrome de Katayama).

© 2009 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Publicado por Elsevier España, S.L.
Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Fever,
Traveller;
Katayama syndrome

Fever without source in travellers: a case report

Abstract

We report the case of a 30-year-old man with fever, headache and general malaise who, as an antecedent of interest, had recently returned from Africa. Nowadays, travelling abroad and the development of illnesses uncommon in our society upon the traveller's return are increasingly frequent. We provide a brief review of the differential diagnosis of fever without source in travellers and the treatment of our patient's disease (Katayama syndrome).

© 2009 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: goizalde.solanoiturri@osakidetza.net (G. Solano-Iturri).

HITZ GILTZARRIAK

Sukar;
Bidaiari;
Katayama sindrome

Foku gabeko sukarra bidaiarietan: kasu bat**Laburpena**

Sukarra, buruko mina eta egonezina duen 30 urteko gizon baten kasua aurkeztuko dugu. Datu aipagarri moduan, Afrikatik egindako bidaiatik itzuli da orain dela gutxi. Gaur egun, gero eta bidaiari gehiago egiten dugu atzerrira, eta, itzultzean, gure gizartean ohizkoak ez diren gaixotasunen maiztasuna igotzen ari da. Horregatik, jarraian bidaiarien foku gabeko sukarraren diagnostiko diferentzialei eta gure pazienteak behar izan zuen tratamenduari buruzko berrikusketara egingo dugu (Katayama sindromea).

© 2009 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Argitaratzailea: Elsevier España, S.L.

Eskubide guztiak gordeta.

Introducción

Los viajes, ya sea por turismo, cooperación o negocios, junto con la inmigración y el desplazamiento de los inmigrantes a sus países de origen para visitar a sus familiares, han contribuido a un aumento significativo del riesgo de presentar enfermedades importadas. A continuación, se presenta una muestra de ello.

Observación clínica

Varón de 30 años, fumador de 10 cigarrillos al día, sin hábitos tóxicos, sin alergias conocidas ni hábitos sexuales de riesgo u otros antecedentes patológicos de interés; acudió por fiebre de 39,5°C de 3 días de evolución, junto con cefalea y malestar general. Al realizarle la historia clínica refirió que 3 días antes había regresado de un viaje por África (Senegal, Burkina Faso, Mali, Ghana y Costa de Marfil) de un mes de duración. Como dato de interés, recordaba que 15 días antes de acudir al servicio de urgencias presentó prurito y *rash* cutáneo tras un baño en agua dulce en Mali. La anamnesis subjetiva por aparatos tras un interrogatorio minucioso no registró otros datos de interés.

La exploración física objetivó una presión arterial de 130/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 70 latidos/min y temperatura de 37,3°C. El paciente se encontraba consciente y orientado, bien nutrido e hidratado, normocoloreado, eupneico, sin edemas, lesiones cutáneas ni adenopatías generalizadas, con exploración de cabeza y cuello normal, auscultación cardíaca rítmica, sin soplos y auscultación pulmonar normal; en el abdomen destacaba una hepatomegalia de 2 cm sin esplenomegalia y en las extremidades no se observaron alteraciones.

Inicialmente, la hematimetría, el recuento y la fórmula, el estudio de coagulación, la función renal, los electrolitos, la función hepática y el sedimento urinario fueron normales, incluida la serología negativa para *Plasmodium*. Las radiografías de tórax y abdomen no presentaron hallazgos relevantes. En la ecografía abdominopélvica se apreció un hígado discretamente aumentado de tamaño, con aumento de la ecogenicidad rodeando los espacios porta y un bazo con diámetro longitudinal máximo de 15 cm; el resto de las eran estructuras normales.

En cuanto a la evolución, al cuarto día de ingreso hospitalario el paciente continuaba con mal estado general, picos febriles superiores a 38°C y alteración de los siguientes parámetros analíticos: hiperbilirrubinemia directa 2,7 mg/dl, GPT 437 U/l, LDH 684 U/l, eosinofilia 500 mm³ (8,5%); el resto de la analítica era normal, incluida la negatividad de una nueva serología frente a *Plasmodium*, además de la serología frente los virus de las hepatitis A y C, virus de la inmunodeficiencia humana, virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, lúes, *Schistosoma* y *Fickettsias*, mantoux, hemocultivos, urocultivos, coprocultivos y estudio de parásitos en heces. Nos encontramos pues ante un síndrome febril sin foco en un viajero, con un diagnóstico diferencial amplio que incluye enfermedades que pueden ser graves e incluso mortales, si no se diagnostican y se tratan a tiempo. Tras el tratamiento con praziquantel el paciente evolucionó satisfactoriamente y presentó seroconversión a las 6 semanas, con técnica de ELISA positiva para *Schistosoma*.

Discusión

La mayoría de los pacientes (60-70%) en situaciones similares presentarán alguna enfermedad dentro del mes de regreso del viaje y un 5-15% necesitará ingreso hospitalario. Entre el 25-30% presentará un proceso febril, un 10-15% patología respiratoria y otro 10-15% diarreas. En África subsahariana los síndromes febriles se producen por paludismo en un 60% de los casos, en Asia se deben al dengue (32%), seguido de la malaria (13%), y en Latinoamérica el dengue y la malaria representan, cada uno de ellos, el 13%.

Por tanto, para realizar una correcta aproximación diagnóstica es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Valorar las medidas preventivas, incluidas las diferentes vacunas (tabla 1) y profilaxis palúdica ya que, hasta que no se demuestre lo contrario, un paciente con fiebre procedente de una zona de riesgo tiene una infección por *Plasmodium*.
2. Realizar una exhaustiva cronología del viaje, incluidos los países visitados, el motivo del mismo (turismo en hoteles modernos en grandes ciudades o mochileros en zonas rurales con alojamientos de peor calidad) y las actividades de riesgo realizadas (senderismo, caza, ex-

Tabla 1 Eficacia y duración de algunas vacunas del viajero²

| Vacuna | Eficacia (%) | Duración |
|----------------------|--------------|-------------|
| Cólera | 50-60 | 60 meses |
| Fiebre tifoidea | ≈ 75 | 2-5 años |
| Encefalitis japonesa | 85 | 3 años |
| Meningococemia | 85-95 | 3 años |
| Hepatitis B | > 90 | > 7 años |
| Hepatitis A | > 90 | > 10 años |
| Polio | 90-100 | De por vida |
| Fiebre amarilla | ≈ 100 | 10 años |

posición a agua dulce, tipo y preparación de los alimentos).

- Existencia de enfermedades más prevalentes en épocas húmedas, como la malaria y el dengue, y otras en época seca, como la meningococemia en África. Aunque muchas enfermedades poseen una distribución mundial, otras como la malaria y la tripanosomiasis africana son endémicas de ciertos lugares.
- El período de incubación resulta clave a la hora de limitar el diagnóstico diferencial (tabla 2), ya que en no pocas ocasiones la sintomatología puede aparecer en varios cuadros² y las pruebas diagnósticas no ser útiles.

En este paciente, dado el cuadro clínico, los datos epidemiológicos previos y los parámetros analíticos, la sospecha clínica es de síndrome de Katayama (esquistosomiasis aguda), a pesar de los resultados iniciales negativos de la serología y de la investigación de parásitos, como sucedió en este caso. El síndrome de Katayama consiste en un cuadro agudo de fiebre autolimitada, astenia, tos irritativa, hepatomegalia y eosinofilia. La infección se adquiere en contacto con agua dulce. La detección de parásitos en heces y orina, y la positivización de la serología pueden tardar meses³⁻⁶. El tratamiento con praziquantel 40 mg/kg a dosis única o 20 mg/kg en 2 ciclos es satisfactorio⁵⁻⁷.

Existen diferencias en la forma de presentación clínica de la esquistosomiasis entre personas no inmunes (en su mayoría viajeros) respecto a poblaciones de zonas endémicas. Así, se observan pocos casos en Brasil, Kenia y Egipto⁶,

ya que los viajes organizados en circuitos turísticos suelen evitar las zonas contaminadas; la frecuencia aumenta en países como Mali, donde no se toman medidas preventivas suficientes y los turistas realizan senderismo vadeando ríos o se bañan en zonas de agua dulce. La presentación aguda se observa fundamentalmente en viajeros, así como las presentaciones ectópicas (piel y genitales)⁶; en cambio, las presentaciones típicas como la hematuria o la diarrea, que traducen afectación crónica, aparecen en pacientes autóctonos⁸⁻¹¹. Las determinaciones serológicas y la respuesta a praziquantel resultan de mayor utilidad en los viajeros^{4,5}.

Para finalizar, conviene destacar que, al evaluar un síndrome febril sin foco tras un viaje a países exóticos, inicialmente los procesos leves pueden ser indistinguibles de los graves. Por ello, es necesario integrar los datos de la anamnesis y exploración física con el período de incubación de los distintos procesos para alcanzar un correcto diagnóstico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés en relación con este artículo.

Agradecimientos

A la Dra. Zuriñe Zubero, del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital de Basurto, por sus conocimientos y disponibilidad.

Bibliografía

- Merino F J. Evaluación de la fiebre en viajeros e inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo. JANO. 2008;1719:39-42.
- Aparicio P, Torrés D, Treviño B, Zubero Z. Guía de aproximación al viajero con fiebre al regreso del trópico. Guías clínicas SE-IMC. 2006. Madrid: Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica; 2006. p. 1-18

Tabla 2 Períodos de incubación de algunos patógenos²

| Breve (7-10 días o menos) | Intermedio (2-4 semanas) | Largo (> 1 mes) |
|----------------------------|---------------------------|---|
| Arbovirosis | Malaria | Absceso hepático amebiano |
| Dengue | CMV | Malaria (<i>vivax</i> , <i>ovale</i> , <i>malariae</i>) |
| Enteritis bacterianas | VIH | Hepatitis viral |
| Fiebre tifoidea | Fiebre tifoidea | Tuberculosis |
| Leptospiriosis | Tripanosomiasis | Esquistosomiasis |
| Malaria | Hepatitis viral | Leishmaniasis visceral |
| Infecciones meningocócicas | Brucelosis | Tripanosomiasis |
| Fiebre Q | Esquistosomiasis | Brucelosis |
| Psitacosis | Absceso hepático amebiano | Sífilis |
| Rickettsiosis | | Histoplasmosis |
| Fiebre recurrente | | Larva <i>migrans</i> visceral |

CMV: citomegalovirus; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

3. Leder K, Weller P, Baron E. Epidemiology; pathogenesis; and clinical features of schistosomiasis. Up To Date. Última actualización: 7 de diciembre de 2007. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
4. Leder K, Weller P, Baron E. Diagnosis of schistosomiasis. Up To Date. Última actualización: 7 de diciembre de 2007. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
5. Guerrant RL, Walter DH, Weller PT, editores. Tropical infectious diseases. Principles, pathogens and practice. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2006.
6. Corachán M, Almeda J, Vinuesa T, Valls ME, Mejías T, Jou P, et al. Esquistosomiasis importada por viajeros españoles: estudio clínico epidemiológico de 80 casos. *Med Clin (Barc)*. 1997;108: 721-5.
7. Leder K, Weller P, Baron E. Treatment and prevention of schistosomiasis. Up To Date. Última actualización: 13 de enero de 2009. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
8. Borrel A, Queipo JA, Beltrán JF, Chicote F, Escoms F, Pastor F. Infección vesical por esquistosoma: una causa inhabitual de hematuria. *Actas Urol Esp*. 2008;32:253-5.
9. López AI, Cao E, Prieto A, Ferri B, Maluff A, Pérez M. Esquistosomiasis: una parasitosis urinaria cada vez más frecuente. *Acta Urol Esp*. 2007;31:915-8.
10. Donate MJ, Pastor H, Giménez JM, Carrión P, Segura M, Salinas AS, et al. Esquistosomiasis vesical, aportación de un caso y revisión de la literatura española. *Actas Urol Esp*. 2006;30:714-9.
11. Parrilla FM, Vargas D, Cárdenas DP, Villarejo A. Hematuria por esquistosomiasis. *Emergen*. 2004;16:162-4.