

# FEBRE EN UN VIATGER RETORNAT

G. GUIX CAMPS<sup>1</sup>, N. ROBERT BOTER<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Metge Resident de Medicina Interna

<sup>2</sup> Metge Adjunta del Servei d'Urgències

Hospital germans Trias i Pujol

Nom autor: Guillem Guix

Lloc de treball: Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Data recepció: 08.10.2017

Data acceptació: 07.11.2017

mail: gguix55@gmail.com

Forma de citació: Guix G, Robert N. *Febre en un viatger retornat*. ReMUE.c@t 2018;5(1):22-25

## Motiu de consulta:

Pacient que consulta per malestar general acompanyat de febre elevada de fins a 38.7°C.

## Antecedents personals:

Home de 39 anys, sense al·lèrgies medicamentoses conegudes, no refereix hàbits tòxics, independent per activitats bàsiques de la vida diària. Originari de Pakistan.

## Malaltia actual:

Consulta remès del seu centre d'atenció primària per malestar general, febre i artromiàlgies d'uns 7 dies d'evolució. Refereix lleugera tos i odinofàgia amb un únic episodi de diarrea en dies anteriors, actualment amb restrenyiment associat. Nega altra simptomatologia acompanyada.

Reinterrogant, el pacient explica haver realitzat una estada de 3 mesos al Pakistan de la que va retornar 8 dies abans de consultar a urgències. Explica que l'inici de la simptomatologia apareix a les 24h del seu retorn a Catalunya, sense haver presentat diarrea ni febre durant el període d'estada a Pakistan.

## Exploració física:

TA 134/76mmHg, FC 116bpm, FR 16rpm, T 38.7°C, Sat 97% basal. Exploració amb bon estat general, normocolorejat, diaforètic. Exploració per aparells anodina.

## Proves complementàries realitzades a urgències:

-Anàlítica d'urgències: Leucos 6100 (N 73%), Hb 13.5g/dl, Hto 40.5%, plaquetes 219000. TP 70%, fibrinogen 742mg/dl, TTPA 32. Glucosa 112mg/dl,

urea 23mg/dl, creatinina 0.83mg/dl, sodi 131mmol/L, potassi 4.3mmol/L, BR 0.71mg/dl, ALT 110U/L, PCR 132mg/L, CK 77mg/L, Calci 8.8mg/dl, amilasa 68U/L.

-Radiografia de tòrax: sense imatges suggestives de condensació.

-Sediment d'orina no patològic amb escassos bacteris.

-Es cursen Hemocultius.

## Diagnòstic diferencial a urgències:

Resumint, el cas tracta sobre un episodi febril prolongat (>7 dies d'evolució), en un viatger retornat recentment d'una estada de tres mesos al Sud de l'Àsia central (Pakistan) amb inici de la clínica només un dia després d'haver tornat, sense haver mostrat cap simptomatologia durant la seva estada. Per tant, es tracta d'una febre en viatger retornat. Davant aquesta consulta, cal ampliar el diagnòstic diferencial a les malalties infeccioses de l'àrea tropical a més a més de les pròpies del nostre medi.

Quan rebem un pacient d'aquestes característiques a urgències, hem de tenir en compte diversos aspectes. En un primer moment, descartar que ens trobem davant d'un cas de malaltia potencialment mortal (sobretot malària). Per això, procedirem a utilitzar: les analitzar constants vitals, l'anamnesi, l'exploració física per descartar signes o símptomes potencialment greus (cianosis, meningisme, peritonisme, necrosis acral...) i també alguns índexs de severitat com per exemple el qSOFA, que ens permet avaluar ràpidament si estem d'avant d'un pacient potencialment greu. Un cop fet això, haurem d'avaluar diversos aspectes per apropar-nos al

diagnòstic final: On ha viatjat, quants dies d'evolució dels símptomes porta, si té algun dels símptomes guia típic o els factors de risc principals que ha presentat durant el viatge.

Analitzant un per un aquests factors en el nostre cas:

1. Ha viatjat al Sud de l'Àsia central, concretament al Pakistan. Epidemiològicament, es tracta d'una zona endèmica de Poliomièlitis i Hepatitis E. Com a malalties també prevalents, es troben la Tuberculosis i l'infecció per VIH; Ha estat en risc de malalties transmeses per aigua i aliments com diarrea del viatger, hepatitis A, febre tifoidea i meningoencefalitis amebiana; finalment també ha estat en risc de malalties transmeses per insectes com Dengue, Malària, Chikungunya, Lyme, Leishmania i febre hemorràgica de Congo-Crimea.

2. Pel que fa als dies d'evolució, és un pacient que porta 7 dies de febre i l'inici de la clínica es va produir un dia després d'haver retornat. Per tant, en aquest cas no ens ajuda a descartar gaires malalties. Sabem que en el cas que la febre comencés 21 dies després de la tornada del viatger, seria improbable el diagnòstic de Dengue, Rickettsiosis, Zika i febres hemorràgiques. La majoria de malalties febrils relacionades amb l'exposició en un viatge es desenvolupen durant el primer més post tornada.

3. D'altra banda, ens fixem en els símptomes, signes o alteracions analítiques típiques que poden orientar cap a una patologia o altra. Per exemple, esplenomegàlia, trombocitopènia o hiperbilirubinèmia indirecte podrien suggerir una malària; rash, leucopènia o trombocitopènia un Dengue; rash +/- lesió crostosa una Rickettsiosi; elevació de transaminases i esplenomegàlia una febre entèrica. En el nostre cas, el pacient presenta febre i artromiàlges pel que resulta bastant inespecífic.

4. Finalment, cal interrogar sobre els factors de risc durant el viatge. No comenta cap ingesta d'aigua amb poc control sanitari però si que tant allà al Pakistan com aquí, convivia amb diverses persones en un mateix pis.

Tenint en compte el cas clínic presentat, estem davant d'un pacient estable, sense criteris de gravetat quan consulta a urgències, que per la zona de viatge, la simptomatologia i els factors de risc, podríem valorar el següent diagnòstic diferencial:

-Causes típiques del tròpic i subtropical: Dengue,

Rickettsiosis, Chikungunya, Zika, malària i febre entèrica. Remarcar que el Pakistan no és una àrea amb una prevalença molt elevada d'arbovirus.

-Causes típiques del nostre entorn: infecció tracte urinari, infecció respiratòria, cel·lulitis, abscess.

Ja que tracte d'una febre de > 7 dies d'evolució, agafaria força la hipòtesi d'una febre entèrica però també de tuberculosi, Leishmaniasis, abscess i febre Q donada la zona del viatge.

### Evolució i proves complementàries realitzades fora d'urgències:

El pacient ingressa per evolució clínica a la Unitat d'Observació en tractament amb Amoxicil·lina-Clavulànic per cobrir possible focus respiratori, on es realitza analítica de control i on destaca l'alteració del perfil hepàtic amb una colèstasi dissociada i transaminitis (FA 191U/L, AST 152U/L, ALT 175U/L, GGT 121U/L), amb augment dels reactants de fase aguda però sense leucocitosis ni desviació a l'esquerra.

·Analítica completa d'ingrés a UO: Leucos 6400 (N 58%, L 31%), Hb 13g/dl, Hto 38.4%, plaquetes 277000. Glucosa 19mg/dl, proteïnes 66.8g/L, albúmina 37.4g/L, Urea 23mg/dl, creatinina 0.77mg/dl, FG >90, urats 3.5mg/dl, calci 8.6mg/dl, potassi 4.02mmol/L, BT 0.57mg/dl, BD 0.16mg/dl, FA 191U/L, AST 152U/L, ALT 175U/L, GGT 121U/L, CK 50U/L.

A les 24h del seu ingrés s'avisava des de Microbiologia per positivització dels hemocultius realitzats a urgències per *Salmonella entèrica serovar typhi* sensibles a ampicil·lina i resistent a quinolones.

Durant la seva estada a la unitat, davant els resultats dels cultius es rota antibioteràpia a cefalosporines de 3a generació. El pacient evoluciona de forma favorable, quedant-se apirètic, sense dolor abdominal ni altra simptomatologia, amb millora de l'estat general.

·Analítica de control on segueix presentant transaminitis però valors en descens (AST 103 U/L, ALT 220 U/L).

·Hemocultius de control a les 78h: negatius.

Finalment és donat d'alta a les 72h del seu ingrés completant el tractament ambulatori amb Azitromicina 1g/24h durant 5 dies més.

El cas es va notificar a les autoritats de vigilància epidemiològica, ja que el pacient compartia pis amb 6 persones més. Al cap de 4 dies després de l'alta hospitalària, se li realitza control a consultes externes de Medicina Tropical del nostre hospital

observant-se descens dels marcadors hepàtics i dels reactants de fase aguda; es manté totalment asimptomàtic.

**Diagnòstic final: FEBRE TIFOIDEA PER *Salmonella Entèrica serovar typhi*.**

### DISCUSSIÓ

Si bé l'experiència ens recorda que qualsevol persona que retorna del tròpic amb febre es tracta de malària fins que es demostrï el contrari, en els darrers anys hem vist com altres malalties del tròpic, guanyaven terreny.

La febre tifoidea, causada per *S. typhi*, és prevalent en àrees amb poc accés a la higiene, la sanitat i el control d'aigües residuals. És sobretot important a l'Àsia Sud-Central, el Sud-est asiàtic i el Sud d'Àfrica. El fet de tenir com a únic reservori l'ésser humà obliga a realitzar una gran vigilància dels anomenats portadors crònics, definits com aquells individus que presenten excreció del bacteri per la femta o l'orina després de més de 12 mesos d'haver passat la malaltia aguda. Per això, el seu diagnòstic té una transcendència important en els camps de la salut pública i la vigilància epidemiològica.

Normalment, es presenta com un procés febril d'inici 5 a 21 dies després de la ingesta del patògen i, com a símptomes més típics acompanyats, s'observa el dolor abdominal i els calfreds. Pel que fa a símptomes gastrointestinals, sovint es pensa que aquests pacients solien manifestar sobretot diarrea però actualment s'ha vist que és tan freqüent la diarrea com el restrenyiment. Analíticament, podem destacar l'anèmia, leucopènia o leucocitosis i sobretot l'alteració del perfil hepàtic. En el nostre cas, el pacient només havia presentat la febre i artromiàlgies, amb tos. Analíticament sí que observem la transaminitis i la colèstasi.

El diagnòstic es pot obtenir a través de cultiu: hemocultius (positius en el 40-80% dels casos), orina, femta, exsudats o contingut intestinal. Tot i això, el cultiu amb major sensibilitat és el de moll d'os (>90% de positivitat). Existeixen també serologies: detecció d'anticossos contra la *S. typhi* o tècnica d'ELISA per detectar l'antigen Vi present en un polisacàrid capsular del microorganisme. Com a tractament es recomanen quinolones o cefalosporines de tercera generació durant uns 10-15 dies.

Per tant, com a conclusió, en un viatger retornat

que arriba a urgències per febre, primer hem de descartar patologies potencialment mortals, pensant sobretot en la malària per *P. falciparum*. Hem de tenir en compte el lloc del viatge, el temps de duració de la simptomatologia i símptomes guia. Pel que fa concretament a la febre tifoidea, pensar-hi sempre en pacients provinents de Sud central d'Àsia, lloc amb poques condicions higièniques i sanitàries. Tenir en compte que pot presentar-se en forma d'estrenyiment o senzillament només amb febre com aquest cas. Caldrà fer cultius pel diagnòstic i localitzar sobretot els possibles portadors crònics per tractar-los. Recordar que aquest diagnòstic és de declaració obligatòria per vigilància específica pel CATALUT per la seva importància epidemiològica.

### Bibliografia:

- Guy E. Thwaites, et al. Approach to Fever in the returning traveler. NEJM 09.02.2017. 376:548-560.
- Wilson ME, Weld LH, Boggild A, et al. Fever in returned travelers: results from the GeoSentinel Surveillance Network. Clin Infect Dis 2007;44:1560-8.

Geographical distribution of typhoid fever

