

Xarampió com a febre del viatger

Alex Bataller, Xavier Fustà, Aina Capdevila
Servei de Malalties Infeccioses. Hospital Clínic. Barcelona

CORRESPONDÈNCIA

Nom de l'autor: Àlex Bataller

Lloc de treball: Hospital Clínic

Mail: abataller@clinic.ub.es

Data recepció: 12.10.2015

Data acceptació: 26.10.2015

Forma de citació: Bataller A, Fustà X, Capdevila A. *Xarampió com a febre del viatger*.

ReMUE.c@t 2016;3(1):2-4

Available at http://webs.academia.cat/revistes_elect/view_document.php?tpd=2&i=5127

Motiu de consulta

Febre i exantema

Antecedents personals

Home de 30 anys nascut i resident a Barcelona sense al·lèrgies medicamentoses conegudes, no fumador, bevedor ocasional. Sense malalties ni pren medicació. No refereix cirurgies i refereix estar correctament vacunat. Va passar la varicel·la durant la infància. Ha realitzat varis viatges d'oci, l'últim a Senegal fa 6 mesos abans de l'actual.

Procés actual

El pacient consulta al servei d'Urgències per febre de 6 dies, màxim 38,5°C que cedeix amb Paracetamol, coincidint amb la tornada d'un viatge de 3 setmanes a Tailàndia i Myanmar fa 7 dies. El dia anterior a l'aparició de febre explica cefalea frontal i sensació distèrmica, i amb l'aparició de febre també apareixen artromiàlgies generalitzades intenses, tos seca, conjuntivitis, nàusees i 2-3 deposicions diarreiques al dia sense productes patològics. Un dia abans de la consulta a urgències refereix aparició sobtada d'exantema a la cara i coll que evoluciona caudalment, incloent extremitats, palmells i plantes, amb lleu pruíja. Nega contacte amb animals, nens ni conductes sexuals de risc.

Exploració física

73kg de pes i 173 cm d'alçada. PA 110/60 mmHg, FC 88 bpm, FR 18 rpm, T° 37.8°C, SatO₂ 92% amb FiO₂ 0.21. Hemodinàmicament estable. Astènic, amb moderada afectació de l'estat general. Exantema eritematós papular

lleugerament confluent no descamatiu, de predomini a tronc superior i facial, amb afectació palmar i respectant cuir cabellut. Injecció conjuntival bilateral, no dolorosa. Palpació de dues adenopaties submandibulars dretes subcentimètriques, doloroses. Mucosa oral eritematosa, sense exsudats. Tons cardíacs rítmics, sense bufs audibles. Polsos perifèrics presents i simètrics. Eupneic, murmuri vesicular conservat, sense sorolls sobreafegits a la auscultació respiratòria. Abdomen tou i depressible, sense masses palpables, no dolorós. Percussió lumbar no dolorosa. Conscient i orientat, 15 punts a l'escala de Glasgow. Sense rigidesa nual.



Proves complementàries realitzades a urgències

- Analítica de sang: PCR 4.15mg/dL, Creatinina 1.36 mg/dL, ALT 163 UI/L, GGT 129 UI/L, Bilirubina total 0.3 mg/dL, FA 78 UI/L, Na⁺ 136 mEq/L, K⁺ 3.5 mEq/L, Hemoglobina 136 g/L, Plaquetes 119 · 10⁹/L, Leucòcits 4.12·10⁹/L amb 79% de neutròfils, T. de protrombina 85%.
- Radiografia de tòrax: índex cardioràdic <0.5. Sins costofrènics lliures. Sense condensacions. Marc ossi conservat.
- Electrocardiograma: 55 bpm, sense alteracions al PR, QRS ni ST.
- Altres proves: Hemocultius en dues extraccions negatius, Gota grossa negativa, Anticossos Anti-VEB negatius.

Diagnòstic diferencial a urgències

Ens trobem davant d'un pacient jove amb febre i afectació general de 6 dies d'evolució posteriors a un viatge i acompanyats d'un *rash*. Davant d'una afectació cutània i sistèmica d'aquest tipus el primer a descartar és un exantema d'origen víric, tals com Parvovirus B19, virus Epstein-Barr, virus d'hepatitis B, C i E (tenint en compte l'alteració del perfil hepàtic present), primoinfecció per VIH, rubèola i, donat l'antecedent del viatge, altres virus molt menys freqüents o absents al nostre país, com són Chikungunya, dengue i xarampió. Tot i estar presumptament ben vacunat, hem d'incloure al diagnòstic diferencial infeccions tals com xarampió, hepatitis B i rubèola ja que la immunitat vacunal no sempre és del 100% i en certs països encara hi són presents. Una altra possibilitat diagnòstica són infeccions bacterianes tals com Rickettsies, leptospire, escarlatina, febre tifoidal i febre Q aguda, que també són capaces de produir clínica multisistèmica acompanyada d'afectació cutània. Entre les opcions no infeccioses inclouríem al diagnòstic diferencial les erupcions medicamentoses, per la qual cosa sempre hem de revisar la medicació del pacient, i sobretot tenir en compte modificacions recents de la mateixa.

Com en tots els pacients que han viatjat recentment a països endèmics i han tornat amb un síndrome febril, a urgències hem de descartar la malària amb la realització d'una gota grossa. Si bé aquestes serien probablement les primeres opcions que inclouríem al diagnòstic diferencial d'aquest cas, a priori molt ampli, el fet d'haver realitzat una correcta anamnesis i exploració física ens dona dues pistes clau. La primera és l'afectació palmoplantar que presenta el pacient, que ens fa plantejar com opcions diagnòstiques una sífilis secundària, malaltia per mossegada de

rata, xarampió o infecció per Rickettsies. La segona, és la distribució i evolució de l'exantema, amb una distribució crani-caudal característica del xarampió o de l'exantema sobtat (aquesta última més característica de l'edat pediàtrica).

Evolució clínica i proves complementàries realitzades fora d'urgències:

A l'àrea d'urgències es va orientar com a febre exantemàtica probablement secundària a procés infecciós i a la espera de resultats de serologies, el pacient va ingressar a la sala d'hospitalització de malalties infeccioses. Donat l'antecedent del viatge, es van demanar diferents tècniques diagnòstiques per a descartar patologies causants de febres exantemàtiques provinents del Sud-est asiàtic (serologies per Dengue, *Leptospira*, Chikungunya i VHE; gota grossa per a paràsits intraeritrocitaris) i altres serologies no exclusives de zones tropicals però possibles causants (VIH, VHC, VHB, VEB, Xarampió, Parvovirus B19, *Coxiella* i *Rickettsia*). Tot i així, la clínica i el rash eren bastant característic d'un xarampió (aparició després de pròdroms febrils amb conjuntivitis, maculopàpules d'aparició craneocaudal amb afectació palmoplantar) i es va verificar dies després tant amb la IgM positiva per al virus del xarampió com per la detecció d'àcids nucleics de frotis faringoamigdalars mitjançant PCR (*polymerase chain reaction*). Totes les altres proves diagnòstiques van ésser negatives. En qüestió de 4 dies va normalitzar el perfil hepàtic i la febre va ser tractada amb paracetamol i va remetre en 3 dies. La clínica cutània ja va entrar en defervesència a l'arribada a la sala i va anar desapareixent. Tot i així, al llarg dels 3 dies següents el pacient mostrava una disminució progressiva de la saturació arterial d'oxigen que va requerir oxigenoteràpia amb mascareta amb una fracció d'oxigen inspirada de 0.4 saturant al 97%. Juntament amb la desaturació apareixien infiltrats intersticials reticulars bilaterals molt tènues a les radiografies de tòrax realitzades, tot i que el pacient no va referir clínica respiratòria en ningun moment. Es va cobrir amb antibioteràpia (Ceftriaxona i Doxiciclina), sense milloria de l'estat respiratori. Davant la sospita d'una pneumònia per xarampió com a complicació es va decidir traslladar a l'àrea de vigilància intensiva, on va passar tres dies i progressivament va recuperar la funció pulmonar i sense cap empitjorament ni complicació. A l'alta per part de l'àrea de vigilància intensiva el pacient presentava una saturació del 99% amb lentilles nasals, sense taquipnea i va passar 48h en observació a la sala d'hospitalització fins a ser donat d'alta donat el bon estat que presentava.

Diagnòstic final

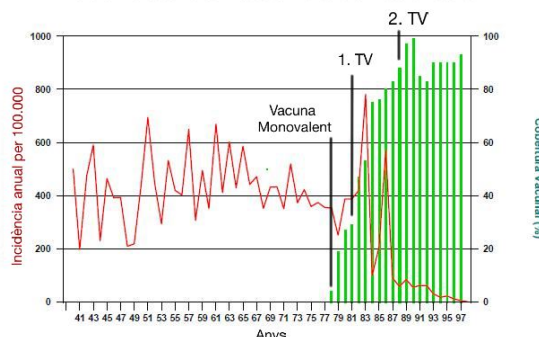
Xarampió en pacient adult

Discusió

El xarampió es una malaltia viral que acostumava a afectar a pacients pediàtrics i que des de fa 4 dècades ha vist disminuir la seva incidència gràcies a la vacunació sistemàtica dels infants (que va començar l'any 1978 com a vacuna única i l'any 1981 combinada amb la vacuna del virus de la parotiditis i de la rubèola; la triple vírica [TV]). La problemàtica del xarampió no és la pròpia malaltia sinó les complicacions potencials (des de la pneumònia viral o sobreinfectada fins a encefalitis agudes o cròniques amb pronòstic infaust), per lo que hi ha molta vigilància epidemiològica i un pla d'erradicació del xarampió a Catalunya des de l'any 1990. L'any 2014 la incidència va ser de 1.7 casos per 100.000 habitants essent la majoria importats, i durant els últims 20 anys els increments han sigut deguts a brots en petites comunitats. En el cas del pacient, estava vacunat presumptament però al ser un pacient nascut l'any 1984 és possible que formés part de la cohort en que s'aplicava una sola dosi de TV i la prevalença de pacients no seroconvertits en una dosi és del 2-5% (mentre que si s'aplica la segona dosi s'apropa al 0%). Per tant, és molt probable que encara estant ben

vacunat, formés part del 2-5% no seropositius i per tant pogués infectar-se per xarampió.

Xarampió. Espanya 1940 - 1998
Incidència anual i cobertura de vacunació



Bibliografia

- Mandell GL, Et al. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 8 ed. Philadelphia, Pennsylvania: Churchill Livingstone; 2015:
- Mensa, J. Et al; *Guia de terapèutica antimicrobiana 2015* (25 Ed.). Antares, Barcelona 2015.
- Programa d'eliminació del Xarampió a Catalunya. Informes anuals. Juliol 2015. Agència de Salut Pública de Catalunya. Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública.