

Malalties emergents de declaració obligatòria

Alba Sinfreu¹, Anna Roch², Adriana Marcela Rando², Laia Cases¹, Antònia Flor³, Dolors Garcia²

¹MEFs Medicina Familiar i Comunitària ICS, ²Servei d'Urgències, ³Servei Malalties Infeccioses. Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.

CORRESPONDÈNCIA

Nom de l'autor: Alba Sinfreu
 mail: albasinfreu@gmail.com

Lloc de treball: Althaia Xarxa Assistencial. Manresa

Data recepció: 12.10.2015

Data acceptació: 26.10.2015

Forma de citació: Sinfreu A, Roch A, Rando AM, Cases L, Flor A, Garcia D. *Malalties emergents de declaració obligatòria*. ReMUE.c@t 2016;3(1):12-14

Available at http://webs.academia.cat/revistes_elect/view_document.php?tpd=2&i=5130

Motiu de consulta

Dona de 55 anys que consulta per febre de fins a 39°C durant un viatge per Europa, i malestar general acompanyat d'artràlgies.

Antecedents personals

Natural del Marroc. Viu a Catalunya des de fa anys amb la resta de la seva família, excepte el marit que viu al Marroc (ve de forma freqüent a veure-la). No té fills.

No hàbits tòxics. Al·lèrgia a la buscapina. Asma estable sense tractament. No tractament habitual.

Malaltia actual

Pacient de 55 anys que el 15 de setembre inicia un viatge a Alemanya i Bèlgica. Al cap de 5 dies d'iniciar el viatge, i estant a Bèlgica, presenta malestar general i febre elevada, que controla adequadament amb antitèrmics, sense alteracions del ritme deposicional ni altra clínica associada. El vuitè dia de viatge se'n va al Marroc on persisteix amb la simptomatologia, pel que el dia 4/10, quan arriba a Catalunya, consulta el servei d'urgències.

Exploració física

TA 130/82 mmHg, fc 104x', SatO₂ 97%, temp 39°C. AC: tons rítmics sense bufs ni frecs. Llengua saburrall. AR: hipoventilació generalitzada, taquipnea i sibilàncies disperses. ABD: tou, depressible, no dolorós a la palpació.

No es palpen masses ni megàlies. PPLB-. NRL: G 15. Parells cranials normals. No alteracions de la sensibilitat ni dismetries. No alteracions de la coordinació. EE: no edemes. Polsos perifèrics presents i simètrics. Eritema malar sense altres erupcions ni lesions cutànies.

Proves complementàries realitzades a urgències

Analítica: Hb 14 g/dL, leucòcits 5600 (N 60.6%, L 28.2%, M 10.4%, E 0%,), plaquetes 171000, INR 1.2, glucosa 106 mg/dL, creat 0'78 mg/dL, FG 85.85 mL/min, sodi 134 mmol/L, K 4.1 mmol/L, clorur 98 mmol/L, Br total 0'61 mg/dL, GOT 47 U/L, amilasa 74 U/L, PCR 86.2 mg/L

Rx tòrax: ICT normal. Sins costofrènics lliures. No imatges de condensacions.

HC x 2: pendants de resultat. Cultiu esput: pendent de resultat. Antígens en orina per legionella i pneumococ negatius. Sediment urinari: leucòcits 1-5 per camp, hematies 1-5 per camp.

Equilibri venós: ph 7.47, pco₂ 39, po₂ 45, HCO₃ 28.4, lactat 0'9.

Diagnòstic diferencial a urgències

Febre de 14 dies en marroquina. Causes de FOD: -Si considerem predomini símptomes respiratoris: Grip (totes les varietats) i infeccions per gèrmens atípics (Chlamydiae, Mycoplasma, Legionella, Coxiella burnetti).

-Si predomini símptomes abdominals: apendicitis, colecistitis, abscess hepàtic microbià o amebià, diverticulitis o coleccions intrabdominals.

-Si FOD sense focalitat: Endocarditis, ricketsiosi, TBC, brucelosi, infeccions virals per CMV, Epstein Barr, HIV, complicacions de strongiloidosis.

- Causes no infeccioses de FOD com: malalties limfoproliferatives, malaltia inflammatòria intestinal, vasculitis per LES, PAN, Horton.

Evolució clínica i proves complementàries realitzades fora d'urgències

La pacient ingressa a la unitat d'observació del servei d'urgències, iniciant-se tractament amb quinolones, corticoides i broncodilatadors amb la sospita d'infecció respiratòria i broncoespasme. No presenta alteracions digestives però sí persisteix la semiologia respiratòria, que millora amb el tractament. Als dos dies d'ingrés s'obté la tinció de gram del primer hemocultiu, observant creixement de BGN, pel que s'inicia cobertura amb cefalosporines. Posteriorment, s'obté el resultat de l'hemocultiu + *Salmonella typhi* sensible a fluoroquinolones, penicil·lines, cefalosporines i trimetoprim- sulfametoxazol. Al cultiu d'esput s'aïlla flora comensal.

S'estableix el diagnòstic de febre per salmonella typhi, es manté el tractament amb ciprofloxacino, i s'avisava al servei d'infeccioses i epidemiologia. La pacient té bona evolució: afebril i sense complicacions. Es decideix alta, amb tractament oral de ciprofloxacino 750 mg/12 h durant 15 dies i seguir en CCEE d'infeccioses.

Diagnòstic final

Febre per salmonella typhi en pacient immunocompetent.

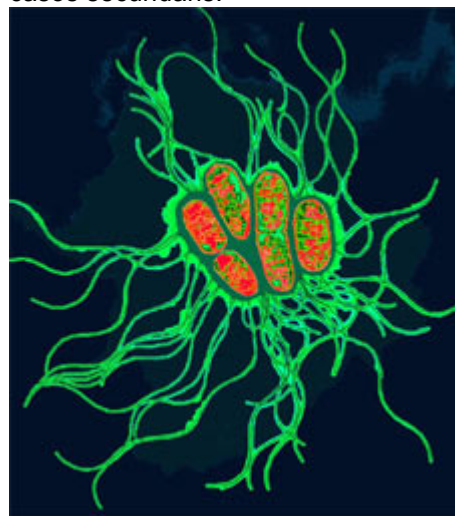
Discussió

Dins la *Salmonella* distingim les gastroenterítiques i les tifoparatífiques: *S typhi* i paratyphi A, B i C, causants de febre entèrica i procedents de portadors humans, contaminant aigua o aliments. Pensem que el cas és interessant per reflexionar sobre diferents aspectes. La millora de mesures sociosanitàries ha fet de la febre tifoidea un diagnòstic excepcional. A Catalunya hi ha hagut una incidència de 26 i 15 casos/100000 habitants el 2013 i 2014, respectivament. Els casos detectats procediran sobretot de viatgers a zones endèmiques.

L'interès d'aquest cas rau en la possibilitat que es tracti d'un cas de febre tifoidea autòctona. El període d'incubació és de 3-60 dies. El 10% dels no tractats excretaran *S typhi* 3 mesos, però portadors asimptomàtics crònics (2-5% d' infectats, sobretot dones amb patologia biliar i aclorhídria) poden eliminar-ne durant anys. S'ha descrit la transmissió sexual entre homes.

Si bé és cert que la pacient va iniciar febre mentre era a Europa, és possible que s'infectés per *S typhi* a Catalunya. Per això plantejem 3 hipòtesis: 1) pacient portadora crònica que debuta amb una forma aguda (després de l' infecció, l' immunitat específica no protegirà de l'ingesta de gran quantitat de microorganisme) o 2) infecció per contacte de portador crònic, pendent de detectar, o 3) cas real autòcton a Catalunya.

La gravetat de l'infecció dependrà de l' hoste, el gèrm i l'evolució. A partir de la 2^a-3^a setmana sense tractament poden aparèixer complicacions. Un cop més, l' important és l'adequada anamnesi i història clínica. A urgències, el plantejament serà el de febre perllongada i caldrà realitzar hemocultius, urocultiu i cultius de focalitats (coprocultius i cultiu esput). La sensibilitat dels hemocultius per *S typhi* és del 90% la 1^a setmana d'infecció, però disminueix al 50%. Amb el coprocultiu i l'urocultiu passa a l'inrevés. La serologia de *S typhi* té fallides en sensibilitat i especificitat. Les quinolones (ciprofloxacino) 500 mg/12 h 10 dies són d'elecció, i l' alternativa; trimetoprim-sulfametoxazol. Si hi ha complicacions encefàliques, afegirem cortisona. Si el serotip és resistent a quinolones, utilitzarem ceftriaxona: 2 g/dia ev 14 dies o cefixima (al sud-est asiàtic es detecten multi resistències). Finalment, remarcar la importància d' aïllament entèric, declaració obligatòria i seguiment en servei d'infeccioses/epidemiologia per aturar un brot autòcton, detectar i tractar portadors i evitar casos secundaris.





Bibliografia

1. A. Cabello et al. Fiebre entérica en Madrid. Una revisión de los últimos 30 años. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*. 2013; 31 (5): 313-315.
2. Butlletí Epidemiològic de Catalunya. Volum XXXVI. Maig 2015. Num 5.
3. Khalifa Sifaw Ghenghesh, et al. Enteric fever in Mediterranean North Africa. *J Infect Dev Ctries* 2009 ; 3(10):753-761.
4. Michael D Owens, et al. *Salmonella Infection in Emergency Medicine*. 2014. Update 20/07/15.
5. Typhoid infection. *BMJ Best Practice*. 2014.