

Fiebre y artralgias en viajero: virus de Chikungunya

A. Beisti Ortego, A. Vicente Gabás, C. Cristóbal Navas, M. T. Jiménez Buñuales,
M. T. Llorente Cereza, M. Lamata Subero

Fundación Hospital Calahorra. Calahorra (La Rioja)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2014; 44: 44-46]

RESUMEN

Antecedentes: La fiebre Chikungunya es una enfermedad vírica transmitida por mosquitos, endémica en países del Caribe y que se caracteriza por la aparición de fiebre, conjuntivitis y artralgias. *Descripción del caso clínico:* Presentamos el caso de dos hermanos de 8 y 12 años con fiebre y artralgias, llegados a España tres días antes desde República Dominicana, con antecedente de picadura de insecto en dicho país. El estudio mediante PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa) para virus de Chikungunya resultó positivo en ambos casos, siendo tratados con anti-térmicos y reposo con evolución favorable. *Conclusiones:* El desarrollo de alertas epidemiológicas llevado a cabo en nuestra comunidad resultó fundamental en la identificación y control de la infección.

PALABRAS CLAVE

Chikungunya, artralgia, viajero, vigilancia.

Fever and arthralgias in a returning traveler: Chikungunya virus infection

ABSTRACT

Background: Chikungunya is a viral disease transmitted by mosquitoes, endemic in Caribbean countries. It is characterized by the onset of fever, conjunctivitis and arthralgia. *Description of the case:* We report two siblings aged 8 and 12 years with fever and arthralgia, arrived in Spain three days before from Dominican Republic, with a history of insect sting in that country. The Chikungunya PCR investigation (Polymerase chain reaction) was positive in both cases and they were treated with antipyretics and rest showing a good clinical evolution. *Conclusions:* The development of epidemiological alerts conducted in our community was a key fact in the identification and control of the disease.

KEY WORDS

Chikungunya, arthralgia, returning traveller, surveillance.

Correspondencia: Anunciación Beisti Ortego

José M.ª Contín, n.º 41. 50100 La Almunia de Doña Godina (Zaragoza)

e-mail: abeistiortego@gmail.com

Recibido: agosto de 2014. Aceptado: agosto de 2014

INTRODUCCIÓN

La fiebre Chikungunya es una enfermedad vírica transmitida por mosquitos que se caracteriza por la aparición repentina de fiebre, escalofríos, cefalalgia, anorexia, conjuntivitis, lumbalgia y/o artralgias graves (OPS 2011).

El primer brote epidémico se describió en 1952 en Tanzania. A partir de los años cincuenta se han identificado varios brotes epidémicos en zonas de Asia y en África, donde la enfermedad es endémica. El virus Chikungunya en Europa no es endémico; sin embargo, existen vectores competentes en España, otros países mediterráneos, Alemania, Países Bajos e Isla de Madeira, por lo que la introducción del virus a partir de casos importados en casi todos los países de la región europea podría causar una transmisión local⁽¹⁾. En diciembre de 2013 se detectó por primera vez la transmisión autóctona del virus Chikungunya en la Región de las Américas⁽²⁾. Actualmente, se han notificado a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) más de 130.000 casos^(3,4), encontrando transmisión en la mayoría de los países del Caribe⁽⁵⁾.

CASO CLÍNICO

Niño de 8 años, previamente sano, que consulta en Urgencias por cuadro febril de unas horas de evolución asociado a artralgias en ambos tobillos que incapacita la marcha y que mejora parcialmente con ibuprofeno. Como antecedentes de interés, niegan traumatismo, pero sí refieren que hasta hace 3 días había estado en la República Dominicana, donde 10 días antes había sido picado por un insecto.

En la exploración física llama la atención un exantema eritematoso-macular en facies y tronco que blanquea a la digitopresión así como una picadura en resolución en región retroauricular izquierda. A nivel musculoesquelético no se objetivan signos inflamatorios articulares ni de partes blandas y tampoco limitación a la movilización activa o pasiva de tobillos, rodillas ni caderas; a la palpación refiere dolor leve en cara medial de la región tarsal del pie derecho y en el quinto dedo izquierdo de manera selectiva. El resto de la exploración es compatible con la normalidad.

Dada la ausencia de otro foco en la exploración y ante el conocimiento de un brote endémico de Chikungunya en la República Dominicana, gracias a la alerta divulgada por el Servicio de Epidemiología a través de la Unidad de Medicina Preventiva de nuestro hospital, se decide extracción de analítica para el despistaje de esta infección (sangre completa con EDTA y suero). La analítica de

urgencias mostró un hemograma normal y una proteína C reactiva negativa.

Cuatro días después, consulta su hermano de 12 años de edad por fiebre de hasta 40 °C desde hace 12 horas y artralgias en las cuatro extremidades (muñecas, codos, tobillos y rodillas). En la exploración se objetivan múltiples picaduras en piernas en distintos estadios evolutivos; la movilidad articular está conservada y no presenta signos inflamatorios, únicamente aqueja dolor a la palpación en sendos tobillos. Igualmente se extrae un hemograma que resulta anodino y una proteína C reactiva de 1,45 mg/dL.

Ambos pacientes fueron dados de alta con ibuprofeno oral como antitérmico y reposo relativo, evolucionando favorablemente con desaparición de la fiebre y el dolor en un plazo de 48-72 horas desde su inicio.

Las muestras recogidas para despistaje de la enfermedad por el virus Chikungunya se enviaron al Laboratorio del Hospital San Pedro (hospital de referencia de La Rioja) donde se realizó una PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa) preliminar con resultado positivo y desde donde se enviaron las muestras al Centro Nacional de Microbiología (Instituto de Salud Carlos III) para su estudio y confirmación, resultando la PCR viral positiva para los dos casos y la IgM negativa en el primero. En el segundo caso, al tratarse de un hermano del caso conocido, solamente se realizó PCR.

DISCUSIÓN

A pesar de que el virus Chikungunya fue originalmente descubierto en el oeste de África, desde 2004 se ha registrado su propagación a otros continentes, principalmente Asia, existiendo además un progresivo aumento de casos en viajeros procedentes de áreas donde el mosquito es endémico⁽⁶⁾ y registrándose casos autóctonos en áreas inicialmente no endémicas⁽⁷⁾. En diciembre de 2013 se localizó el mosquito en la región del Caribe y desde entonces se ha documentado su presencia en 17 países del Caribe y América del Sur⁽⁸⁾, incluyendo República Dominicana, lugar de procedencia de nuestros pacientes.

Su transmisión precisa de la presencia de un vector compatible, siendo los mosquitos del género *Ae. aegypti* y *Ae. albopictus* los más ampliamente relacionados, aunque se ha atribuido la capacidad de transmisión a otros géneros, lo cual haría posible su transmisión en regiones sin casos previos registrados⁽⁹⁾.

El periodo de incubación desde la infección a la aparición de síntomas es de 1 a 4 días⁽¹⁰⁾ con un rango de 1 a 14 días. En nuestros casos, el tiempo transcurrido desde

la picadura en el lugar considerado endémico del virus Chikungunya (República Dominicana) hasta la aparición de la sintomatología fue de 7 a 10 días, apoyando así el origen importado de la infección.

Acorde a la clínica objetivada en los casos descritos, es típica la aparición de fiebre elevada que puede llegar hasta 40 °C de 3 a 5 días de duración. Las artralgias suelen aparecer al segundo día del inicio de la fiebre y es común la afectación poliarticular⁽¹¹⁾, sobre todo a nivel distal de articulaciones. Las articulaciones de extremidades inferiores y en concreto los tobillos (41-68% casos) fueron las afectadas en ambos casos descritos; sin embargo, en la exploración no se objetivó edema ni inflamación, signos frecuentemente presentes en la bibliografía (42-95% de los casos según series)⁽¹¹⁾. La afectación simétrica, descrita en el 64-73% de los casos, se encontraba también presente. Asimismo, en el primer caso observamos exantema maculopapular rosado, signo que aparece en el 40-75% de los pacientes⁽¹²⁾. La cefalea, mialgia o los síntomas gastrointestinales son otros síntomas que pueden aparecer de manera menos frecuente, no encontrándose en nuestros pacientes. Ninguno desarrolló afectación reumatológica persistente ni otras complicaciones.

Es importante realizar un diagnóstico diferencial con otras infecciones tropicales endémicas del país de procedencia, principalmente el Dengue en el caso de la República Dominicana, que, a diferencia del virus Chikungunya, se manifiesta típicamente con trombopenia, siendo rara la afectación articular. En nuestro medio se deberá pensar en la posibilidad de infección por otros virus de incidencia más frecuente, como el virus Epstein-Barr o la rubeola.

El diagnóstico de la enfermedad se puede realizar mediante serología y técnicas moleculares (PCR)⁽¹³⁾. En los primeros 7 días de la enfermedad desde la aparición de los síntomas se realizan ensayos de PCR y serología de anticuerpos IgM. A partir de la semana de inicio de los síntomas se realizan ensayos de detección de anticuerpos IgG y IgM, ya que la PCR solamente es positiva los primeros 5 días. La obtención de muestras en nuestros casos fue tan precoz que solo pudo detectarse el RNA viral.

El tratamiento recomendado, tal como se procedió en ambos casos, es sintomático, no habiéndose demostrado ningún fármaco antiviral útil en el control y disminución de complicaciones de esta enfermedad, encontrándose actualmente en investigación la terapia con anticuerpos monoclonales⁽¹⁴⁾ y el desarrollo de una vacuna eficaz⁽¹⁵⁾.

No obstante, la prevención de su picadura y el diagnóstico temprano mediante la educación de la población

en regiones endémicas y viajeros a ellas, así como su diagnóstico temprano gracias al desarrollo de alertas epidemiológicas en zonas no endémicas como en nuestro caso, resultan fundamentales para una mejor identificación y control de la infección.

BIBLIOGRAFÍA

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Fiebre por chikungunya, información para profesionales sanitarios. Disponible en: <http://www.cdc.gov/chikungunya/>.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Disponible en: <http://www.cdc.gov/chikungunya/>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Preparación y Respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en las Américas. 2011. Washington, D.C.: OPS.
4. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9053&Itemid=39843&lang=es.
5. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES). Alertas en Salud Pública de actualidad. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/alertActu.htm>
6. Enserink M. Infectious diseases. Chikungunya: no longer a third world disease. *Science* 2007; 318: 1860.
7. Rezza G, Nicoletti L, Angelini R, et al. Infection with chikungunya virus in Italy: an outbreak in a temperate region. *Lancet* 2007; 370: 1840.
8. Fischer M, Staples JE. Arboviral Diseases Branch, National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases, CDC. Notes from the field: chikungunya virus spreads in the Americas -Caribbean and South America, 2013-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2014; 63: 500.
9. Reiskind MH, Pesko K, Westbrook CJ, Mores CN. Susceptibility of Florida mosquitoes to infection with chikungunya virus. *Am J Trop Med Hyg* 2008; 78: 422.
10. Burt FJ, Rolph MS, Rulli NE, et al. Chikungunya: a re-emerging virus. *Lancet* 2012; 379: 662.
11. Hochedez P, Jaureguiberry S, Debruyne M, et al. Chikungunya infection in travelers. *Emerg Infect Dis* 2006; 12: 1565.
12. Taubitz W, Cramer JP, Kapaun A, et al. Chikungunya fever in travelers: clinical presentation and course. *Clin Infect Dis* 2007; 45: e1.
13. Lakshmi V, Neeraja M, Subbalaxmi MV, et al. Clinical features and molecular diagnosis of Chikungunya fever from South India. *Clin Infect Dis* 2008; 46: 1436.
14. Fric J, Bertin-Maghit S, Wang CI, et al. Use of human monoclonal antibodies to treat Chikungunya virus infection. *J Infect Dis* 2013; 207: 319.
15. Roy CJ, Adams AP, Wang E, et al. Chikungunya vaccine candidate is highly attenuated and protects nonhuman primates against telemetrically monitored disease following a single dose. *J Infect Dis* 2014; 209: 1891.