

Manifestación inusual de Fiebre Tifoidea

Presentación de un caso y revisión de literatura

Unusual manifestation of Typhoid Fever

Case presentation and review

Merly Hernández*, Luisa Lemus*, Efraín Bu Figueroa†

RESUMEN. Presentamos el caso de un paciente masculino de 16 años de edad, con historia de fiebre no cuantificada con escalofríos y diaforesis de 1 semana de evolución; 4 días de presentar alteración del estado de conciencia, caracterizado por habla incoherente, desorientación en tiempo y espacio con períodos de mutismo, además 2 días de evacuaciones diarreicas tres veces al día amarillas, fétidas sin moco ni sangre. Se realizó hemocultivo donde se aisló *Salmonella entérica* serotipo typhi, por lo que se manejó con Ceftriaxone por 7 días con evolución satisfactoria. Se destacan las manifestaciones clínicas neurológicas con las que debutó este caso.

Palabras clave: Fiebre. Fiebre tifoidea. Salmonella.

SUMMARY. We report a sixteen years old male patient with a history of fever, chills and diaphoresis of one week duration and four days of altered mental status characterized by incoherent talk, disorientation and mutism; in addition 3 days of fetid non bloody non mucous diarrhea. Blood cultures were positive for *Salmonella enterica* serotype typhi. The patient was

treated with Ceftriaxone for 7 days and did well. We remark the neurological clinical findings as an initial manifestation of a common disease.

Key words: Fever. Typhoid fever. Salmonella.

INTRODUCCIÓN

La fiebre tifoidea es una infección sistémica, es causa importante de muerte donde las condiciones higiénicas son deplorables. Anualmente la incidencia es de 198 por 100,000 en Vietnam, y 980 por 100,000 en India. Se estima que en el mundo ocurren 16 millones de casos nuevos de fiebre tifoidea, con 600,000 muertes anuales. La fiebre tifoidea usualmente se contrae por la ingestión de agua y alimentos contaminados y se excreta a través de la vía urinaria y fecal. Casos esporádicos ocurren a través de viajes a regiones endémicas, contactos con portadores crónicos y condiciones higiénicas inadecuadas.

La introducción del Cloramfenicol en 1948 transformó esta enfermedad de severa a una condición tratable; la resistencia al Cloramfenicol y otros antimicrobianos ha sido un obstáculo en su manejo.

Las complicaciones ocurren en 10 - 15 % de los pacientes siendo una de ellas las neurológicas que fueron

* Médicos residentes del Postgrado de Medicina Interna, Hospital-Escuela

† Internista Infectólogo. Departamento de Medicina Interna del Hospital Escuela. Profesor de Medicina Facultad de Ciencias Medicas UNAH.

Dirigir correspondencia a: Dr. Efraín Bu. Correo electrónico: efrabu@yahoo.com

las que presentó el caso que estamos informando en este artículo. Dichas manifestaciones neurológicas se caracterizan por alteración del estado de conciencia, obnubilación y estupor. Esta forma de presentación de la tifoidea es rara en Honduras pero descrita frecuentemente en el sureste de Asia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 16 años de edad, procedente de la colonia Villa Cristina, Departamento de Francisco Morazán; con historia de fiebre no cuantificada de una semana de evolución, acompañada de escalofríos y diaforesis, continua, sin atenuantes. De cuatro días de evolución, se agrega alteración del estado de conciencia caracterizado por desorientación en tiempo y espacio, habla incoherente y períodos de mutismo.

Dos días antes del ingreso, comenzó a presentar evacuaciones diarreas amarillas, fétidas, sin moco ni sangre. Como antecedente epidemiológico de importancia se refiere la ingesta de agua no potable y raramente lavado de las manos antes de comer.

El examen físico evidenció a un paciente agudamente enfermo, desorientado, con palidez generalizada, con temperatura de 37,9°C, presión arterial de 110/70, pulso de 120 por minuto, frecuencia cardiaca de 120 por minuto; un Glasgow 14/15 con rigidez del cuello, sus mucosas estaban secas, se auscultó soplo sistólico en el foco pulmonar grado II/VI.

El hemograma al ingreso mostró leucopenia y trombocitopenia; electrolitos y pruebas de funcionamiento renal estaban normales. La citoquímica del líquido cefalorraquídeo (LCR) mostró: células 0, glucosa 50, proteínas 97. El electrocardiograma y la tomografía axial computarizada cerebral fueron normales.

Se realizó ecocardiograma que fue normal. A los 7 días hospitalarios el hemocultivo tomado a su ingreso fue informado positivo para *Salmonella typhi*. Al momento de su ingreso se instaló tratamiento con ceftriaxona y penicilina cristalina por la sospecha de infección en el sistema nervioso central, posteriormente se cambió a ampicilina para extender cobertura sobre gérmenes que

afectan el SNC. En el transcurso de los siguientes días el paciente mostró buena evolución intrahospitalaria, recuperando su estado de conciencia y cesando las evacuaciones diarreas.

El paciente estuvo hospitalizado por una semana; egresó con tratamiento oral a base de ciprofloxacina por 7 días más, remitiéndose a consulta externa para su seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN

Aunque no se cuentan con cifras precisas sobre la incidencia de tifoidea bacteriológicamente documentada en Honduras, el problema podría ser de magnitud importante en virtud de las pésimas condiciones sanitarias en que vive la mayoría de nuestra población. Posiblemente muchos casos de tifoidea en el medio hondureño pase desapercibida dado la marcada tendencia de la población a automedicarse con antibióticos al presentar cualquier tipo de cuadro febril, uno de los antimicrobianos más usados es la ampicilina y más recientemente la amoxicilina, sin excluir el uso generalizado que en los últimos años han tenido los compuestos a base de sulfas. Ambos medicamentos son aun activos contra cepas de *Salmonella*. Lo anterior puede dar lugar a variaciones en la evolución natural del cuadro clínico de la infección que pudiera contribuir a que los médicos en atención primaria no la detecten tan fácilmente. Si en condiciones normales la enfermedad no es fácilmente sospechada -debido a que la misma se inicia predominantemente con fiebre prolongada con escasa o ninguna otra manifestación- no digamos cuando el cuadro es enmascarado debido a tratamiento parcial con antibióticos que tienen algún grado de actividad contra la mencionada bacteria. Lo anterior también da lugar a estado de portador crónico, recaídas y resistencia del germen a los antibióticos convencionales.

En el caso que aquí discutimos destacamos las manifestaciones neurológicas con que se presentó este cuadro, poco común en estas latitudes, pero frecuente en otros sitios como en el sureste de Asia donde la tifoidea severa en adultos y niños se presenta con delirio, obnubilación, estupor, convulsiones y coma asociado a choque con alta mortalidad.¹⁻³

Antes de la era de los antibióticos la tasa de mortalidad por fiebre tifoidea era del 15%. La introducción en 1948 del Cloramfenicol,⁴ redujo la mortalidad al 1% siendo el tratamiento de elección, hasta los años 70s, cuando apareció la resistencia asociada a plásmidos. En 1989 surgió la *S. typhi* resistente a múltiples fármacos (cloramfenicol, ampicilina, trimetoprim y tetraciclinas).

En 1994 el 12% de las cepas de *S. typhi* en Estados Unidos era resistente a múltiples fármacos. Por esto se recomienda actualmente el uso de quinolonas y cefalosporinas de tercera generación.

En los casos de fiebre tifoidea severa se aconseja el tratamiento con Fluoroquinolonas por 10 a 14 días.⁵ Sin embargo en 1993 se relacionó un brote de infecciones por *Salmonella* resistente al ácido nalidíxico, producido en Vietnam por mutaciones cromosómicas en el gen que codificaba la girasa del ADN. También esta resistencia se aisló en la India. Estudios realizados en Honduras recientemente, particularmente en los Hospitales públicos de la capital Tegucigalpa, demuestran que la *S. typhi* tiene una sensibilidad del 100% a cefalosporinas de tercera generación y a ciprofloxacina.⁶

Según estudios realizados por Hoffman y colaboradores, en pacientes con fiebre tifoidea severa el uso de dexametasona a 3mg/kg dosis inicial, luego 1mg/kg por 6 dosis, redujo la mortalidad de 55.6% a 10% en los 38 pacientes estudiados.²

Los estados de portador crónico ocurren en 1-4% de los pacientes, pueden seguir el tratamiento con el antibiótico adecuado (ciprofloxacina) por 6 semanas.

Actualmente se dispone de vacunas con microorganismos completos termodestruidos y con extracción en fenol Ty21 que es atenuada (4 dosis vía oral)³. La vacunación solo esta recomendada en contactos íntimos o familiares de portador crónico y personal de laboratorio que trabaja frecuente con *Salmonella*.

REFERENCIAS

- 1) Butler T, Islam A, Kabir I, Jones PK. Patterns of morbidity and mortality in typhoid fever dependent on age and gender: a review of 552 hospitalized patients with diarrhea. *Rev. Infect Dis* 1991; 13:85-90.
- 2) Hoffman SL, Punjabi NH, Kumala S, et al. Reduction of mortality in chloramphenicol-treated severe typhoid fever by high-dose dexamethasone. *N Engl J Med* 1984;310:82-8.
- 3) Rogerson SJ, Spooner VJ, Smith TA, Richens J. Hydrocortisone in chloramphenicol-treated severe typhoid fever in Papua New Guinea. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1991; 85:113-6.
- 4) Woodward TE, Smadel JE, Ley HL Jr, Green T, Mankikar DS. Preliminary report on the beneficial effect of chloromycetin in the treatment of typhoid fever. *Ann Intern Med* 1948;29:131-4.
- 5) Christopher M. Parry, M.B. Tran Tinh Hien, M. D. Gordon Dougan. Ph. D. Nicholas J. White, M.D. Typhoid Fever. *New Engl J Med* 2002; 347:1770-1780.
- 6) Mercadal N., Palou E., Resistencia bacteriana y confiabilidad de los laboratorios en tres hospitales de referencia nacional en Tegucigalpa. *Rev.Med Post. UNAH*, en prensa.

LO QUE EN LA JUVENTUD SE APRENDE, TODA LA VIDA DURA.

SI TENIENDO OCASION NO TE APROVECHAS POR FALTA DE ANIMO, NO
TE LAMENTES DESPUES DE PASADA.

FRANCISCO QUEVEDO