



A-68. - FIEBRE BOTONOSA: REVISIÓN DE CASOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

N. Rebollo Aparicio¹, O. Vázquez Gómez¹, F. López Fabal², J. Ruiz Galiana¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Microbiología. Hospital Universitario de Móstoles. Móstoles (Madrid).

Resumen

Objetivos: Conocer el número de casos de fiebre botonosa sospechados y diagnosticados por seroconversión en los últimos 5 años en un hospital de carácter urbano y analizar sus características clínicas, analíticas y serológicas.

Métodos: Estudio retrospectivo usando las historias clínicas de aquellos pacientes con diagnóstico recogido de fiebre botonosa entre los años 2008-2012. Establecemos el diagnóstico clínico en base a la presencia de: fiebre, mancha negra ('tache noire'), rash maculopapular y adenopatías. Entre los datos de laboratorio valoramos: hemograma, perfil hepático, y reactantes de fase aguda. Hacemos el estudio de seroconversión por medio de la técnica de ELISA con reactivo para R. conorii, haciendo la determinación en dos muestras de suero en paralelo separadas por 2-3 semanas.

Resultados: Se analizaron un total de 69 pacientes, de los que, 58 (84,06%) presentaban clínica compatible y 31 (44,93%) tenían antecedentes epidemiológicos compatibles. Analíticamente destacó que 65 pacientes (94,20%) tenían leucotrombopenia y 60 (86,96%), elevación de transaminasas. Cincuenta y ocho pacientes (84,06%) fueron tratados con doxiciclina, con excelente respuesta en todos ellos (100%). Existe confirmación serológica en 19 pacientes (27,54%); 17 (89,47%) presentaban clínica compatible, y 2 (10,53%) manifestaciones menos específicas (sudoración, malestar, fiebre, cefalea). Cincuenta (72,46%) no presentaron seroconversión, aunque 17 de ellos (34%) presentaban la triada clásica (mancha negra, fiebre y rash). De entre los confirmados, la clínica más frecuente fue la triada, presente en 16 pacientes (84,21%). Doce (63,16%) pertenecen al género masculino, y 7 (36,84%) al femenino; la edad media fue de 50,36 años (rango 3-75). Analizando los factores predisponentes: la estancia en medio rural está presente en 8 casos (42,11%), la caza, en 4 (21,1%) y el contacto con animales, en 7 (36,84%). Reciben tratamiento con doxiciclina 16 pacientes (84,21%) con excelente respuesta; los 3 restantes (15,79%) recibieron otro tipo de tratamiento (levofloxacino, ceftriaxona y amoxicilina-clavulánico), 2 pacientes (10,53%) con buena evolución y 1 (5,26%), que fallece.

Discusión: Destaca, en un ámbito urbano una elevada prevalencia de casos compatibles con antecedentes epidemiológicos congruentes, pero, al compararlo con la literatura, la tasa de seroconversión es baja, donde la técnica de ELISA presenta una sensibilidad (85%) y especificidad (100%). Probablemente se deba, en parte, a que el tiempo pasado entre las dos determinaciones sea insuficiente, sugiriendo algunos artículos repetir la determinación pasado dos meses, lo que puede aumentar su sensibilidad. Además existe la posibilidad de otras rickettsiosis con clínica similar que

no se determinan con nuestra técnica, y que la técnica de ELISA tiene una sensibilidad algo menor que la inmunofluorescencia. Destaca que al ser el diagnóstico serológico un diagnóstico retrospectivo, con la sospecha clínica se inició tratamiento idóneo con muy buena evolución, confirmándose la importancia de establecer el tratamiento de forma empírica cuando la clínica es altamente sugestiva.

Conclusiones: El diagnóstico clínico es relativamente fácil al encontrarse las manifestaciones clásicas y los antecedentes epidemiológicos compatibles, en un elevado porcentaje de pacientes, siendo esto útil para refrendar este diagnóstico previo a su comprobación serológica. Ante el diagnóstico de sospecha se debería empezar tratamiento con doxiciclina, o bien quinolonas, debido a la buena respuesta y la baja tasa de complicaciones tras el inicio precoz del mismo. El diagnóstico serológico debe tener en cuenta la sensibilidad y especificidad del tipo de estudio que realiza cada centro, valorando la posibilidad de repetir una determinación tardía serológica (al 2º mes), si este ha sido negativo y la sospecha clínica, elevada.