Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):401

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-030 - CHIKUNGUNYA, ENFERMEDAD QUE CRUZA FRONTERAS DESDE AMÉRICA A ASTURIAS. SERIE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

E.G. Carús[1], A.M. Zapico[1], C.R. Lucas[2], J. Rugeles[1], S. Suárez Díaz[1], M. Rodríguez Pérez[2], M. de Oña[2], A. Rodríguez Guardado[1]

[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

Resumen

Objetivos: Descripción, seguimiento, evolución y tratamiento de la fiebre por Chicungunya como enfermedad importada.

Métodos: Estudio retrospectivo realizado sobre todos los paciente diagnosticados de infección por virus del Chikungunya en la Unidad de Enfermedades Tropicales de Medicina Interna del Hospital Universitario Central de Asturias, entre julio de 2014 y Abril de 2015. Se definió como caso confirmado aquel paciente que presentaba una detección de anticuerpos contra el virus de Chikungunya IgM o presencia de RNA del virus determinado por PCR. En todos ellos se realizó un cuestionario clínico epidemiológico.

Resultados: Se confirmaron 14 casos de Chicungunya en nuestro hospital, con predominio femenino (N = 9; 64%) y una media de edad de 41.5 años. En todos los casos se recogió el antecedente de viaje siendo los países más frecuentes Puerto Rico (N = 5; 42%), Colombia (N = 3; 21%), República Dominicana (N = 1; 7%), Costa Rica (N = 1; 7%), Filipinas (N = 1; 7%), Antillas Francesas (N = 1; 7%), India (N = 1; 7%) y Tailandia (N = 1; 7%). Clínicamente el síntoma más frecuentemente recogido era la fiebre (N = 10; 71%), seguida de las manifestaciones articulares en forma de artralgias (N = 11; 78%) más frecuentes en muñecas y tobillos que aparecían una media de 20 días después de la fiebre. En cuatro casos se produjeron signos de poliartritis (N = 4; 29%), de pequeñas articulaciones. La duración media del cuadro articular fue de 9.57 semanas. Otras manifestaciones incluían rash (N = 6; 43%), dolor abdominal y vómitos (N = 4; 29%). El tratamiento se basó en analgesia, AINES y paracetamol, precisando en 4 casos (29%) administración de corticoide, fundamentalmente prednisona, a dosis media de 10 mg durante 14-21 días. 10 de los pacientes presentaban al momento del diagnóstico IgM e IgG positivas (71%), 4 de los cuales presentaban carga viral; 1 paciente Ig G positiva con carga viral, y 3 presentaban carga viral detectada por RT-PCR (36%) sin datos serológicos.

Discusión: En nuestra serie como en el resto de series el diagnóstico fue fundamentalmente por datos epidemiológicos y clínicos confirmándose por serología con IgM positiva (N = 9), y en total se detectó carga viral en 6 pacientes mediante PCR. En nuestra serie predominan las mujeres, y la media de edad es algo mayor que en otras series. En cuanto a los países de procedencia la mayoría proceden de América del Sur (Puerto Rico, República Dominicana y Colombia), aunque tenemos con menos frecuencia casos importados procedentes de Asia, ningún caso no importado. La fiebre es la clínica más frecuente, junto con artralgias que a diferencia de otras series predominan las de pequeñas articulaciones, hasta un 29% desarrollaron poliartritis, precisando de terapia con corticoides para tratamiento sintomático al no responder a

antinflamatorios no esteroideos. Aun no siendo una enfermedad grave, la duración de los cuadros articulares se extiende durante largos periodos de tiempo, a veces incluso tras mejoría inicial, con un tiempo medio de duración 3 meses.

Conclusiones: La fiebre por Chikungunya se está convirtiendo en una enfermedad importada cada vez más presente en nuestro medio, y con la llegada del vector, el mosquito Aedes a zonas del Mediterráneo obligara a tener en cuenta como diagnóstico diferencial además de cuando procedan de África o Asia. Aunque no es una enfermedad grave, sí que tiene repercusión clínica fundamentalmente por fiebre y artralgias con larga duración pudiendo producir artritis que requieran de tratamiento con corticoides para control de inflamación y acortar la sintomatología que no grave pero si causa importante deterioro de función y calidad de vida a los pacientes.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.