

# Síndrome gripal altamente mortal

Yolanda Villanueva-García<sup>1</sup>, Sofía Suárez-Alén, Carmen Sandra López-Seijas.

<sup>1</sup>Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad docente de Santiago de Compostela

Cad Aten Primaria  
Año 2013  
Volume 19  
Páx. 132-132

## INTRODUCCIÓN

Paciente de 41 años de origen nigeriano que vive de forma alternante entre Galicia y su país de origen. Fumador de 3-5 cigarrillos /día. Bebedor de cuantía difícil de precisar, probablemente consumo moderado. Refiere haber mantenido relaciones sexuales de riesgo. No otros antecedentes personales de interés y no toma medicación de forma habitual. El paciente refiere un cuadro de 3 días de evolución de fiebre (hasta 40°C), con cefalea. No tos ni expectoración, ligera molestia en hipocondrio derecho y estos últimos días presenta orinas colúricas. En la exploración física destaca: TA 153/57, Temperatura 39.9°C, FC 83 lpm. Buen estado general, ictericia conjuntival. Abdomen: dudosa hepatomegalia. Resto de la exploración normal. Analítica sangre: leucocitos 3520 con neutrofilia, plaquetas 107.000, GGT 109, Bilirrubina total 2 e Indirecta 1,5. Resto de la bioquímica y coagulación normal.

## PREGUNTAS

De entre las siguientes, ¿qué prueba diagnóstica sería necesaria?

- a) Rx. Tórax
- b) Mantoux
- c) Serología hepatitis
- d) Serología VIH
- e) Frotis de gota gruesa

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a) Tuberculosis
- b) Hepatitis C
- c) VIH
- d) Malaria
- e) Proceso infeccioso abdominal

De entre las siguientes opciones, ¿cuál sería la mejor?

- a) Sulfato de quinina y doxiciclina
- b) Interferon alfa
- c) Tratamiento antirretroviral
- d) Isoniazida + Pirazinamida + Rifampicina
- e) Antibioterapia de amplio espectro.

## Correspondencia

Yolanda Villanueva García  
Avenida Mestre mateo nº11 5ºS, 15706 · Santiago de Compostela, A Coruña  
E-mail: villayo@msn.com

Las reacciones retardadas pueden presentarse como lesiones nodulares localizadas en el área de la herida o como un proceso inflamatorio difuso. Son el resultado de una reacción por cuerpo extraño a fragmentos de púas retenidos en la herida y suelen manifestarse tras un periodo de latencia largo, de dos a doce meses.

Las lesiones nodulares son indoloras, de consistencia firme y de coloración piel, rosada o cianótica. Presentan una zona central umbilicada o una superficie hiperqueratósica. La forma difusa aparece sobre todo en dedos de las manos y los pies, como una tumefacción fusiforme asociada a dolor y pérdida de la función.

La especie de erizo de mar más abundante en nuestras costas es el *Paracentrolus lividus* y es por lo tanto el que más se relaciona con lesiones en nuestro medio. En esta especie las lesiones se producen fundamentalmente por penetración de las púas en la piel, siendo el papel de los pedicelarios poco relevante debido a su tamaño. A pesar de que las heridas provocadas por esta especie son relativamente frecuentes, las lesiones son en la mayoría de los casos banales.

En el caso de una reacción inmediata, el tratamiento en un primer momento consiste en sumergir el área afectada en agua caliente (43-46°C) durante 30-90 minutos hasta obtener el alivio máximo del dolor. En ocasiones puede ser necesario infiltrar lidocaína al 1-2%.

Las púas que sobresalen de la herida deben ser extraídas con sumo cuidado, dado que son muy frágiles y por lo general se quiebran en la superficie de la piel. No se recomienda realizar extracciones más invasivas sin estudios radiológicos que confirmen la localización.

Las reacciones nodulares retardadas curan con lentitud en transcurso del tiempo. La administración tópica e intralesional de glucocorticoides suele ser beneficiosa para el tratamiento en estos casos. En ocasiones, las reacciones nodulares ó difusas no remiten hasta la extirpación quirúrgica de todas las púas y el tejido granulomatoso asociado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Harrison: Principios de Medicina Interna. 16ª edición. McGraw-Hill Interamericana. 2005;378:2860-2861.
2. Fitzpatrick: Dermatología en Medicina General. 6ª edición. Panamericana, 2005;237:2568-2569.
3. de la Torre Fraga, JC. Estudio clínico y patológico de las reacciones cutáneas crónicas por picadura de espina de erizo de mar (*Paracentrotus lividus*, Lamarck). *Actas dermosifilogr* 2002;93(1):11-21.
4. Rossetto, A.L; Mora, JM & Haddad Junior, V. Sea Urchin granuloma. *Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo* 2006;48(5):303-306

## RESPUESTAS AL CASO CLÍNICO SÍNDROME GRIPAL ALTAMENTE MORTAL

De entre las siguientes, ¿qué prueba diagnóstica sería necesaria?

- **Respuesta correcta:** Frotis de gota gruesa

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- **Respuesta correcta:** Malaria

De entre las siguientes opciones, ¿cuál sería la mejor?

- **Respuesta correcta:** Sulfato de quinina y doxiciclina

## DISCUSIÓN

Partiendo de la fiebre como signo guía se barajaron inicialmente varias posibilidades diagnósticas como las propuestas anteriormente. En función de los datos clínicos y analíticos junto con una correcta anamnesis (el paciente había vuelto de Nigeria hacia 5 días) se sospechó diagnóstico de Malaria por lo que se decide derivar al paciente al Servicio de Urgencias para la realización de frotis de gota gruesa y control evolutivo.

Ante todo síndrome febril a la vuelta del trópico hay que pensar siempre en el paludismo como posible causa de la fiebre y hay que efectuar las pruebas diagnósticas lo más rápido posible y un tratamiento adecuado. El examen microscópico de sangre periférica permanece como la técnica diagnóstica de referencia ya que es una técnica barata, fácil de realizar, altamente específica y cuantitativa. El retraso en el diagnóstico y por tanto del tratamiento puede tener graves consecuencias para el paciente. Por ello un síndrome febril a la vuelta del trópico constituye siempre una urgencia médica.

El Paludismo o malaria es una de las enfermedades emergentes más importante en nuestro medio, siendo *Plasmodium falciparum* la especie más frecuentemente implicada.

Después de la erradicación oficial de la malaria en España en 1964, el personal sanitario ha diagnosticado y tratado muy pocos paludismos en nuestro país. Este panorama ha cambiado sustancialmente en las últimas décadas debido a la llegada de muchos inmigrantes de áreas donde esta enfermedad es endémica (sobre todo África del oeste y central) y el aumento exponencial de los viajes de españoles a estas áreas por turismo, proyectos de cooperación y viajes de negocios.

Esta enfermedad supone un desafío para los médicos no familiarizados con ella debido a la variabilidad de los síntomas, complicaciones y tratamientos además de los diferentes factores que determinan su expresión clínica como la diversidad y la complejidad genéticas de las poblaciones del parásito o el nivel de inmunidad de los pacientes. Sería deseable que el primer contacto del paciente inmigrante con el sistema sanitario fuese a través de su médico de Atención Primaria y por ello es necesario que los profesionales posean los conocimientos adecuados que les ayuden a dar respuesta a las necesidades que se generan en este colectivo. Por este motivo se hace imprescindible una adecuada colaboración entre Atención Primaria y atención especializada para que se tenga acceso a la petición de las pruebas diagnósticas adecuadas. Se evitaría así, en casos leves, el paso del paciente a través de los servicios de urgencia hospitalaria. Al igual que debería existir en nuestro país una clara información (en todos los niveles asistenciales) entre los viajeros que se dirigen a áreas tropicales sobre la profilaxis que se debe realizar, ya que esta sigue siendo un arma eficaz de control de la enfermedad, pero en muchos casos no se realiza o se hace incorrectamente.

## RESPUESTA AL CASO CLÍNICO MUJER DE 48 AÑOS QUE CONSULTA POR DISFAGIA

### DIAGNÓSTICO

Disfagia en relación a anillo de Schatzki.

### EXPLICACIÓN FINAL

El anillo esofágico inferior o anillo de Schatzki es una estructura lisa y delgada (inferior a 4mm), sin componente muscular, y que se localiza en la unión escamocolumnar.

La mayoría suelen ser asintomáticos, encontrándose hasta en un 14% de los pacientes sometidos a un estudio baritado de forma rutinaria. Cuando son sintomáticos son responsables de entre el 15 y el 26% de los casos de disfagia esofágica.

Su patogenia es desconocida.

La clínica se relaciona con el diámetro, y siempre está presente cuando es inferior a 13mm. El síntoma cardinal es la disfagia intermitente, que comienza primero para sólidos y posteriormente para semilíquidos y líquidos. En muchas ocasiones se manifiesta de forma abrupta tras la ingesta de bolos de carne deglutidos sin una adecuada masticación (steakhouse syndrome).

### BIBLIOGRAFÍA

1. Bartolemé M, Balanzó X, Roca C, Ferrer P, Fernández Roure JL et al. Paludismo importado: una enfermedad emergente. *Med Clin (Bar)* 2002; 119: 616-619.
2. Alondo Sanz M et al. Características del paludismo en el área 9 de Madrid. Implicación de Atención Primaria en el escalón fundamental para su control. *SEMERGEN*. 2006; 32 (8):418-21
3. Blázquez J. Receptividad al paludismo en España. *Rev Sanid Hig Pública*, 1982; 56:683-91.
4. Valerio L, Guerrero L, Martínez M, Sabriá M, Garrido P, Fabregat A, Reina MD. Los inmigrantes viajeros. *Aten Primaria*. 2003; 32:330-6.
5. Legros F, Bouchaud O, Ancelle T, Arnaud A, Cojean S, Le Bras J, et al. Risk factors for imported fatal *Plasmodium falciparum* malaria, France, 1996-2003. *Emerg Infect Dis*. 2007;13: 883-8.

Para su diagnóstico la radiología baritada es la técnica más sensible. La endoscopia digestiva puede mostrar la presencia de un anillo, visualizándose como una membrana delgada, de contorno liso, y que protuye hacia la luz, pero si no se logra una correcta distensión distal puede originar falsos negativos.

Los pacientes con anillos esofágicos asintomáticos no suelen requerir tratamiento. En pacientes sintomáticos la primera medida terapéutica se basa en modificar hábitos dietéticos, como no ingerir grandes cantidades de comida, comer lentamente y tener especial cuidado con la carne y el pan.

Si la sintomatología persiste, puede ser necesario un tratamiento específico, siendo la dilatación con bújia la técnica de elección.

### BIBLIOGRAFÍA

1. "Esophageal webs and rings" UpToDate. Last review version enero 2011.
2. "Management of benign esophageal strictures" UpToDate. Last review version enero 2011.
3. "Otras patologías estructurales esofágicas. Anillos y membranas esofágicas. Divertículos esofágicos. Rotura esofágica. Síndrome de Boerhaave" J. Romero Vazquez, F.Pellicer Bautista, Herrerías Gutierrez. *Medicine* 2008; 10:28-24