

■ REPORTE DE CASO

Fiebre de origen desconocido como forma de presentación de fiebre chikungunya en varón joven

Fever of unknown origin as a form of presentation of chikungunya fever in a young male

José Carlos Dávalos Ortiz¹ , Patricia María Sobarzo Vysokolán¹ ,
Magali Sylvia Jarolín Montiel² 

¹Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Hospital Nacional. Itauguá, Paraguay.

²Universidad Nacional de Itapúa, Facultad de Medicina, Postgrado en Medicina Interna. Encarnación, Paraguay.

RESUMEN

La fiebre chikungunya es una enfermedad viral descrita por primera vez en 1952. Actualmente se informan brotes esporádicos de fiebre chikungunya a nivel país (abril 2022). Presentamos el caso de un varón joven con fiebre chikungunya en fase subaguda la cual se presentó al ingreso hospitalario como fiebre de origen desconocido.

Palabras claves: fiebre chikungunya, dengue, infección por el virus zika, fiebre de origen desconocido

ABSTRACT

Chikungunya fever is a viral disease first described in 1952. Sporadic outbreaks of chikungunya fever are currently reported nationwide (April 2022). We present the case of a young man with chikungunya fever in the subacute phase which presented at hospital admission as fever of unknown origin.

Keywords: chikungunya fever, dengue, zika virus infection, fever of unknown origin

INTRODUCCIÓN


La fiebre de origen desconocido (FOD) es la presencia de fiebre (>38,3 °C) en al menos dos ocasiones, en la que no se puede identificar la etiología luego de 3 consultas ambulatorias ó tras 3 días de internación. Según las causas de FOD, se pueden clasificar en infecciosas, neoplasias, colagenopatías, misceláneas y no diagnosticadas. La principal causa de la FOD son las infecciones,

Artículo recibido: 30 abril 2022 **Artículo aceptado:** 18 julio 2022

Autor correspondiente:

José Carlos Dávalos Ortiz.

Correo electrónico: jota_dav@hotmail.com

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

representando un 30-40%, en algunas series pudiendo llegar a cerca 60% de los casos de FOD, generalmente siendo esta infección inadvertida o presentándose con un cuadro clínico atípico^(1,2).

La fiebre chikungunya (CHIK) es una enfermedad emergente causada por el virus chikungunya (VCHIK) descrita por primera vez en Tanzania en el año 1952. El nombre de la enfermedad proviene de la lengua makonde que significa "aquel que se encorva" o "retorcido", lo cual ilustra las artralgias incapacitantes y características de la enfermedad. En el año 2013 apareció en las Américas ocasionando epidemias en República Dominicana, Colombia, Venezuela, Brasil, Bolivia y otros, hasta incluso presentarse en el continente asiático. A nivel nacional, en el año 2014 se detectaron los dos primeros casos de CHIK. En la actualidad afecta a millones de personas en todo el mundo y sigue siendo causa de epidemias en varios países⁽³⁻⁵⁾.

REPORTE DEL CASO

Presentamos el caso de un paciente masculino de 21 años procedente de la ciudad de Coronel Oviedo (Departamento de Caaguazú, Paraguay), quien refería cuadro de 1 mes de evolución de sensación febril graduada en varias oportunidades, en forma intermitente, sin predominio de horario, el cual cedía totalmente en lisis tras la ingesta de antipiréticos comunes, acompañada mialgias generalizadas, inespecíficas, la cual con el correr de los días fue intensificándose hasta impedir la deambulacion. Además, refirió pérdida de peso involuntaria de 10kg aproximadamente, además de presentar astenia y anorexia en forma inespecífica. Negó otros síntomas acompañantes y negó cuadro similar anterior, motivo por el cual consulta en un centro asistencial de su comunidad y luego fue remitido a nuestro hospital.

A la admisión hospitalaria el paciente se encontraba eupneico respirando aire ambiente, normotenso y afebril. En el examen físico al ingreso llamó la atención la presencia de hepatomegalia no dolorosa a 5cm del reborde costal derecho, se palpaban además adenomegalias inguinales bilaterales no dolorosas, de consistencia duro-elástica, no adheridas a planos profundos, con piel suprayacente de características normales. Se constató así también dolor a la palpación de tendones bicipital e inguinales bilaterales, así como dolor muscular a la palpación en cuádriceps y bíceps en forma bilateral. Resto del examen físico sin datos positivos de valor.

Se realizaron pruebas analíticas de rutina y específicas, en las cuales llamaba la atención una anemia microcítica hipocrómica (hemoglobina 10,9 g/dL, VCM 81 fL), leucocitosis (leucocitos 15.120 cél/mm³) con neutrofilia (88%). Se realiza ecografía abdominal para la confirmación de los hallazgos del examen físico, constatándose hepatomegalia y esplenomegalia homogénea y adenomegalias inguinales bilaterales profundas. La radiografía de tórax fue normal.

Durante la hospitalización el paciente vuelve a presentar picos febriles diarios, sin predominio de horario, por lo que se inicia tratamiento antitérmico (paracetamol endovenoso) a horario, con buena respuesta. Ante cuadro de FOD se prosigue con el estudio del paciente solicitando perfil colagénico (ANA, Anti DNA bicatenario, C3, C4, ENA) los cuales todos retornan dentro de rango normal. Por la presencia de hepatoesplenomegalia se solicita punción aspirativa de médula ósea para anatomía patológica con objetivo de descartar neoplasia hematológica y para búsqueda de amastigotes por posibilidad de leishmaniasis visceral, cuyo resultado fue normal. Se solicitaron estudios laboratoriales específicos como hisopado nasofaríngeo para SARS-CoV-2, STORCH, Rk39, VDRL y ELISA para HIV, todos los cuales fueron normales. Los cultivos de sangre y orina al ingreso no obtuvieron crecimiento bacteriano.

Por persistencia de picos febriles aislados se solicita ecocardiografía transtorácica para descartar presencia de vegetaciones el cual informa morfología y funcionalidad cardiaca al Doppler

color dentro de parámetros normales y sin evidencia de vegetaciones. Aspirado de médula ósea informó que la misma era celular con conservación de las 3 series hematopoyéticas. Biopsia medular se encontró hiper celular (mayor del 75%), con hiperplasia granulocítica moderada a severa, sin evidencia de microorganismos ni de proceso linfoproliferativo.

Ante asidua sintomatología, se realiza serología para dengue IgM-IgG, VCHIK IgM-IgG y zika IgM-IgG en cual retorna positivo IgM para VCHIK e IgM positivo para zika. No se realizó RT-PCR de los mismos por el tiempo de evolución de la enfermedad del paciente.

Tras retorno laboratorial, se decide inicio de antiinflamatorio no esteroideo (ibuprofeno) por vía oral a horario, tras lo cual se presenta resolución de la fiebre y regresión del resto de la sintomatología por lo que se decide alta médica en su 19 día de internación.

DISCUSIÓN

La fiebre de origen desconocido (FOD) se define actualmente por una temperatura mayor de 38,3°C en al menos en dos ocasiones, en la que no se puede identificar la etiología luego de 3 consultas ambulatorias o 3 días de internación. Anteriormente la definición requería de por lo menos tres semanas de duración de la fiebre en pacientes ambulatorios o una semana en pacientes hospitalizados tras estudios hospitalarios dirigidos. La etiología depende de los grupos etarios y el área geográfica del cual provienen los pacientes, también se puede clasificar según la forma de presentación en: FOD clásica, FOD nosocomial, FOD asociada a pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana y FOD asociada al paciente con neutropenia febril^(1,2). Según las causas de FOD, se pueden clasificar en infecciosas, neoplasias, colagenopatías, misceláneas y no diagnosticadas⁽²⁾.

La principal causa de la FOD se debe a procesos infecciosos, representando un 30-40% de la totalidad de los casos de FOD, así mismo estos pueden corresponder cerca del 60% de los casos, generalmente siendo esta una infección inadvertida o de presentación clínica atípica⁽¹⁾.

La fiebre CHIK es una enfermedad severa y debilitante, con una baja tasa de letalidad, pero con un impacto devastador en la calidad de vida de los pacientes a causa de las artralgiyas ocasionadas y que suelen ser persistentes por largos periodos pese a la resolución del resto de la sintomatología^(3,6,7).

El curso clásico de la enfermedad suele iniciarse con un periodo de incubación de 2-12 días posterior a la infección por CHIK, tras lo cual la enfermedad puede ser asintomática hasta en un 27% de los adultos. Las principales manifestaciones clínicas incluyen fiebre de inicio súbito (76-100%), *rash* maculopapular en tronco y extremidades (35-50%), cefalea (40-81%), artritis/artralgiyas simétricas (87-99%), mialgiyas (60-93%) y la tenosinovitis es común⁽⁸⁾.

Nuestro paciente, quien era procedente del departamento de Caaguazú, negó antecedentes de viajes al exterior o zonas fronterizas, motivo por el cual ante la falta de nexo epidemiológico se produjo un retraso en el diagnóstico. La fase febril de la fiebre CHIK suele ser de 1 a 8 días, la cual en nuestro paciente se presentó como FOD con más de 4 semanas de fiebre. Si bien esta presentación de la enfermedad no es característica, se han reportado casos en los que la fase febril puede durar hasta 4 semanas desde el inicio de los síntomas⁽⁹⁾.

La serología positiva para zika concomitantemente hallada en nuestro paciente, podría deberse a una reacción cruzada con CHIK, pues hasta la fecha (abril 2022) no existen reportes de casos confirmados de zika ni circulación activa en el Paraguay (semana epidemiológica 16, abril 2022), pero

ante la falta de una prueba RT-PCR para zika no podemos descartarla a cabalidad debido a que ya existen reportes de coinfección entre dengue, zika y CHIK^(8,10,11).

Este caso resalta la importancia de la necesidad de protocolos diagnósticos para la actuación médica en contexto del estudio de un paciente con FOD en el ámbito hospitalario, debido a que las causas infecciosas son la etiología más frecuente de este síndrome y a causa de las dificultades y costos para la realización de los métodos auxiliares de diagnóstico, estos pudieren pasarse por alto u obviarse, ocasionando un subdiagnóstico de enfermedades infecciosas emergentes, no muy prevalentes o de presentación atípica como en nuestro paciente⁽¹⁾.

Conflictos de interés:

Los autores declaran no poseer conflictos de interés comercial ni intelectual.

Contribución de los autores:

Todos los autores contribuyeron en todas las etapas de la realización del presente reporte.

Financiación:

Financiamiento propio de los autores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Delor R, Fridman D'Alessandro V. Abordaje clínico de adultos con fiebre prolongada. Rev Méd La Paz [Internet]. 2016 [citado 20 Abr 2022]; 22(2):18–28. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000200004
2. Maradiaga Montoya RY, María A, Sierra Barahona AM, Ramos Acevedo I, Molina Cruz MV. Abordaje diagnóstico: Fiebre de origen desconocido. Discover Medicine [Internet]. 2019 [citado 20 Abr 2022]; 3(1):47–54. Disponible en: <https://www.revdiscovermedicine.com/index.php/inicio/article/view/169>
3. Ferreira Barijho SN, Gómez Bareiro VM, Rodríguez González H. Guía para el manejo de la enfermedad producida por el virus del Chikungunya [Internet]. Asunción: OMS; 2015. [citado 20 Abr 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/10106/GUIA%20chikungunya%2019-03-15.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Pan J, Fang Ch, Yan J, Yan H, Zhan B, Sun Y, et al. Chikungunya fever outbreak, Zhejiang Province, China, 2017. Emerg Infect Dis [Internet]. 2019 [cited 2022 Apr 20]; 25(8):1589–91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6649353/>
5. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Instituto de Medicina Tropical. Plan de contingencia ante eventual epidemia dengue y chikungunya [Internet]. Asunción: Instituto de Medicina Tropical; 2015. [citado 9 Abr 2022]. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/imt/adjunto/a2e6e1-dengueChikunguya2015.pdf>
6. Horcada ML, Díaz-Calderón C, Garrido L. Fiebre chikungunya. Manifestaciones reumáticas de una infección emergente en Europa. Reumatología Clínica. 2015; 11(3):161–4
7. Cunha RV da, Trinta KS. Chikungunya virus: clinical aspects and treatment - A Review. Mem Inst Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro [Internet]. 2017 [cited 2022 Apr 20]; 112(8):523–31. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02762017000800523&lng=en&tlng=en
8. Beltrán-Silva SL, Chacón-Hernández SS, Moreno-Palacios E, Pereyra-Molina JÁ. Clinical and differential diagnosis: Dengue, chikungunya and Zika. Rev Med Hosp Gen Méx [Internet]. 2018 [cited 2022 Apr 20]; 81 (3):146–53. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0185106316301135>

9. Quintanilla SD, Barruetos E. Fiebre chikungunya. Act Ped Hond [Internet]. 2015 [citado 20 Abr 2022];5(1-2):371-7. Disponible en:
<https://www.camjol.info/index.php/PEDIATRICA/article/view/2260>
10. Villamil-Gómez WE, González-Camargo O, Rodríguez-Ayubi J, Zapata-Serpa D, Rodríguez-Morales AJ. Dengue, chikungunya and Zika co-infection in a patient from Colombia. J Infect Public Health [Internet]. 2016 [cited 2022 Apr 20];9(5):684-6. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S187603411500221X>
11. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Vigilancia de la Salud. Arbovirosis – Resumen de la situación epidemiológica semanal 2 enero al 9 jul [Internet]. 2022 [citado 10 jul 2022]. Disponible en: https://dgvs.mspbs.gov.py/page/#vista_boletines_dpto.html