

PRESENTACIÓN DE CASOS

Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto"

PRESENTACIÓN DE UN CASO ATÍPICO DE FIEBRE TIFOIDEA

My. Rigoberto Bravo Pérez,¹ Dr. Mario Santiago Puga Torres,¹ Cap. Dionys Barreiro Viera² y Dr. Rafael Nodarse Hernández³

RESUMEN

Se presenta un caso de fiebre tifoidea atípica en un paciente inmunocompetente, ingresado en el Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". Inicialmente presentó un cuadro de bronquitis aguda y apareció después un síndrome febril en "meseta" con descenso gradual de la temperatura, nunca hubo síntomas ni signos gastrointestinales. Los hemocultivos iniciales fueron negativos, y se hicieron positivos a *Salmonella typhi* a partir de la segunda hasta la quinta semana. Todos los coprocultivos, bilicultivos y medulocultivos resultaron negativos. No se comprobaron otras localizaciones de la bacteria. Los estudios epidemiológicos de los contactos resultaron también negativos. Se comprobó la atipicidad del caso por la forma de presentación del cuadro clínico, el resultado de los cultivos y su epidemiología.

DeCS: FIEBRE TIFOIDEA/diagnóstico; FIEBRE TIFOIDEA/epidemiología; SALMONELLA TYPHI; FORMAS BACTERIANAS ATÍPICAS.

La salmonelosis es el conjunto de enfermedades provocadas por agentes infecciosos del género *Salmonella* que comprenden un amplio grupo de bacilos gramnegativos y que pertenecen a la familia Enterobacteriaceae, los cuales pueden ser patógenos para el hombre como para los animales.^{1,2} A pesar de ello, el único reservorio de la *Salmonella typhi* es el hombre, por lo que su infección significa un

contacto previo con otra persona infectada ya sea directo o indirecto, a través del agua o los animales contaminados.^{3,4}

La fiebre tifoidea es una enfermedad de gran incidencia en países pobres donde los hábitos higiénicos no están desarrollados.^{5,6}

En Cuba después del triunfo de la Revolución, las campañas de saneamiento ambiental y el control de portadores han

¹ Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor.

³ Especialista de II Grado en Microbiología. Instructor.

permitido una disminución en la frecuencia de la enfermedad, al extremo de constituir una rareza.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 18 años de edad, del sexo masculino, de la raza blanca, con antecedentes de salud anterior; 20 días antes de su ingreso comenzó con astenia marcada y mialgias generalizadas. Una semana después apareció fiebre de 38°C principalmente nocturna, no acompañada de escalofríos ni sudaciones aunque sí de tos. Acudió a su área de salud donde le diagnosticaron una bronquitis aguda de origen viral. Fue remitido al Instituto Superior de Medicina Militar “Dr. Luis Díaz Soto” pues la fiebre se hizo continua, rebelde a los antipiréticos, en “meseta” y con descenso gradual, se agudizó la debilidad y apareció anorexia.

Al examen físico: tensión arterial 100/60 mmHg; frecuencia cardíaca 64 por minuto. Se constató hepatomegalia que rebasaba el reborde costal en 2-3 cm consistencia normal y algo dolorosa a la palpación. El paciente parecía severamente enfermo, por lo que se ingresó en la Sala de Cuidados Intermedios. Los antecedentes personales, familiares y epidemiológicos no rebelen datos de interés.

Durante las 2 primeras semanas se le realizaron numerosas investigaciones que incluyeron: glicemia 5,2 mmol/L, urea 6,2 mmol/L, creatinina 80 mmol/L, leucograma con leucocitos $6,2 \times 10^6$ /L P065 L 033 E 002. Hemoglobina 10,5 g/L, hematócrito 035, cituria normal y 3 hemocultivos negativos. Se comenzó terapéutica con penicilina cristalina 2 g cada 6 h y gentamicina 80 mg por vía intramuscular cada 8 h, no se observó mejoría.

Las 3 semanas siguientes se caracterizaron por mantener un síndrome febril de

39 a 40 °C, astenia marcada, cefalea y ausencia de síntomas y signos gastrointestinales, por lo que se tomaron hemocultivos, urocultivos y coprocultivos seriados e incluso medulograma con medulocultivo. Todos los coprocultivos fueron negativos, el medulograma resultó reactivo a sepsis bacteriana y los hemocultivos reportaron repetidamente *Salmonella typhi*. A inicio de la sexta semana se comenzó terapéutica con cloranfenicol 4 g diarios durante 21 días, y se apreció desde entonces, una mejoría considerable.

Buscando otras localizaciones del agente causal, se realizó rayos X de tórax, punción lumbar, cultivo de secreciones bronquiales, bilicultivos y medulocultivo, que fueron informados como negativos. Investigando posible inmunosupresión se hizo estudio de proteínas plasmáticas, recuento linfocitario y roquetas, además serología de VIH, con resultados negativos. Para completar el estudio se pidió el apoyo de epidemiología, la que investigó los posibles contactos tanto laborales como domiciliarios pero no encontró enfermos ni portadores. A pesar de sospecharse la fuente de infección domiciliaria, esta no se confirmó.

Se egresó al paciente a los 60 días, asintomático, sin complicaciones, con todos los cultivos negativos y diagnóstico final de fiebre tifoidea atípica en un paciente inmunocompetente.

COMENTARIOS

Las infecciones por *Salmonellas* pueden producir 3 tipos de enfermedades: las “fiebres intestinales”, las septicemias y la gastroenteritis.^{4,7,8}

Las fiebres intestinales, por ejemplo las fiebre tifoideas y paratifoideas, son pro-

ducidas por *S. typhi* y *S. paratyphi*, respectivamente, tienen un inicio insidioso, la fiebre es alta en “meseta” con un descenso gradual. Los síntomas gastrointestinales son muy frecuentes, con constipación temprana, más tarde aparece diarrea sanguinolenta. Los hemocultivos son positivos durante la primera y segunda semanas de enfermedad, y los coprocultivos aunque negativos al principio son positivos de la tercera semana en adelante.^{2,7} En el caso presentado existen elementos comunes y diferencias importantes en comparación con este tipo clínico, pues aunque el comienzo de la enfermedad, las características de la fiebre y la presencia de hemocultivos positivos a *S. typhi* son comunes a ambos, la ausencia de síntomas gastrointestinales y de coprocultivos positivos en este caso los hacen muy diferentes.

Las septicemias son producidas más frecuentemente por *S. choleraesuis*. La invasión del torrente sanguíneo sigue a la invasión oral y no se presenta la invasión intestinal. Son frecuentes las diseminaciones y producen abscesos, meningitis, neumonías, etcétera.

El comienzo es súbito, con ascenso rápido de la temperatura y después descenso zigzagueante, “séptica”, a menudo no hay síntomas gastrointestinales, los coprocultivos son ocasionalmente positivos y los hemocultivos son positivos durante la fiebre alta.^{4,8}

Nuestro paciente tuvo en común con este tipo clínico, la ausencia de síntomas gastrointestinales y de coprocultivos positivos; sin embargo, hubo diferencias notorias como el comienzo insidioso, las características de la fiebre y la presencia de hemocultivos positivos a *S. typhi* incluso cuando había desaparecido la fiebre.

La gastroenteritis, llamada también “intoxicación alimentaria”, con síntomas de comienzo abrupto, no presenta invasión del torrente sanguíneo ni diseminación a otros órganos.^{9,10} La fiebre baja, la duración breve de la enfermedad y la ausencia de hemocultivos positivos, en nada se parece al caso que presentamos.

En el caso estudiado llamó la atención las diferencias clínicas con los casos reportados en la literatura; los contactos estudiados no presentaban síntomas y las investigaciones realizadas en ellos fueron todas negativas. No se encontró la fuente de la infección. La ausencia de síntomas gastrointestinales y la presentación solo por fiebre y tos, impidieron inicialmente el diagnóstico; pero la persistencia de estos síntomas y la poca respuesta a la combinación antibiótica empleada, hizo pensar en otros diagnósticos, entre ellos el que resultó positivo.

Se concluyó que el caso presentado fue atípico por la forma de presentación, las manifestaciones clínicas, el resultado de los cultivos y hasta por su epidemiología.

SUMMARY

A case of atypical typhoid fever is reported in an immunocompetent patient admitted in “Dr. Luis Díaz Soto” Higher Institute of Military Medicine. At first, he presented a picture of acute bronchitis and a plateau febrile syndrome appeared later with a gradual decrease of temperature. Gastrointestinal symptoms or signs were never observed. The initial hemocultures were negative and they became positive to *Salmonella typhi* from the second to the fifth week. All the coprocultures, bilicultures and medullocultures were negative. Other localizations of the bacteria were not confirmed. The epidemiological studies of the contacts proved to be negative, too. The irregularity of the case was demonstrated by the form of presentation of the clinical picture, the results of the cultures and its epidemiology.

Subject headings: TYPHOID FEVER/diagnosis; TYPHOID FEVER/epidemiology; SALMONELLA TYPHI; ATYPICAL BACTERIAL FORMS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Weissfeld AB, Mc Namara AM, Tesh VO, Howard BS. Enterobacteriaceae. In: Mc Namara AM. Clinical and pathogenic microbiology. 2 ed. St Louis: Mosby-Year Book; 1994;299-37.
2. Cohan RS, Kumar VS, Collins TV. Salmonelosis y fiebre tifoidea En: Robins L. Patología estructural y funcional. 6 ed. Madrid: Interamericana; 2000:378-9.
3. Mandel BB. Salmonella infection and food hygiene. Infect Dis 1991;67:4-12.
4. Butler TS. Fiebre tifoidea. En: Beeson PB. Tratado de Medicina Interna de Cecil. 20 ed. Madrid: Interamericana; 1999:292-7.
5. Center for Disease Control. Salmonellosis. Illinois MMWR 1997;34:200-6.
6. Butler TS, Islam A, Kabir IS. Patterns of morbidity and mortality in typhoid fever. Infect Dis 1997;85:13- 8.
7. Hornick RB. Typhoid fever. Pathogenesis and immunologic control. N Engl J Med 1999;28:283-6.
8. Maloney WS, Guerrant R. Epidemiology, therapy and prevention of infection with Salmonella organism. Infect Dis 1998;75:5-12.
9. Jones BB, Falkow SA. Salmonellosis, host immune response and bacterial virulence determinants. Ann Immunol 1996;14:533-9.
10. Aserkoff BB, Bennet JV. Effect of therapy in acute salmonellosis. N Engl J Med 1999;102:283-6.

Recibido: 5 de diciembre del 2000. Aprobado: 21 de mayo del 2001.

My. *Rigoberto Bravo Pérez*. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". Avenida Monumental, CP 11700, Ciudad de La Habana, Cuba.