

Cas 2020.4

Nen de 2 anys amb febre exantèmica després d'un viatge

Laia Ferré Moragues¹, Ferran Campillo i López^{2,3,4}, Ernesto Segarra García¹, Stephan Otto Schneider¹

¹ Equip Pediàtric Territorial de la Garrotxa i el Ripollès. Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa. Olot (Girona). ² Unitat de Salut Mediambiental Pediàtrica (PEHSU). Equip Pediàtric Territorial de la Garrotxa i el Ripollès. Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa. Olot (Girona). ³ Comitè de Salut Mediambiental. Associació Espanyola de Pediatria. ⁴ Grup de Treball de Salut Mediambiental. Societat Catalana de Pediatria

Prescolar de 31 mesos sense antecedents patològics d'interès que a finals de juliol consulta a un centre d'atenció primària d'una comarca prepirinenca per febre de fins a 39,6 °C de 3 dies d'evolució, amb alguna deposició líquida sense productes patològics. Antecedent de viatge al Marroc les setmanes prèvies, amb retorn 24 hores abans. Refereixen durant el viatge contacte amb gats i aparició d'una lesió cutània a cuir cabellut 10 dies abans.

En l'exploració física presenta un triangle d'avaluació pediàtrica estable, bon estat general, adenopaties cervicals de menys de 0,5 cm i una adenopatia retroauricular d'1,5 cm, gomosa, arrodonida, sense eritema i no adherida a plans profunds. A nivell cutani destaca un exantema generalitzat maculopapular amb afectació palmoplantar i, en cuir cabellut, una lesió crostosa d'uns 5 mm de diàmetre amb vores eritematoses (Fig. 1). Es dona d'alta amb antitèrmics i signes d'alarma.

Reconsulta 48 hores després amb persistència de pics febrils, aparició de miàlgies i dificultat per a la marxa. S'objectiva, a més del que s'ha descrit anteriorment, edema bimal-leolar amb lesions petequials al dors del peu (Fig. 2).

Donat l'empitjorament de l'estat general, es deriva a l'hospital de referència, on se li fa una analítica general amb hemograma, coagulació, ions i funció renal i hepàtica, que estan dins de la normalitat. Proteïna C reactiva (PCR) de 2 mg/dl. Se sol·liciten, també, serologies.

Quin és el seu diagnòstic?



Fig. 1. Lesió crostosa arrodonida de color marró fosc a cuir cabellut.



Fig. 2. Exantema macular generalitzat amb afectació de membres inferiors, amb alguna lesió petequial aïllada i edema bimal-leolar.

Correspondència: Ferran Campillo i López
Unitat de Salut Mediambiental Pediàtrica de la Garrotxa (PEHSU Garrotxa)
Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa
Av. Països Catalans, 86. 17800 Olot
pehsu@hospiolot.cat

Treball rebut: 11.05.2020
Treball acceptat: 05.10.2020

Ferré-Moragues L, Campillo-López F, Segarra-García E, Otto-Schneider S.
Nen de 2 anys amb febre exantèmica després d'un viatge.
Pediàtr Catalana. 2020;80(4):171-2.

Discussió

Davant l'antecedent de tornada de zona endèmica i sospita clínica de febre botonosa mediterrània, s'inicia tractament amb doxiciclina a 2,2 mg/kg/dosi durant 7 dies. Les serologies inicials durant l'ingrés són negatives per a rickettsia, tant IgM com IgG. Malgrat tot, s'observa una millora significativa després d'iniciar l'antibioteràpia, el pacient queda afebril i sense dificultat en la marxa, i es permet l'alta hospitalària al cap de 3 dies.

Al cap de 6 mesos es repeteix la serologia i s'observa seroconversió per *Rickettsia conorii*, amb IgG positives i IgM negatives.

Diagnòstic final: Febre botonosa mediterrània.

Comentari

Les rickettsiosis són malalties infeccioses transmiseses per artròpodes vectors, especialment paparres¹, de les quals la febre botonosa mediterrània (FBM) és la més freqüent al nostre país, sobretot en zones de la conca mediterrània.

El principal agent etiològic de l'FBM és la *Rickettsia conorii*, amb reservori a petits mamífers i gossos, i transmissió als humans majoritàriament mitjançant la paparra del gos (*Rhipicephalus sanguineus*). L'FBM sol tenir lloc durant els mesos més càlids, amb pic màxim a l'agost. Té un període d'incubació d'entre 4 i 21 dies. Típicament s'observa una crosta o taca negra al lloc d'inoculació. Posteriorment apareix febre, que pot anar acompanyada de cefalea, miàlgies i artràlgies, i al cap d'entre 3 i 5 dies, l'exantema maculopapular que afecta palmells i plantes, i amb petèquies fins en el 10% dels casos¹.

El diagnòstic de confirmació és serològic o bacteriològic, però s'ha de tenir en compte que els cultius cel·lulars s'han de fer en laboratoris de seguretat; i les serologies (mitjançant immunofluorescència directa)

poden ser negatives durant les primeres setmanes d'infecció². Per aquest motiu, davant la sospita clínica no s'ha d'endarrerir el tractament esperant la confirmació diagnòstica.

El tractament d'elecció és la doxiciclina (2,2 mg/kg/dosi cada 12 h; dosi màxima 100 mg/12 h, durant 5-7 dies), que es considera un fàrmac segur en cicles curts, fins i tot en menors de 8 anys². Amb el tractament adequat es considera una malaltia benigna que no deixa seqüeles; els quadres greus en infants en forma de vasculitis greu i fallada multiorgànica són molt poc freqüents.

Tot i ser una malaltia poc freqüent al Pirineu i Prepirineu³, els darrers anys s'ha observat la presència de la paparra vector en àrees no endèmiques del continent europeu⁴, a més d'un augment de casos d'FBM fora de la conca mediterrània⁵. Aquest canvi en la distribució del vector i l'augment de la incidència s'atribueix al canvi climàtic, la desforestació i la mobilitat global. Actualment es considera una malaltia emergent fora del Mediterrani, per la qual cosa cal sospitar-la malgrat no trobar-nos en àrees tradicionalment endèmiques.

Bibliografia

1. Ranera Málaga A. Rickettsiosis. *Pediatr Integr*. 2018;XXII:323-32.
2. Rodríguez Arranz C, Oteo Revuelta JA. Enfermedades transmitidas por garrapatas. Del campo a tu consulta. A: AEPap, ed. Congreso de Actualización Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020. p. 265-73.
3. Herrador Z, Fernandez-Martinez A, Gomez-Barroso D, León I, Vieira C, Muro A, et al. Mediterranean spotted fever in Spain, 1997-2014: Epidemiological situation based on hospitalization records. *PLoS One*. 2017;12(3):e0174745.
4. European Centre for Disease Prevention and Control and European Food Safety Authority. Tick maps - *Rhipicephalus sanguineus* - current known distribution. January 2019. Stockholm; 2019 Jan. Accessible a la xarxa [data de consulta: 22-04-2020]. Disponible a: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rhipicephalus-sanguineus-current-known-distribution-january-2019>.
5. Adem PV. Emerging and re-emerging rickettsial infections. *Semin Diagn Pathol*. 2019;36(3):146-51.