

RESUMEN DE COMUNICACIÓN



RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título: RICKETTSIOSIS: UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA COMO CAUSA DE FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EN NIÑOS.

Centro de trabajo: Hospital Carlos III Madrid.

Autores: F. Abuabara Eljadue, M. Royo Gómez, K. Aguilar Torres, B. Soto Sánchez, MT Gutiérrez Angulo, M. García Hortelano, J. Villota Arrieta, MJ. Mellado Peña.

Texto: -Objetivo: Enfatizar en la importancia que tiene hacer un enfoque clínico, epidemiológico y analítico adecuado por parte de un experto, ante la presencia de un cuadro de fiebre de origen desconocido (FOD) en niños, sin olvidar como factor etiológico, patógenos infecciosos poco frecuentes.

-Material y métodos: Se presenta el caso de dos hermanos de 5 y 8 años de edad, originarios de Guinea-Bissau, adoptados por una familia monoparental española. Tras descartar patología tropical y ser dados de alta, a los 2 años de su llegada a España consultan de nuevo por presentar fiebre moderadamente alta durante aproximadamente 5-7 días, seguido de febrícula vespertina durante 1 mes, sin otra sintomatología asociada. Como antecedente epidemiológico en ambos niños, refieren excursiones frecuentes al campo y contacto con animales. No han viajado. La exploración física de ambos niños es normal sin evidenciarse lesiones en piel y no puede verse exantema debido al intenso color moreno racial. Ambos niños presentan resultados negativos para hemocultivo, urocultivo, coprocultivo y exudado faríngeo. Parásitos en heces con amebas no patógenas. Serologías: IgM negativa para *T gondii*, *S Tiphy*, *L pneumophila*, Citomegalovirus, *V Epstein Barr*, *M pneumoniae*, *C burnetti*, *Borrelia sp*, *Brucella sp* y virus respiratorios (Adenovirus, Virus Respiratorio Sincitial, Influenza A y B y Parainfluenza); Hemograma, radiografía de tórax y senos normales, mantoux de 0 mm y gota gruesa negativa. Serología para *R conorii* positiva, el niño de 8 años: EIA M: 0,329 N y EIA G: 0,317 N y el niño de 5 años: EIA M: 0,239 N y EIA G: 1,17 N. Ante la sospecha de rickettsiosis, probablemente adquirida en nuestro medio, se instaura tratamiento con Azitromicina oral durante 5 días en ambos niños, presentando adecuada tolerancia y evidenciándose resolución del cuadro febril, con negativización progresiva de anticuerpos Ig M y posteriormente Ig G en la serología realizada meses después. Desde entonces ambos niños se encuentran asintomáticos y pendientes de revisión.

- Conclusiones:

Las patologías de origen infeccioso son la causa más frecuente de FOD en niños, siendo lo más común los virus. Existen enfermedades infecciosas no virales y poco comunes que hay que sospechar como es la rickettsiosis de nuestros casos, la cual es causa de FOD y es una entidad que está resurgiendo en nuestro país y que hay que considerar en población infantil. Los niños inmigrantes padecen con mayor frecuencia enfermedades del país de origen, pero a medida que transcurre el tiempo desde su llegada deberemos sospechar también patógenos autóctonos como en esta ocasión. A pesar de que la serología entre *R africae* y *R conorii* puede dar reacción cruzada, el largo periodo de estancia en España nos orienta hacia la segunda, aunque no existe criterio unánime sobre el tiempo de persistencia de la IgM en sangre, tras el cuadro agudo; pero el tratamiento sería el mismo. La realización de una anamnesis adecuada que incluya antecedentes epidemiológicos y exploración clínica detallada, es una guía obligada en el enfoque etiológico de FOD y en la selección de las pruebas complementarias a realizar.

Modalidad de presentación preferida: Oral Póster