

Título: FIEBRE TIFOIDEA, PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN CASO

A.Deyà Martínez*; A. Noguera Julian; C. Fortuny Guasch

Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona

Correspondencia: Angela Deyà Martínez.

Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona

Passeig de Sant Joan de Deu, num 2; 08950

Tel: 630284075

adeya@hsjdbcn.org

Introducción: La fiebre tifoidea es infrecuente en nuestro medio. Su forma de presentación clásica se divide en distintas fases y se caracteriza por fiebre alta diaria, cefalea frontal, tendencia a la bradicardia, dolor abdominal, rash cutáneo y afectación del SNC, en los casos más graves. En el niño, la presentación clínica atípica y la baja sensibilidad de las pruebas complementarias dificultan el diagnóstico. En nuestro medio, es vital para la sospecha diagnóstica el antecedente de un viaje a una zona endémica. La resistencia a antibióticos de la *Salmonella* es otro de los problemas en el manejo de esta patología.

Caso clínico: Chica de 14 años derivada a nuestro centro para valoración de un cuadro febril prolongado. La paciente, natural de España, sin antecedentes personales ni familiares de interés, con correcta vacunación y sin viajes previos, había acudido a su pediatra en las primeras horas del cuadro por fiebre elevada (40°C), sin otra sintomatología. Tras 6 días de fiebre se inició tratamiento con amoxicilina-clavulánico oral por diagnóstico de faringitis. Se realizó análisis sanguíneo, en el que destacaban 5700 leucocitos/mmcc con neutrofilia, hipertransaminasemia (GOT 139 y GPT 231 UI/L) y PCR 45 mg/l; también un sedimento de orina, un estudio inmunológico, PPD y serologías para *Toxoplasma*, *Citomegalovirus*, *Brucella*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Borrelia*, *Leptospira* y *Leishmania*, siendo todas las pruebas negativas. Tras el inicio de antibiótico, la fiebre cedió durante 14 días, reapareciendo después (diaria, máximo 40°C) junto con dolor abdominal y alguna deposición dispéptica. Al ingreso, destaca un regular estado general, dolor abdominal difuso con esplenomegalia (3-4 cm) y hepatomegalia (2 cm). En el diagnóstico diferencial se plantean un proceso linfoproliferativo, una enfermedad inflamatoria intestinal o una infección de origen entérico. Se decide ingreso con gentamicina y cefotaxima endovenosas. Se realiza estudio en sangre (sin blastos), una ecografía abdominal (hepatoesplenomegalia homogéneas) detección positiva de sangre en heces, pancitopenia (Hb 11.3 g/dl, Hto 33%, 92.000 plaquetas/mmcc, 3400 leucocitos/mmcc con neutrofilia y 20% de formas inmaduras), proteína C reactiva 73 mg/l y procalcitonina 0,5 ng/ml. En el hemocultivo, tras 48 horas, se detectan colonias de *Salmonella tify*, confirmándose el diagnóstico de fiebre tifoidea.

Conclusión: La baja prevalencia de fiebre tifoidea en nuestro medio y la gran variabilidad en su presentación clínica en el niño dificultan su diagnóstico precoz.