

Mesa Redonda: El niño y las enfermedades viajan

Signos de sospecha de una enfermedad importada en Atención Primaria

A. PASCUAL BONILLA

Atención Primaria. Centro de Salud Ontaneda-Renedo.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades importadas son aquellas adquiridas en lugares donde son más o menos frecuentes, pero diagnosticadas y tratadas donde no existen o son muy raras⁽¹⁾. Principalmente se objetivan en determinados colectivos como viajeros internacionales (principalmente a zonas tropicales), niños procedentes de adopciones internacionales, inmigrantes o colaboradores de organizaciones no gubernamentales.

Ante la sospecha de una enfermedad importada es fundamental la realización de una buena historia clínica, haciendo especial hincapié en el país de origen/destino del viaje (para poder orientar hacia las enfermedades prevalentes, Tabla I), ruta de migración así como condiciones del viaje, tiempo transcurrido en el país de destino/retorno (cuanto más reciente, más probabilidad de enfermedad importada), exploración por aparatos, el estado vacunal (en su país de origen o antes del viaje) y profilaxis recibida.

EPIDEMIOLOGÍA

La población inmigrante registrada en España en junio de 2012, superaba los cinco millones, de los cuales 740.800 son menores de 16 años⁽²⁾. Además cada vez son más frecuentes los viajes a países en desarrollo de hijos de familias inmigrantes nacidos en nuestro medio. De manera global y en el ámbito de la atención primaria diversos artículos indican que las infecciones más frecuentes en inmigrantes son las adquiridas en el país de destino⁽³⁾, representando la enfermedad infecciosa importada entre 3-5% de los casos.

Por otro lado España es el segundo país del mundo en números absolutos de adopción internacional, unos 30.000. De ellos entre un 10-15% presentan problemas de salud no conocidos antes de su adopción.

En cuanto a los viajeros internacionales: aproximadamente el 9% de los viajes se realizan a zonas tropicales. Los episodios agudos de algunas enfermedades importadas son más frecuentes en

este colectivo que en los inmigrantes⁽⁴⁾. Se estima que de 100.000 viajeros/mes a zonas tropicales, al menos la mitad presentará un problema de salud durante o inmediatamente después del viaje.

Es importante tener en cuenta que muchas de estas enfermedades consideradas "exóticas" no son transmisibles en nuestro entorno por carecer del vector necesario. Por este motivo y desde un punto de vista epidemiológico, son las que pueden ser transmisibles (tuberculosis, VIH, sífilis y hepatitis víricas) sobre las que hay que tener un alto índice de sospecha.

SIGNOS CLÍNICOS

Los motivos de consulta suelen ser múltiples y a menudo inespecíficos, siendo el más importante la fiebre, tanto por la frecuencia como por la posible gravedad del cuadro, acompañada o no de manifestaciones cutáneas, gastrointestinales, respiratorias o articulares que pueden orientar el diagnóstico (Tabla II). Entre los hallazgos exploratorios más habituales encontramos:

Fiebre

En el paciente pediátrico es el motivo de consulta más frecuente. La etiología de un proceso febril es principalmente infecciosa.

En la mayoría de los casos, la fiebre en el niño viajero, se debe a infecciones infantiles comunes, pero el antecedente del viaje obliga a descartar enfermedades potencialmente letales. Entre un 10-28% de los viajeros a países en desarrollo presentarán fiebre durante/tras el viaje, especialmente 30 días tras el regreso.

En la valoración de la fiebre hay que tener en cuenta principalmente el tiempo transcurrido desde la exposición al agente infeccioso y la aparición de los síntomas. Es importante conocer el periodo de incubación de cada patología (Tabla III), el inicio del cuadro febril, su duración, síntomas acompañantes y si recibió tratamiento previo.

Especial interés tiene la malaria⁽⁵⁾ por ser el diagnóstico específico más frecuente. Es endémica en América Central y del Sur,

Correspondencia: Andrea Pascual Bonilla. Centro de Salud Alto Pas. Av. Diego Manteca s/n. 39680. Ontaneda. Corvera de Toranzo.
Correo electrónico: andipascual@hotmail.com

© 2012 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

TABLA I. ENFERMEDADES PREVALENTES SEGÚN SU PROCEDENCIA⁽¹³⁾

Universales	Norte de África
Tuberculosis	Tuberculosis
VIH	Áscaris, Tenias
Enfermedades de transmisión sexual	Larva migrans y currens
Hepatitis virales	Micosis
Gastroenteritis	Leishmania
E. respiratorias	Amebas
	Criptosporidium
África subsahariana	América Central
VIH	Malaria
Malaria	Lepra
Áscaris, tenias	Filarias
Larva migrans y currens	Amebiasis
Micosis	Oncocercosis
Filariasis linfática	Tripanosomiasis americana
Lepra	Áscaris
Oncocercosis	
Ámerica del Sur	Sudeste asiático
Malaria	Esquistosoma japon
Lepra	Estrongilosis
Áscaris	Filariasis linfática
Amebas, <i>Trichuris trichura</i>	Leishmaniasis visceral
Helmintos	Malaria
Filarias	Micosis
Tenias	Teniasis
Quistes hidatídicos	
Oriente medio	
Amebas	
Áscaris	
Dranculosis	
Larva migrans y currens	
Filarias	
Leishmania visceral	
Malaria	

República Dominicana, Asia, África y Pacífico Sur. Su patrón febril se asemeja a cualquier otra infección vírica, bacteriana o parasitaria. Ocasionalmente se acompaña de vómitos, cefalea, hepato-esplenomegalia, anemia y trombocitopenia. La forma mas frecuente y grave es la producida por *Plasmodium falciparum* que puede producir malaria cerebral. Otras especies (*P. ovale*, *P. vivax*, *P. malariae*) producen formas más leves, aunque pueden presentar recurrencias hasta 7 años después de abandonar la zona endémica, 40 en el caso de *P. malariae*. Ante todo episodio febril en un niño procedente de zona endémica debe realizarse gota gruesa y extensión fina para descartar malaria.

Otras infecciones causantes de síndrome febril son *Rickettsias*, el dengue, la esquistosomiasis aguda, fiebre entérica, la amebiasis invasiva y la enteritis por protozoos⁽⁶⁾.

TABLA II. PRINCIPALES ENFERMEDADES A PARTIR DE SIGNOS CLÍNICOS⁽¹⁴⁾

Alteración del mental	Meningitis bacteriana, fiebre tifoidea, estado encefalitis japonesa, rabia, fiebre amarilla, fiebres hemorrágicas, paludismo, tripanosomiasis africana
Hemorragia	Meningococemia, fiebres hemorrágicas, dengue hemorrágico, fiebre amarilla, tífus
Síntomas respiratorios	Infección respiratoria alta, gripe, fiebre Q, Tuberculosis
Linfadenopatías	Rickettsias, brucelosis, dengue, leishmaniasis, peste, tularemia, tuberculosis, tripanosomiasis, VIH
Hepatomegalia	Hepatitis, paludismo, absceso hepático amebiano, fiebre tifoidea, leptospirosis, leishmaniasis
Esplenomegalia	Paludismo, leishmaniasis, fiebre tifoidea, brucelosis, tífus, dengue, tripanosomiasis africana, fiebre recurrente epidémica
Ictericia	Hepatitis, paludismo, fiebre amarilla, leptospirosis, fiebres hemorrágicas
Exantema	Dengue, fiebre tifoidea, rickettsiosis, brucelosis, fiebres hemorrágicas, Leptospira, fiebre Chikungunya
Escara	Rickettsiosis, Borrelia, fiebres hemorrágicas

Síndrome respiratorio

En el niño inmigrante, entre otras, hay que tener en cuenta las infecciones de vías respiratorias altas, gripe, neumonías (principalmente las atípicas) e infecciones por neumococo y *Haemophilus influenzae*.

Sin embargo la enfermedad respiratoria más importante en inmigrantes es la tuberculosis (TBC)⁽⁷⁾. El bacilo *Mycobacterium tuberculosis* presenta distribución mundial, aunque la tasa de infección es cuatro veces mayor en países de baja renta que en núcleos urbanos. Los síntomas se suelen presentar durante la fase de establecimiento en el país de destino, dentro de los primeros 5 años tras su llegada. La clínica puede incluir síntomas pulmonares o extrapulmonares (SNC, cutáneo, gastrointestinal...). Otras consideraciones son la vacunación con BCG en zonas hiperendémicas y la alta tasa de resistencias en las cepas aisladas en inmigrantes, a tener en cuenta a la hora de establecer el tratamiento adecuado. La prueba del PPD está indicada de manera rutinaria en niños menores de 5 años procedentes de zonas de alta prevalencia (Latinoamérica, África, China, Filipinas, Rusia y Rumanía) y contactos con TBC, sospechosa o confirmada.

Síndrome gastrointestinal

Diarrea

Es uno de los motivos de consulta más frecuentes, tanto en el niño viajero como en el inmigrante.

En cuadros de diarrea aguda los patógenos más comúnmente aislados son similares a los que encontramos en nuestro medio: virus, *Salmonella*, *E. coli* enterotoxigénico, *Shigella* y *Campylobacter*. En cuanto a parásitos hay que prestar atención a las amebas, *Giar-*

TABLA III. ENFERMEDADES POSIBLES SEGÚN EL MOMENTO DE INICIO DEL CUADRO FEBRIL⁽¹⁴⁾

Corto (<8 días)	Medio (8-21 días)	Largo (>21 días)
Arbovirus	Brucelosis	Absceso hepático
Bacterias entéricas	Enfermedad de Lyme	amebiano
Fiebre paratifoidea	Fiebre Q	Esquistosomiasis aguda
Fiebres	Fiebre tifoidea	Filariasis
hemorrágicas	Hepatitis virales	Leishmaniasis visceral
Gripe	Leptospirosis	Tripanosomiasis
Peste	Paludismo	americana
Rickettsiosis	Rickettsiosis	Tuberculosis
	Tripanosomiasis africana	
	Virus	

dia lambia, *E. histolytica* y *Cryptosporidium*. Y el helminto más frecuente es *Ascaris lumbricoides*.

En las diarreas crónicas, además de las bacterias productoras de diarrea aguda, es importante pensar en micobacterias, giardiasis, trichuriasis o criptosporiosis así como otras enfermedades de origen no infeccioso (linfoma intestinal, déficit de lactasa o esprue tropical). En el niño inmigrante procedente de África subsahariana también hay que descartar infección por VIH, dada su alta prevalencia (60%).

Síndrome abdominal

El dolor abdominal es un síntoma frecuente, generalmente acompañado de fiebre. La fiebre tifoidea es el primer diagnóstico a descartar por la posibilidad de perforación intestinal, sin olvidarnos del absceso hepático amebiano (dolor en hipocondrio derecho), la *Fasciola hepática* (dolor abdominal y eosinofilia), infestación por helmintos y en el caso del paciente pediátrico la malaria.

La hepatomegalia aparece principalmente en las hepatitis víricas, aunque también lo podemos encontrar en abscesos hepáticos amebianos o parásitos (distomatosis o *Fasciola hepática*). En la esplenomegalia el primer diagnóstico a descartar es la malaria, sobre todo si va acompañada de fiebre. Otra causa muy importante es la leishmaniasis visceral, que va acompañada de pancitopenia e hipergammaglobulinemia. Otras infecciones causantes de hepato-esplenomegalia son la brucelosis, fiebre tifoidea, tripanosomiasis africana, leptospirosis o como síntomas leves de VIH.

Ante la elevación de las transaminasas hay que descartar las hepatitis víricas, fundamentalmente la A en niños no vacunados, aunque también la E, C y, sobre todo, la B con una prevalencia del 20% del HBsAg en sudeste asiático y África.

La ictericia aparece principalmente en hepatitis víricas y malaria (con parasitemias muy elevadas). En la fiebre amarilla suele ser el síntoma de inicio y en las fiebres hemorrágicas es un síntoma de enfermedad avanzada y con una alta mortalidad⁸. También el la fiebre Q es un signo de mal pronóstico.

Síndrome cutáneo

Las manifestaciones cutáneas con frecuencia se asocian a patología no infecciosa, entre las que se encuentran reacciones alérgi-

cas, lesiones por exposición solar, dermatitis de contacto y atópicas.

Cuando se asocian a procesos infecciosos, la mayoría corresponden a enfermedades banales, aunque en ocasiones pueden encontrarse en el contexto de enfermedades sistémicas con alta morbilidad, como algunas fiebres hemorrágicas.

Exantemas

Dentro de las enfermedades sistémicas, una de las más frecuentes en viajeros es el dengue, que se acompaña hasta en un 50% de exantema maculopapular difuso morbiliforme muy tenue, que posteriormente se descama. En ocasiones pueden ser petequias y hemorragia⁽⁹⁾.

Las fiebres hemorrágicas virales se presentan con manifestaciones cutáneas que van desde la púrpura petequial hasta hemorragias más importantes.

Numerosas enfermedades de transmisión sexual cursan con exantemas: primoinfección del VIH, sífilis secundaria (macular y pigmentado), gonococemia (papulo-vesicular y posteriormente base necrótica).

Otras infecciones bacterianas que cursan con exantema son: meningococemia, rickettsiosis, fiebre tifoidea, brucelosis, enfermedad de Lyme (eritema migrans).

Las micosis sistémicas producen manifestaciones cutáneas más floridas en inmunocomprometidos. Principalmente son dos: histoplasmosis y coccidiomicosis⁽¹⁰⁾.

Lesiones migratorias

Varios parásitos pueden migrar a través de los tejidos humanos produciendo lesiones migratorias acompañadas de prurito y eosinofilia. Algunas son: la larva migrans cutánea (lesión vesiculobullosa) o la larva currens (lesión serpenteante de horas de duración), siendo con diferencia la primera la lesión migratoria más frecuente. La loasis (*Loa Loa*) produce el edema de Calabar que es un angioedema caliente, migratorio, doloroso, pruriginoso y que puede recurrir varias veces al año.

Nódulos y pápulas

La miasis es la causa más frecuente de lesiones nodulares en los viajeros e inmigrantes por introducción de larvas de moscas en la epidermis (*Dermatobia hominis*).

Otras parasitosis como la toxocariasis, cisticercosis y equinococosis pueden producir masas quísticas o nodulares en la piel.

La tripanosomiasis africana o enfermedad del sueño, produce un chancro duro en el lugar de la picadura de la mosca Tse-Tse.

La oncocerciasis es muy poco prevalente entre viajeros, no así en inmigrantes, pero si aparece es muy típica la aparición de un exantema nodular muy pruriginoso¹¹ y lesiones en el globo ocular.

Úlceras

Gran variedad de patógenos pueden producir úlceras cutáneas como picaduras de artrópodos, enfermedades de transmisión sexual (úlceras genitales), leishmaniasis.

La úlcera de Buruli (*Micobacterium ulcerans*) asocia una gran morbilidad, precisando en muchas ocasiones amputaciones de miembros.

Prurito

Es un motivo frecuente de consulta en inmigrantes y viajeros de larga estancia. Puede ir asociado a otra lesión cutánea o como único síntoma. Ante cualquier lesión y prurito se debe sospechar siempre sarna o escabiosis.

Muchas de las infestaciones por helmintos pueden provocar prurito por lo que hay que se recomienda cribaje de parásitos intestinales e incluso tratamiento empírico con antihelmínticos.

Síndrome osteoarticular

Los síntomas osteoarticulares pueden deberse a una manifestación clínica inespecífica dentro de un cuadro general, depósito de inmunocomplejos (histoplasmosis) o al reflejo del tropismo especial de algún patógeno (cisticercosis). Los síntomas más frecuentes son artritis y artralgias⁽¹²⁾.

El virus de la Chikunguya produce artralgias-artritis en el 70-100% de los casos (según la serie estudiada) que afecta a pequeñas articulaciones, de curso errático e invalidantes.

El dengue o "fiebre quebrantahuesos" es una de las patologías importadas que más asocia en su cuadro clínico artralgias, apareciendo dolor muscular y articular sin artritis en más del 50% de los casos⁽⁹⁾.

La rickettsiosis, malaria, enfermedades gastrointestinales (*Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia*), lepra, histoplasmosis africana son algunas de las infecciones que cursan con patología muscular o articular, tanto reactiva como por invasión de la articulación.

Linfadenopatías

Son un hallazgo exploratorio habitual en el niño inmigrante, por lo que se debe realizar una exploración minuciosa de todas las cadenas ganglionares. La filiarisis linfática produce adenopatías inguinales y brotes de linfangitis en extremidad inferior. Tuberculosis, lepra, síntomas iniciales de VIH, leishmaniasis visceral, brucelosis o dengue son otras infecciones a descartar.

CONCLUSIONES

Las enfermedades importadas representan un pequeño porcentaje de las infecciones que presentan los niños inmigrantes y viajeros internacionales.

Desde un punto de vista epidemiológico, las más importantes son aquellas transmisibles en nuestro medio. Las enfermedades tropicales que precisan vector tienen importancia individual.

La clave para orientar el diagnóstico es la realización de una buena anamnesis (lugar de procedencia, ruta seguida, riesgos de

exposición, tiempo transcurrido, estado de vacunación, profilaxis recibida) y exploración detallada.

Los motivos más frecuentes de consulta son diarreas, fiebre y síntomas cutáneos.

La malaria, por su posible gravedad ha de estar presente en el diagnóstico diferencial ante un síndrome febril al regreso del trópico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bada JL. Enfermedades importadas. *Enf Infec Microbiol Clin*. 1988; 6: 395-7.
2. Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración. [consultado 10/10/2012]. Disponible en URL: <http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Estadisticas/operaciones/con-certificado/index.html>
3. Pérez-Arellano JL, Sanz Peláez O. Medicina Interna e infecciones en inmigrantes. *Rev Clin Esp*. 2008; 208: 1-3
4. Gascón J. Enfermedades infecciosas e inmigración. *Enferm Infec Microbiol Clin*. 2003; 21: 535-9.
5. López-Vélez R, Huerga H. Malaria importada en niños. *An Esp Pediatr*. 2000; 52: 303-304.
6. Bottieau E, Clerinx J, Schrooten W, Van den Enden E, Wouters R, Van Esbroeck M et al. Etiology and outcome of fever after a stay in the tropics. *Arch Intern Med*. 2006; 166: 1642-1648.
7. Altet Gómez MN, Alcaide Megías J. La tuberculosis en niños inmigrantes: dificultades y recomendaciones. *An Pediatr (Barc)*. 2005; 1062 (Supl 1): 1-5.
8. Carneiro SC, Cestari T, Allen SH, Ramos e-Silva M. Viral exanthems in the tropics. *Clin Dermatol*. 2007; 25: 212-220.
9. Wilder-Smith A, Schwartz E. Dengue in travelers. *N Engl J Med*. 2005; 353: 924-932
10. Panackal AA, Hajjeh RA, Cetron MS, Warnock DW. Fungal infections among returning travelers. *Clin Infect Dis*. 2002; 35: 1088-1095.
11. Ezzedine K, Malvy D, Dhaussy I, et al. Onchocerciasis-associated limb swelling in a traveler returning from Cameroon. *J Travel Med*. 2006; 13: 50-53.
12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Enfermedades infecciosas importadas por viajeros internacionales a los trópicos. Disponible en URL: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/migracion/docs/enfInflmpViajerosTropicos.pdf>
13. Gancedo MC, Hernández Gancedo MC. Enfermedades importadas. *Pediatr Integral*. 2006; X: 209-14.
14. Medina Claros AF, Mellado Peña MJ, García López-Hortelano. Fiebre en el niño inmigrante, refugiado/adoptado y tras un viaje internacional. En: Manrique Martínez I, Saavedra Lozano J, Gómez Campderá, Álvarez Calatayud G, eds. Guía de tratamiento de las enfermedades infecciosas en Urgencias pediátricas (3ª ed). Madrid; 2010. p. 859-863.