

Casos Clínicos

Fiebre... ¿puerperal?

Barrajón E, Khouri C, Sánchez J. Escribano Tórtola JJ.

Autora principal: Elena Barrajón Fernández
Email: elena.barrajon@gmail.com
Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España

RESUMEN

Antecedentes: la fiebre puerperal es una de las complicaciones más comunes que aparece en el puerperio. Objetivo: demostrar cómo el desarrollo de fiebre en el puerperio no siempre está relacionado con el parto. Metodología: se presenta un caso clínico de fiebre puerperal. Resultado: en nuestro caso, la paciente no responde al tratamiento habitual de la fiebre puerperal, no tiene clínica ginecológica y además presenta alteración analítica de los valores hepáticos junto con hepato-esplenomegalia, siendo diagnosticada finalmente de leishmaniasis. Conclusiones: la leishmaniasis es una enfermedad poco frecuente pero endémica en nuestro medio. Debemos sospecharla ante casos de fiebre de origen desconocido refractaria y pancitopenia.

PALABRAS CLAVE: Fiebre, puerperio, leishmaniasis.

SUMMARY

Background: puerperal fever is one of the most common complications that appears in the puerperium. Objective: to demonstrate how the development of fever in the puerperium is not always related to childbirth. Methodology: a clinical case of puerperal fever is presented. Result: in our case, the patient does not respond to the usual treatment of puerperal fever, does not have a gynecological clinic and also presents an analytical alteration of the hepatic values together with hepato-splenomegaly, being finally diagnosed of leishmaniasis. Conclusions: leishmaniasis is a rare but endemic disease in our environment. We should suspect it in cases of fever of unknown origin and pancytopenia.

KEY WORDS: Fever, puerperium, leishmaniasis.

INTRODUCCIÓN

La fiebre puerperal es la temperatura $>38^{\circ}\text{C}$ en dos ocasiones separadas al menos seis horas desde las 24 horas del parto hasta las seis semanas postparto. Ante una paciente con fiebre puerperal debemos hacer una anamnesis exhaustiva para reconocer los factores de riesgo que puedan predisponer a una infección en el puerperio. Sin embargo, es posible que aparezca fiebre en el período puerperal sin relación con el embarazo ni el parto. Por lo que, siempre que aparezca fiebre debemos descartar también patologías médicas que puedan causarla.

CASO CLÍNICO

Acude a urgencias una puérpera de hace diez días de un parto eutócico por mal estado general y fiebre de 39° en domicilio que no cede a pesar de tratamiento antitérmico. La paciente no tiene alergias conocidas a medicamentos, como tratamiento toma levotiroxina por hipotiroidismo y no tiene antecedentes quirúrgicos. El parto fue eutócico, se realizó episiotomía y el alumbramiento fue espontáneo. Lactancia materna establecida sin incidencias. La paciente presenta constantes vitales normales y la exploración abdomino-pélvica es normal.

En cuanto a la exploración ginecológica, se visualiza una episiografía de buen aspecto, sin signos de infección. Los loquios son no malolientes y de cantidad normal. El tacto bimanual no es doloroso y el útero está bien contraído.

Las mamas tienen aspecto lactante, sin cambios cutáneos ni signos infecciosos. Eyección láctea bilateral normal.

Se realiza ecografía transvaginal observando un útero puerperal con loquios que no captan color con Doppler.

Se extrae analítica completa en la que se evidencia una pancitopenia leve, coagulación normal y una PCR de 104, resto normal.

Ante el mal estado general de la paciente y la alteración analítica, se ingresa a cargo del servicio de ginecología como fiebre de origen desconocido en puerpera con pauta antibiótica: ampicilina 1 gr/6h + gentamicina 240 mg/24h.

Durante el ingreso se solicita radiografía de tórax que descarta neumonía atípica y TAC (tomografía axial computarizada) abdomino-pélvico el cuál descarta trombosis de venas ováricas, pero destaca una hepato-esplenomegalia moderada.

Se extraen exudados vaginal, endocervical, urocultivo y hemocultivos en pico febril, que resultan negativos.

A pesar del tratamiento antibiótico la paciente continúa con picos febriles, por lo que se añade clindamicina 600mg/8 h y posteriormente se cambia la pauta antibiótica a piperacilina-tazobactam. Ante la posibilidad de una trombosis de vena ovárica no evidenciada en el TAC se comienza con anticoagulación con enoxaparina.

En las analíticas de control se evidencia alteración del perfil hepático y leve pancitopenia por lo que se solicitan factores de complemento, cuyo resultado es negativo haciendo muy improbable la posibilidad de lupus sistémico u otra colagenosis.

La paciente mantiene en todo momento buen estado general, asintomática a excepción de la aparición de picos febriles de predominio vespertino.

Al no encontrar patología ginecológica que justificara la clínica de la paciente, se evaluó conjuntamente con el equipo de Medicina Interna del hospital quienes solicitan serologías para bartonella, brucella, leishmaniasis, virus Epstein-Barr y citomegalovirus. Todas las serologías son negativas a excepción de leishmaniasis que es positiva a títulos muy bajos (1/160) así que se solicita aspirado de médula ósea para cultivo de bacterias, hongos y parásitos. Finalmente, en el aspirado de médula ósea no se

visualizan parásitos, pero la PCR de *leishmania infantum* es positiva, por lo que se diagnostica de leishmaniasis visceral. Fue tratada con anfotericina B liposomal que es el fármaco con la mayor eficacia terapéutica y perfil de seguridad más favorable (1) con mejoría progresiva tanto clínica como analíticamente.

DISCUSIÓN

La leishmaniasis visceral es una enfermedad producida por un protozoo intracelular estricto del género *Leishmania*, *Leishmania donovani* y *Leishmania infantum* (2). Es una zoonosis endémica en regiones tropicales, subtropicales y en el sur de Europa. Se transmite a través de la picadura de flebotomos. Los roedores y los cánidos son los hospedadores reservorios más frecuentes mientras que el ser humano es un hospedador incidental. (3)

El periodo de incubación es muy variable, de días a meses. Se puede presentar de forma asintomática si el sistema inmune del individuo es capaz de controlar al parásito, pero se puede desarrollar la enfermedad si se produce inmunosupresión. (3) En el caso de nuestra paciente, el puerperio como estado de inmunosupresión pudo ser el desencadenante. (4)

El parásito invade los macrófagos, replicándose dentro de ellos y evadiendo así la respuesta inmune. (2) Se acumulan elevadas cargas de parásito en bazo, hígado y médula ósea, produciendo así los síntomas típicos: esplenomegalia, hepatomegalia (con alteración del perfil hepático) y pancitopenia.

En cuanto al diagnóstico diferencial, deben tenerse en cuenta enfermedades infecciosas como brucelosis, tuberculosis miliar, paludismo, fiebre tifoidea... y enfermedades como leucemia o linfoma. (5)

El diagnóstico definitivo se establece mediante la demostración del parásito en extensiones, cultivos de aspirados o en muestras de biopsia. Sin embargo, estas pruebas pueden demorarse demasiado, por lo que ante clínica de sospecha debe iniciarse el tratamiento. (6)

Está descrita la transmisión vertical de la enfermedad por lo que se recomienda vigilancia al neonato y serología. (7) En nuestro caso, el recién nacido se mantuvo asintomático durante todo el proceso. Además, se solicitó PCR de *leishmania* en sangre que fue negativa.

Durante el año 2016 se notificaron 72 casos de leishmaniasis en la Comunidad de Madrid. En el boletín epidemiológico de ese año no figuran más casos de puerperas con esta zoonosis, sólo en 2013 hubo otro caso similar en una puerpera febril.

El factor de riesgo más frecuente en los pacientes afectados fue la inmunosupresión. En cuanto al entorno, la presencia de perros y hábitats con mosquitos fueron los dos factores más encontrados.

Desde el año 2010 ha habido un aumento importante del número de casos en la zona suroeste de la comunidad de Madrid (Fuenlabrada, Leganés, Humanes y Getafe), por lo que, aunque sea una enfermedad poco frecuente, debemos tenerla en cuenta en nuestro medio ante pacientes que presenten fiebre de origen desconocido y pancitopenia. (8)

BIBLIOGRAFÍA

1. Bern C, Adler Moore J, Berenguer J, Boelaert M, den Boer M, Davidson RN, et al. Liposomal amphotericin B for the treatment of visceral leishmaniasis. *Clin Infect Dis*. 2006;43:917
2. Caryn Bern. Visceral leishmaniasis: clinical manifestations and diagnosis. [Internet] 2016 Recuperado a partir de <https://goo.gl/NPrLmq>
3. Caryn Bern. Visceral leishmaniasis: epidemiology and control [Internet] 2015 Recuperado a partir de <https://goo.gl/RUFDWW>
4. Aagaard-Tillery KM, Silver R, Dalton J. Immunology of normal pregnancy. *Semin Fetal Neonat Med*. 2006;11:279-95.
5. Manson-Bahr PE. Immunity in kala-azar. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 1961;55:550
6. Chiverto Y, Cabezas E, Castro M, Iglesias E. Leishmaniasis visceral como diagnóstico de fiebre puerperal de origen desconocido. doi: 10.1016/j.pog.2014.01.005
7. Da Silva SM, Ribeiro VM, Ribeiro RR, Tafuri WL, Melo MN, Michalick MS. First report of vertical transmission of *Leishmania infantum* in a naturally infected bitch from Brazil. *Vet Parasitol*. 2009;166:159-62. doi: 10.1016/j.vetpar.2009.08.011. Epub 2009 Aug 15.
8. Sevá ADP, Martcheva M, Tuncer N, Fontana I, Carrillo E, Moreno J. Efficacies of prevention and control measures applied during an outbreak in Southwest Madrid, Spain. doi 10.1371/journal.pone.0186372

IMÁGENES

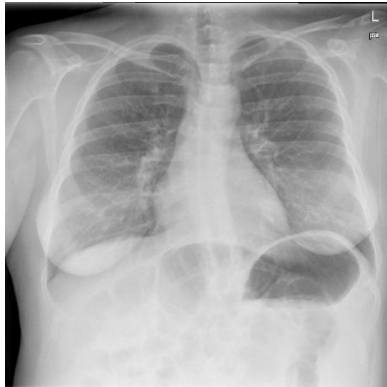


Imagen 1 Radiografía de tórax



Imagen 2 TAC abdomino-pélvico en el que destaca hepato-esplenomegalia moderada.