



Caso clínico

Fiebre chikungunya importada en Madrid

Patricia Richi Alberti*, Martina Steiner, Óscar Illera Martín, Patricia Alcocer Amores, Tatiana Cobo Ibáñez y Santiago Muñoz Fernández

Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de mayo de 2015

Aceptado el 6 de agosto de 2015

On-line el 12 de septiembre de 2015

Palabras clave:

Chikungunya

Artropatía

Keywords:

Chikungunya

Arthropathy

R E S U M E N

La fiebre chikungunya es una infección viral, transmitida por mosquitos, que cursa con fiebre, rash y síntomas musculoesqueléticos que pueden persistir meses, incluso años, de una forma crónica o recidivante precisando adecuado tratamiento.

La extensa epidemia declarada en el Caribe en 2013 ha provocado el aumento de los casos importados en los países no endémicos, así como del riesgo de transmisión autóctona en aquellas zonas donde se encuentran vectores, como es el caso de España. Describimos 4 casos de chikungunya atendidos en nuestras consultas.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. y

Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Imported chikungunya fever in Madrid

A B S T R A C T

Chikungunya Fever is a mosquito-transmitted viral disease that causes fever, rash and musculoskeletal complaints. The latest may persist for several months, or even years or developed a relapsing course, that deserve an adequate treatment.

Due to the large outbreak declared in the Caribbean in 2013, imported cases of Chikungunya as well as the risk of autochthonous transmission in case of available vectors have increased in non-endemic countries, like Spain. We described four cases of Chikungunya treated in our clinic.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de

Reumatología. All rights reserved.

Introducción

La fiebre chikungunya es una viriasis producida por un alfavirus, descrita en los años 50, considerada hasta hace poco como una enfermedad tropical por su área de distribución. Las mutaciones experimentadas por el virus y su adaptación a un vector, el *Aedes albopictus* o mosquito tigre asiático, de distribución más amplia que su transmisor clásico el *Aedes aegypti*¹ y que incluye la cuenca Mediterránea española, han extendido el área de transmisión autóctona, que en la actualidad abarca África, Asia, Europa (Italia y Francia) y desde la epidemia declarada en el Caribe a finales del 2013, con más de 1.000.000 de casos, también el continente americano².

Casos clínicos

Los pacientes fueron remitidos a Reumatología, entre julio y septiembre del 2014, desde Atención Primaria (3) y Urgencias (1), por artralgias o artritis de varias semanas de evolución. Todos presentaban el antecedente epidemiológico de haber viajado a la República Dominicana en las semanas previas al comienzo. Los 4 desarrollaron fiebre, rash y síntomas musculoesqueléticos, en 3 iniciados durante su estancia en Santo Domingo y en el cuarto, pocos días después del regreso. Presentaban artralgias intensas, solo acompañadas de poliartritis con patrón de artritis reumatoide en un caso, el de mayor edad, factor que se ha relacionado con la persistencia de artropatía^{3,4}. El diagnóstico se confirmó serológicamente. Una de las pacientes presentaba IgM negativa e IgG positiva, lo que se explicó por el lapso mayor de 2 meses entre la clínica y los análisis. La serología de dengue mostró indicios de contacto previo en los 3 enfermos dominicanos. El factor reumatoide (FR) y los anticuerpos

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: patricia.richi@salud.madrid.org (P. Richi Alberti).

Tabla 1
Características de los pacientes

Edad, años	Sexo	Síntomas	Serología chikungunya	Serología dengue	FR/Ac CCP	ANA	Tratamiento	Evolución
62	M	Fiebre Rash Artritis	IgM + IgG +	IgM – IgG +	Neg/Neg	Neg	AINE Corticoides	Remisión (4 m)
29	M	Fiebre Rash Artralgias	IgM + IgG +	IgM – IgG +	Engne	Neg	AINE Corticoides	Recidiva remisión (4 m)
25		Fiebre Rash Artralgias	IgM – IgG +	IgM – IgG –	Neg/Neg	Neg	AINE Corticoides	Remisión (2 m)
26		Fiebre Rash Artralgias	IgM + IgG +	IgM – IgG +	Neg/Neg	Neg	AINE Corticoides	Remisión (1 m)

antipéptido cíclico citrulinado (ACPA) fueron negativos en todos. En un caso los anticuerpos antinucleares fueron positivos pero posteriormente se negativizaron, circunstancia descrita en numerosas infecciones. No se identificó daño articular radiológico. Cuando acudieron por primera vez a la consulta, todos los pacientes habían recibido ya AINE y corticoides, lo que refleja la intensidad de los síntomas. Solo en la enferma con poliartritis fue necesario mantener una pauta descendente de prednisona durante varias semanas. En ningún caso la enfermedad persistió más de 4 meses. Solo uno recidivó, con buena respuesta posterior (tabla 1).

Discusión

La fiebre chikungunya cursa con un cuadro inespecífico, frecuentemente con compromiso articular. El antecedente epidemiológico del viaje fue determinante para el diagnóstico en nuestros pacientes, como en los 10 pacientes descritos en Cataluña en julio del 2014⁵ y en los 79 casos declarados en la Comunidad de Madrid hasta noviembre del 2014 (Boletín de Información Epidemiológica de la Consejería de Sanidad). Sin embargo hay que recordar que existe la posibilidad de transmisión autóctona en las zonas en las que existe mosquito tigre (Cataluña, Comunidad Valenciana y Murcia en España)⁶, en caso de que llegue a estas regiones un paciente infectado con el virus de chikungunya.

Todos nuestros pacientes fueron FR y ACPA negativos frente al 20–30% de seropositividad previamente descrita^{7,8}. Todos se resolvieron en 16 semanas como máximo. Sin embargo, la cronificación del cuadro articular es una complicación bien conocida, pudiendo cursar como artralgias inespecíficas, patología de partes blandas o cuadros inflamatorios con patrón de artritis reumatoide, espondiloartritis o artritis indiferenciadas^{8–10}, que han mostrado buena respuesta al tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad, sintéticos o biológicos⁸. Estos casos son los que más se beneficiarían de su derivación precoz a Reumatología, como ha ocurrido en nuestra serie, lo que permitiría aprovechar la existencia de una hipotética ventana terapéutica.

Conclusiones

Chikungunya puede pasar a formar parte del diagnóstico diferencial de cualquier paciente con el cuadro típico que habite en una región con transmisión viable y no solo de viajeros procedentes de áreas endémicas. Es necesario que los reumatólogos conozcamos esta entidad para contribuir al control de la posible expansión de esta enfermedad de declaración obligatoria, así como para ofrecer a los pacientes una atención especializada óptima.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de intereses.

Bibliografía

- Caglioti C, Lalle E, Castilletti C, Carletti F, Capobianchi MR, Bordini L. Chikungunya virus infection: An overview. *New Microbiologica*. 2013;36:211–27.
- Chikungunya WHO Fact sheet N° 327. Updated February 2015 [consultado 15 Abr 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs327/en/>.
- Gérardin P, Fianu A, Michault A, Mussard C, Boussaid K, Rollot O, et al. Predictors of Chikungunya rheumatism: A prognostic survey ancillary to the TELECHIK cohort study. *Arthritis Res Ther*. 2013;15(R9).
- Moro ML, Grilli E, Corvetta A, Silvi G, Angelini R, Mascella F, et al. Long-term chikungunya infection clinical manifestations after an outbreak in Italy: A prognostic cohort study. *J Infect*. 2012;65:165–72.
- Requena-Méndez A, García C, Aldasoro E, Vicente JA, Martínez MJ, Pérez-Molina JA, et al. Cases of chikungunya virus infection in travellers returning to Spain from Haiti or Dominican Republic, April–June 2014 by Euro Surveill. 2014;19:20853.
- Bueno Mari R, García Mújica P, Rico Miralles J, Agulló Ronc A. Nuevos datos sobre el proceso de expansión de *Aedes albopictus* (Skuse, 1894) (Diptera Culicidae) por el sureste de la Península Ibérica: hallazgo de la especie en Mazarrón (Murcia, España). *Bol SEA*. 2012;51:307–9.
- Chopra A, Anuradha V, Lagoo Joshi V, Kunjir V, Salvi S, Saluja M. Chikungunya virus aches and pains: An emerging challenge. *Arthritis Rheum*. 2008;58:2921–2.
- Javelle E, Ribera A, Degasne I, Gaüzère BA, Marimoutou C, Simon F. Specific management of post-chikungunya rheumatic disorders: A retrospective study of 159 cases in Reunion Island from 2006–2012. *PLOS Neglected Tropical Diseases* 2015, March 11 [consultado 3 May 2015]. Disponible en: <http://www.plosntds.org/article/Metrics/info:doi/10.1371/journal.pntd.0003603>.
- Horcada ML, Díaz-Calderón C, Garrido L. Chikungunya fever. Rheumatic manifestations of an emerging disease in Europe. *Reumatol Clin*. 2015;11:161–4.
- Cabié A, Ledrans M, Abel S. Chikungunya virus infections. *N Engl J Med*. 2015;373:93–5.