

3.7

FIEBRE TIFOIDEA

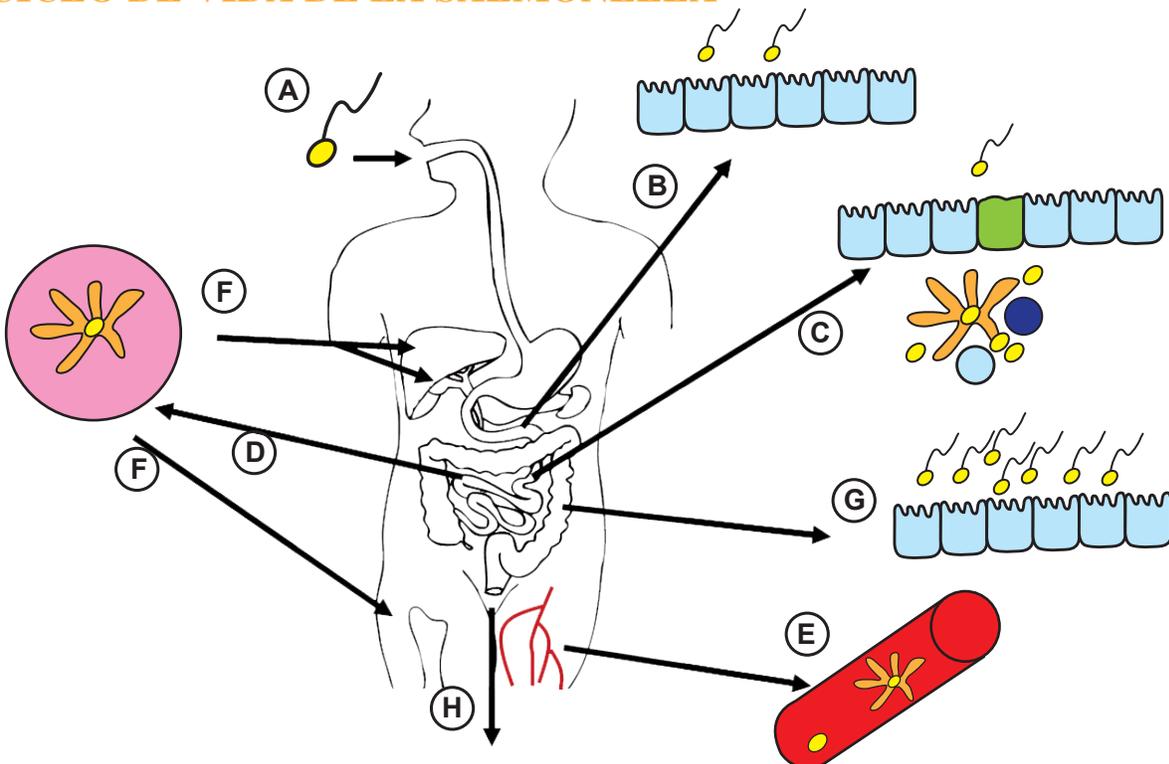
SÍNTOMAS Y SIGNOS

- Fiebre más cefalea.
- Síntomas inespecíficos: malestar general, apariencia tóxica, diarrea o estreñimiento.
- Diagnóstico clínico sin mucho apoyo en el laboratorio.

COMPLICACIONES

- **Hemorragia y perforación intestinal:** se sospecha en un paciente con fiebre tifoidea con hipotermia, hipotensión, taquicardia y distensión abdominal en la tercera semana de la enfermedad, debido a necrosis en el tejido linfóide en el íleon distal.
- **Ictericia:** hepatitis o hemólisis leve puede suceder.

CICLO DE VIDA DE LA SALMONELLA



- A. La bacteria es ingerida con los alimentos o agua
- B. Se replica en el Intestino delgado
- C. Penetración por el Íleo Distal
- D. Migración hacia el Sistema Reticulo Endotelial

- E. Regresa al flujo sanguíneo
- F. Penetra al hígado, vesícula biliar y médula ósea
- G. La Bacteria es excretada junto a la bilis.

LABORATORIO

- BH: puede haber leucopenia o leucocitosis.
- AST/ALT ligeramente elevadas.
- Coprocultivo: solo hasta un 40% son positivos; porque una vez que esten presentes los síntomas, no hay bacteria en heces.
- Hemocultivos: 40- 80% son positivos
Cultivo de Medula Ósea: estándar de oro. 98% sensible versus 70% en hemocultivo; NO es muy práctico.
- Serología (aglutinaciones febriles):
 - Mide anticuerpos H (flagelar) y O (somático)
 - La interpretación clásica es anticuerpo O elevado y H elevado significa S. Typhi aguda.
 - Limitantes de las aglutinaciones febriles: Antígeno O elevado indica infección por salmonella no Typhi (no tifoidea) que tienen antígeno O en común con S. Typhi.
 - En países endémicos, como es el caso de Ecuador, los pacientes tienen títulos elevados de anticuerpo H.
 - Ciertos pacientes tienen una respuesta inmune débil frente a una infección activa.
 - Creemos que el valor predictivo negativo le hace más útil. Por eso un valor <1:160 descarta el diagnóstico en un paciente con baja sospecha.

IMAGEN

RX de Abdomen (de pie): en pacientes con síntomas por más de una semana, puede ser útil para buscar aire libre que sugiere perforación intestinal.

MANEJO

• Terapia Antibacteriana

Adultos: una de las tres opciones
Ciprofloxacina 500 VO BID x 10-14 días
Ceftriaxone 2g IV QD x 10 días
Azitromicina 1g VO QD x 5 días

Niños: una de las tres opciones

Ceftriaxone 100mg/kg IV QD x 10-14 días (máximo 4g/día)

Ciprofloxacina 30mg/kg IV o VO QD x 7-10 días (máximo 1g/día)

Azitromicina 20mg/kg QD x 5 días (máximo 1g/día).

*Ampicilina, Amoxicilina, Cloranfenicol, Cotrimoxazol: existen datos no concluyentes que indican altos niveles de resistencia.

• Corticoides

En pacientes con “Tifoidea Severa” (delirio, obnubilación, coma, o choque), se puede administrar en niños y adultos: Dexametasona: 3mg/kg, luego 1mg/kg cada 6 horas x 48 horas, para reducir la mortalidad.

PERLAS

- La Fiebre Tifoidea es un diagnóstico clínico. Tifoidea sin cefalea típicamente no es tifoidea.
- Diagnóstico diferencial: Dengue, Malaria, Absceso Hepático Amebiano, Leptospirosis, Síndrome Viral.
- Una forma de distinguir Tifoidea de Malaria es que, con Tifoidea, el paciente se siente mal constantemente. Con Malaria el paciente se siente bien entre los episodios febriles.
- No se puede confirmar el diagnóstico de Fiebre Tifoidea basada en los niveles de aglutinaciones febriles en zonas endémicas como Ecuador.

BIBLIOGRAFÍA:

Sensitivity and specificity of typhoid fever rapid antibody tests for laboratory diagnosis at two sub-Saharan African sites. Bull World Health Organ 2011;89:640–7.

Randomized comparison of aztreonam and chloramphenicol in treatment of typhoid fever. Gotuzzo E, Echevarría J, Carrillo C, Sánchez J, Grados P, Maguiña C, DuPont HL. Antimicrob Agents Chemother. 1994;38(3):558.

100 years of Widal test&its reappraisal in an endemic area. Shukla S, Patel B, Chitnis DS. Indian J Med Res. 1997;105:53

Guidelines for the use of systemic glucocorticosteroids in the management of selected infections. Working Group on Steroid Use, Antimicrobial Agents Committee, Infectious Diseases Society of America. McGowan JE Jr, Chesney PJ, Crossley KB, LaForce FM J Infect Dis. 1992;165(1):1. Clinical Microbiology Laboratory, Grady Memorial Hospital, Atlanta, GA 30335