Viernes 17 de febrero de 2017
Taller:
Casos clínicos en patología importada

Moderadora:
Dolors Canadell Villaret
Pediatra. CAP Barberà. Barcelona.

Ponentes/monitoras:
- **Immaculada Sau Giralt**
  Pediatra. CAP Sta. Coloma de Farners. Girona.
- **Victoria Fumadó Pérez**
  Unidad de Patología Importada y Enfermedades Infecciosas. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Sant Joan de Déu. Barcelona.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Canadell Villaret D, Fumadó Pérez V, Sau Giralt I. Casos clínicos en patología importada. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2017. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017. p. 295-306.

Casos clínicos en patología importada

Dolors Canadell Villaret
Pediatra. CAP Barberà. Barcelona.
dcanadell03@gmail.com
Victoria Fumadó Pérez
Unidad de Patología Importada y Enfermedades Infecciosas. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Sant Joan de Déu. Barcelona.
vfumado@hsjdbcn.org
Immaculada Sau Giralt
Pediatra. CAP Sta. Coloma de Farners. Girona.
isau.girona.ics@gencat.cat

RESUMEN

Las enfermedades importadas (EIM) se definen como las enfermedades infecciosas adquiridas en un país y diagnosticadas en otro donde no existen o son menos prevalentes.

Los niños inmigrantes, los niños procedentes de adopción internacional y los que regresan de viajes internacionales, sobre todo de zonas tropicales y subtropicales, pueden presentar síntomas (fiebre, diarrea, problemas en la piel y síntomas respiratorios, son los más frecuentes). Estos síntomas pueden deberse a enfermedades importadas o también a enfermedades cosmopolitas. A través de la historia clínica pormenorizada, el examen físico detallado y los exámenes complementarios pertinentes, podremos abordar el diagnóstico y el tratamiento adecuadamente.

En un niño con fiebre procedente de una zona donde la malaria es endémica se debe descartar esta enfermedad de forma precoz por su potencial gravedad, aunque el niño no tenga fiebre en el momento de la evaluación y haya tomado la quimioprofilaxis correctamente. La fiebre es prácticamente común en todas las infecciones, aunque sean banales, pero también está presente en enfermedades graves que se acompañan de síntomas hemorrágicos, deterioro neurológico o dificultad respiratoria grave y tendremos que descartarlas en una primera aproximación diagnóstica.

La eosinofilia es un hallazgo analítico cuya causa más frecuente en inmigrantes y, en muchas ocasiones, en niños procedentes de un viaje internacional a zona tropical o subtropical es la helmintiasis.

La mutilación genital femenina es una práctica que se realiza en algunos países de África subsahariana y que comporta graves repercusiones sobre la salud física, sexual y psicológica de las niñas y mujeres. El pediatra de Atención Primaria es clave para la detección de las familias de riesgo y para prevenir su realización.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades importadas (EIM) se definen como las enfermedades infecciosas adquiridas en un país y diagnosticadas en otro donde no existen o son menos prevalentes. Desde hace unos años en España, debido a la inmigración, la adopción internacional y los viajes internacionales, los pediatras hemos tenido que actualizar nuestros conocimientos para atender adecuadamente en las consultas de Atención Primaria a los niños procedentes de otras culturas y países. Estos niños pueden presentar enfermedades importadas de áreas tropicales y subtropicales, que si no las conocemos no podremos pensar en ellas ni diagnosticarlas.

Entre los niños viajeros, los que tienen mayor riesgo de enfermar son los niños inmigrantes que van a visitar a sus familiares y amigos en su país de origen, los llamados *visiting friends and relatives* (VFR). Estos niños son los que menos solicitan el consejo previaje y en caso de hacerlo son los que se adhieren menos a las recomendaciones propuestas debido a que el medio en el que van a vivir les es conocido y no consideran que comporte riesgo para la salud.

Tabla 1. Infecciones importadas de distribución preferentemente tropical y subtropical, según las zonas de origen del paciente

América Central, América del Sur y Caribe	África del Norte	África Subsahariana	Asia
Protozoos			
Malaria	Leishmaniasis	Malaria	Malaria
Enfermedad de Chagas	Babesiosis	Tripanosomiasis africana	Leishmaniasis
Leishmaniasis	Protozoos intestinales[a]	Leishmaniasis	Protozoos intestinales[a]
Babesiosis		Babesiosis	
Protozoos intestinales[a]		Protozoos intestinales[a]	
Helmintos			
Nematodos intestinales[b]	Nematodos intestinales[b]	Nematodos intestinales[b]	Nematodos intestinales[b]
Esquistosomiasis	Esquistosomiasis	Filariasis[c], loiasis	Esquistosomiasis
Filariasis[c]	Larva *migrans* cutánea	Esquistosomiasis	Filariasis linfáticas
Larva *migrans* cutánea	Hidatidosis	Larva *migrans* cutánea	Larva *migrans* cutánea
Gnatostomiasis	Himenolepiasis	Paragonimiasis	Paragonimiasis
Paragonimiasis		Gnatostomiasis	Gnatostomiasis
Angiostrongiloidiasis		Dracunculosis	Dracunculosis
Hidatidosis		Hidatidosis	Hidatidosis
Teniasis cisticercosis		Teniasis cisticercosis	Teniasis cisticercosis
Himenolepiasis		Himenolepiasis	Himenolepiasis
			Opistorquiasis
			Clonorquiasis
			Capilariasis

Continúa en pág. siguiente ▸

◂ Continuación de pág. anterior

Tabla 1. Infecciones importadas de distribución preferentemente tropical y subtropical, según las zonas de origen del paciente

América Central, América del Sur y Caribe	África del Norte	África Subsahariana	Asia
Virus			
Arbovirosis Fiebres hemorrágicas: dengue, fiebre amarilla, Junín, Machupo Encefalitis Zika		Arbovirosis Fiebres hemorrágicas: dengue, fiebre amarilla, Marburg, Ébola, Lassa Encefalitis Chikungunya Kaposi endémico Linfoma de Burkitt	Arbovirosis Fiebres hemorrágicas: dengue, fiebre amarilla, Congo-Crimea, Nipah Encefalitis japonesa Chikungunya Gripe aviar Zika
Hongos			
Histoplasmosis Paracoccidioidomicosis Blastomicosis Coccidioidomicosis	Blastomicosis	Histoplasmosis Blastomicosis	Histoplasmosis Blastomicosis Peniciliosis
Bacterias y micobacterias			
Lepra Rickettsiosis Bartonelosis Treponematosis endémicas Tracoma	Lepra Rickettsiosis	Lepra Rickettsiosis Treponematosis endémicas Piomiositis tropical Úlcera de Buruli Tracoma	Lepra Rickettsiosis Treponematosis endémicas Melioidosis Tracoma
Ectoparásitos			
Miasis Tungiasis		Miasis Tungiasis	Tungiasis

[a]Amebiasis, giardiasis, ciclosporidiasis, isosporidiasis y balantidiasis.

[b]Ascariasis, uncinariasis, tricuriasis y estrongiloidiasis.

[c]Linfáticas, oncocercosis, mansonelosis.

La mayoría de los niños procedentes de otros países son niños sanos, pero además de presentar enfermedades cosmopolitas también pueden tener enfermedades importadas. Para realizar el diagnóstico, tendremos en cuenta los signos y síntomas que presenten (diarrea, fiebre, problemas en la piel, síntomas respiratorios, como más frecuentes), las enfermedades propias de cada región (Tabla 1) y exposición durante el viaje (Tabla 2), los periodos de incubación (Tabla 3), los hallazgos analíticos guía como la eosinofília o la anemia, los tratamientos realizados, las prácticas de riesgo, y las medidas de prevención. El pediatra, cada vez dispone de más recursos *online* que le pueden ayudar para tal fin (Tabla 4).

También debemos conocer algunas prácticas como la mutilación genital femenina (MGF) que se realiza en algunos países de África subsahariana y que comporta graves repercusiones para la salud física, sexual y psicológica de las niñas y mujeres. El pediatra de Atención Primaria es un profesional clave para prevenir la MGF. Es fundamental saber cómo prevenirla y las consecuencias legales que para los padres puede tener su realización ya

Tabla 2. Exposición a riesgos durante el viaje

Riesgos relacionados con la comida	Agua o bebidas no embotelladas Cubitos, helados ambulantes, leche no pasteurizada Comida ambulante Verdura cruda, ensaladas, fruta pelada Comer en restaurantes poco higiénicos, con moscas…
Tipo de viaje	Dormir al aire libre, en tiendas de campaña, … Baños en agua dulce: ríos, lagos… Paseos por arrozales, bosques, playas… Tipo de calzado inadecuado
Contacto animales	Picaduras de insectos (mosquitos, moscas, garrapatas…) Mordedura o arañazo de perro, gato, mono, murciélago
Parenteral	Transfusiones, pinchazos con agujas, inyectables, *piercings*, tatuajes
Protección malaria	No ingesta diaria de medicación antimalaria, no uso de mosquiteras, repelente y ropa adecuada
Contacto con personas enfermas	Amigdalitis, mononucleosis, sarampión, neumonía, infecciones digestivas, hepatitis, tuberculosis…
Otros	Relaciones sexuales, lavado de manos inadecuado…

Tabla 3. Infecciones importadas según el período de incubación

< 14 días	2-6 semanas	> 6 semanas
Tripanosomiasis africana	Malaria	Malaria
Angiotrongiloidiasis	Fiebre de Katayama	Esquistosomiasis
Síndrome de Löeffler por Ascaris	Absceso amebiano hepático	Leishmaniasis visceral
Opistorquiasis	Estrongiloidiasis	Absceso amebiano hepático
Arbovirosis	Síndrome de Löeffler por uncinarias	Tripanosomiasis africana y americana
Infección por el VIH aguda	Tripanosomiasis africana	Filariasis
Rabia	Infecciones entéricas por protozoos	Fascioliasis
Poliomielitis	Infección por el VIH aguda	Infecciones entéricas por nematodos
Gripe	Hepatitis A	Hepatitis B
Rickettsiosis	Hepatitis E	Hepatitis E
Leptospirosis	Rickettsiosis	Rabia
Fiebre entérica	Leptospirosis	Tuberculosis
Infecciones entéricas bacterianas	Fiebre entérica	Brucelosis
Fiebre Q	Fiebre Q	Micosis crónicas
Brucelosis	Brucelosis	
Fiebre recurrente	Enfermedad de Lyme	
Infecciones por meningococo y neumococo		
Legionelosis		
Peste		
Histoplasmosis aguda		
Coccidioidomicosis aguda		

Tabla 4. Enlaces de interés para el abordaje de enfermedades importadas

Descripción de enfermedades	http://wwwnc.cdc.gov/travel/diseases http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2016/table-of-contents Yellow book (capítulo 3) http://www.uptodate.com/contents/search http://www.who.int/ith/en/ International travel and health. http://www.seimc.org/documentos/guias/2006/Guia1_2006_Viajero.pdf
Diagnóstico microbiológico	http://www.cdc.gov/dpdx/ http://www.seimc.org/documentoscientificos.php?mn_MP=3&mn_MS=358
Tratamientos	http://pediamecum.es/ http://www.guia-abe.es/ http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18624es/s18624es.pdf http://www.sanfordguide.com/

sea en nuestro país o en su país de origen, aprovechando un viaje.

El diagnóstico y el tratamiento de las EIM transmisibles son importantes para la salud del niño y además por la repercusión que pueden representar para la salud pública.

En este seminario se propone revisar y actualizar, a través de casos clínicos, los conocimientos y habilidades de los pediatras de Atención Primaria para abordar algunos de los problemas y enfermedades que nos plantean los niños inmigrantes, los adoptados y los viajeros internacionales.

FIEBRE AL REGRESO DEL TRÓPICO

El niño que regresa de un viaje internacional con fiebre, tendrá que ser evaluado teniendo en cuenta todas las causas de síndrome febril, las relacionadas con el viaje y las que no.

Evaluación diagnóstica

La evaluación del paciente febril al regreso del trópico se basa en la evaluación sistemática a través de la historia clínica detallada, del examen físico exhaustivo y de las pruebas de laboratorio individualizadas para cada caso. Con esta sistemática podemos confirmar la sospecha clínica y eliminar la posibilidad de infecciones potencialmente graves.

El objetivo de la primera visita de urgencias es descartar dos tipos de enfermedades:

- Las de elevada morbimortalidad (malaria, fiebre de Ébola, fiebre tifoidea…).
- Las que tienen importantes implicaciones para la salud pública (tuberculosis, sarampión, hepatitis A, fiebre hemorrágica…).

Habitualmente las enfermedades graves en los viajeros al regreso del trópico van acompañadas de fiebre. Los síntomas que nos pueden avisar que se trata de una enfermedad grave son hemorragias, afectación neurológica y distrés respiratorio grave.

Por su potencial gravedad y por su frecuencia **toda fiebre al regreso del trópico es malaria hasta que no se demuestre lo contrario**. Debemos tener presente que el niño puede estar afebril en el momento de la evaluación y que la realización correcta de la quimioprofilaxis no la excluye.

Se deben considerar los antecedentes, la exposición a riesgos (Tabla 2), los síntomas acompañantes (Tabla 5) y el periodo de incubación (Tabla 3) para centrar el diagnóstico diferencial.

Tabla 5. Orientación diagnóstica en función de síntomas acompañantes de la fiebre

Síntoma acompañante	Posibles diagnósticos
Fiebre + exantema	Dengue, Chikungunya, Zika, rickettsiosis, fiebre tifoidea, infección aguda VIH, sarampión
Fiebre + dolor abdominal	Fiebre tifoidea y paratifoidea, hepatitis víricas, absceso amebiano
Fiebre + hemorragia	Fiebres hemorrágicas víricas (dengue, Ébola, Marburg, Lassa…), meningococemia, leptospirosis, sepsis por BGN, rickettsiosis
Fiebre + eosinofilia	Esquistosomiasis aguda, fasciola, infecciones parasitarias
Fiebre + infiltrados pulmonares	Neumonías bacterianas o por Mycoplasma, legionelosis, esquistosomiasis aguda, fiebre Q, leptospirosis, tuberculosis
Fiebre + afectación del estado de conciencia	Malaria cerebral, meningitis vírica o bacteriana, tripanosomiasis africana, tifus, neurocisticercosis
Fiebre + ictericia	Hepatitis víricas, fiebre amarilla, malaria, fiebres hemorrágicas víricas, leptospirosis, fiebre recurrente, tifus
Fiebre + esplenomegalia	Síndrome mononucleósico (EB, CMV, VIH), malaria, leishmaniasis visceral, tripanosomiasis, esquistosomiasis aguda, brucelosis, fiebre tifoidea
Fiebre + broncoespasmo	Síndrome de Löeffler, fiebre de Katayama, eosinofilia pulmonar tropical
Fiebre que persiste más de dos semanas	Malaria, fiebre tifoidea, infección por CMV o Epstein-Barr, toxoplasmosis, brucelosis, primoinfección VIH, esquistosomiasis aguda, fiebre Q, leishmaniasis visceral, tuberculosis, toxoplasmosis, brucelosis

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; BGN: bacilos gran negativos; EB: Epstein Barr; CMV: citomegalovirus.

El riesgo de adquirir una infección tropical está directamente relacionado con el itinerario del viaje y la zona geográfica visitada, las actividades realizadas (baños en agua dulce en zonas endémicas de esquistosomiasis), tipo de calzado, exposición a animales: arañazos, mordeduras u otros contactos, ingesta de comidas locales y/o agua no controlada, o leche sin pasteurizar, contactos sexuales, tatuajes o *piercing* (importante en adolescentes), espeleología u otras actividades, tipos de alojamiento, etc. (Tabla 2).

Uno de los apartados más importantes en los pacientes que viajaron a zona endémica de malaria, es saber si han tomado y completado la quimioprofilaxis, con que fármaco, y también, si recibieron vacunas previas al viaje.

El patrón de presentación del síndrome febril es importante para la orientación diagnóstica (ritmo horario, fiebre en agujas, fiebre diaria o días alternos), así como la asociación con otros síntomas como cefaleas, escalofríos, sudor, vómitos y/o diarreas. El periodo de incubación (Tabla 3) también nos ayudará a orientar la causa de la fiebre.

Conviene recordar que los pacientes con malaria pueden tener infección respiratoria, síntomas gastrointestinales o del sistema nervioso central.

La presencia de signos asociados, síntomas o hallazgos de laboratorio puede centrar la atención en las infecciones específicas.

La fiebre acompañada de alguno de los siguientes síndromes merece un examen más detallado, ya que puede indicar riesgo para la salud pública: erupción cutánea respiración dificultosa, dificultad para respirar,

tos persistente, disminución de la conciencia, hematomas o sangrado inusual (sin lesión previa), diarrea persistente, vómitos persistentes, ictericia o parálisis de inicio reciente. Las enfermedades de transmisión sexual, incluida la infección por VIH aguda, pueden causar fiebre.

Si el paciente presenta diarrea u otra sintomatología digestiva, hay que considerar la fiebre tifoidea o paratifoidea y la hepatitis A.

Si el paciente presenta manifestaciones hemorrágicas, considerar: sepsis meningocócica, sepsis por bacilos gramnegativos, rickettsiosis, dengue o la fiebre hemorrágica (Ébola, Lassa…) que es muy grave pero mucho menos frecuente.

Aunque la mayoría de las enfermedades febriles en los viajeros están relacionadas con infecciones, se deben tener en cuenta otros problemas, como las reacciones de hipersensibilidad.

Después del examen físico completo, podemos realizar pruebas de laboratorio que incluyen: hemograma con recuento y fórmula, pruebas de coagulación, PCR, perfil hepático y renal, hemocultivo, gota gruesa y extensión fina, o estudio para malaria con test de detección rápido si ha estado en zona endémica de malaria, parásitos en heces, coprocultivo si presenta diarrea, sedimento y cultivo de orina en lactantes y radiografía de tórax, según clínica. Es recomendable guardar una muestra de la sangre inicial para posibles serologías.

Otras pruebas que podemos realizar según la sospecha clínica son: serologías de fiebre tifoidea y paratifoidea, IgM e IgG de hepatitis A, reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para dengue, PCR para Chikungunya, PCR para Zika y serología de rickettsias y otras fiebres recurrentes (*Borrelia*, *Coxiella*).

Si las pruebas complementarias son negativas pero existe sospecha de malaria debe ingresarse al paciente y repetir el estudio para malaria en aguja febril.

Orientación diagnóstica según los resultados de las pruebas de laboratorio

- **Malaria**: anemia, trombocitopenia, leucopenia/leucocitosis, gota gruesa (+) extensión fina: determinación de especie. Test rápido positivo.
- **Esquistosomiasis**: eosinofilia, huevos en heces o huevos en orina, anticuerpos (+).
- **Rickettsiosis**: leucopenia; anemia, trombocitopenia, hipertransaminemia, serología (+).
- **Fiebre tifoidea**: leucopenia, anemia, hipertransaminemia, hemocultivo (+); serología (+).
- **Leptospirosis**: coagulopatía, alteraciones hepáticas y renales.
- **Dengue**: leucopenia, trombocitopenia, hipertransaminemia, serología/PCR (+).

En el último año ha habido una alarma debido al incremento de número de casos de infección por el **virus de Zika** (ZIKV) perteneciente al género *Flavivirus*, y que se transmite a través de un vector, el mosquito del género *Aedes*. El Zika se ha convertido en una epidemia de riesgo mundial, y la gran alarma la generó la transmisión vertical del virus con afectación del feto, ocasionando defectos congénitos a nivel del sistema nervioso central, cuya manifestación más evidente es la microcefalia. El verdadero peligro de la infección radica en el contagio de las mujeres embarazadas, pero la gran expansión del virus ha alertado a toda la comunidad científica, y ha generado una red importante de vigilancia para detectar casos importados y autóctonos.

El virus tiene un periodo de incubación desde la picadura del mosquito hasta el inicio de los síntomas que se sitúa entre 3 y 12 días. La infección es asintomática entre el 75-80% de los casos. Cuando se presentan los síntomas, en general son leves, autolimitados e inespecíficos. Los síntomas más comunes son: exantema maculopapular

pruriginoso, fiebre, artralgias, mialgias, cefalea, conjuntivitis y fatiga. En algunos casos, puede haber sintomatología neurológica y se ha asociado la presencia del síndrome de Guillain-Barré al ZIKV.

El cuadro clínico es superponible al del virus Dengue y virus Chikungunya, por lo que se debe hacer diagnóstico diferencial de los tres virus al mismo tiempo en pacientes que presentan sintomatología y proceden de área endémica.

En el caso del ZIKV, la amplificación molecular (RT-PCR) para ZIKV en suero, es la prueba diagnóstica más específica y el método diagnóstico de la infección en fase aguda, durante el periodo de viremia (< 7 días desde la aparición de síntomas). Las pruebas serológicas tienen limitaciones, ya que tienen reacciones cruzadas con otros virus (Dengue…) y los resultados deben confirmarse con pruebas de neutralización.

Por lo que en el diagnóstico diferencial de fiebre al regreso del trópico o subtrópico debemos incluir la posibilidad de que la fiebre se trate de una fiebre debida al virus ZIKV, aunque la mayoría de casos adquiridos en la comunidad y no verticalmente, tienen una resolución espontánea, es importante el diagnóstico por su valor epidemiológico.

EOSINOFILIA: ENFOQUE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

La eosinofilia es un hallazgo frecuente en Pediatría y debemos tener presente un abanico de posibilidades para poder llegar al diagnóstico etiológico.

La eosinofilia es el aumento del número de eosinófilos totales en sangre periférica por encima de 500/µl. Se denomina eosinofilia leve cuando los eosinófilos están entre 500 y 1500/µl, moderada entre 1500 y 3000/µl y grave por encima de 3000/µl.

Según el mecanismo fisiopatológico podemos clasificar la eosinofilia en primaria, secundaria o idiopática.

Con frecuencia podemos encontrar eosinofilia en un control analítico de pacientes asintomáticos; este hallazgo debe estudiarse puesto que puede ser el único signo de patologías que pueden conllevar importante morbilidad asociada.

Evaluación diagnóstica

La eosinofilia puede ser un hallazgo casual en la analítica en un niño. Debemos tener en cuenta que la proporción de eosinófilos en sangre periférica no es constante y guarda relación con la edad, el sexo y el ritmo circadiano. El espectro etiológico de la eosinofilia es amplio.

La eosinofilia primaria se debe a una expansión clonal de eosinófilos como ocurre en las neoplasias hematológicas. Las formas secundarias, las más frecuentes, se deben a trastornos alérgicos, parásitos o fármacos. La eosinofilia idiopática es aquella en la que no se logra encontrar una causa primaria o secundaria después de un examen exhaustivo.

La anamnesis debe comprender:

1. Exposición a medicamentos.
2. Antecedentes de viajes, países visitados, actividades realizadas, historia dietética durante el viaje.
3. Antecedentes previos de eosinofilia o enfermedades crónicas.
4. Antecedentes de atópica y/o asma.
5. Pérdida de peso, diarrea y fallo de medro.
6. Antecedentes familiares de eosinofilia.

La exploración física debe ser minuciosa para poder observar lesiones en la piel que pueden orientar en el diagnóstico (picaduras, lesiones en los pies, prurito y lesiones urticariformes, exantemas, edemas y nódulos), lesiones oculares, adenopatías, hepatomegalia, esplenomegalia y debe incluir auscultación respiratoria.

Decidiremos las pruebas complementarias en función de la anamnesis, la clínica y la exploración física.

En pacientes asintomáticos en los que el único hallazgo es la eosinofilia haremos una determinación de parásitos en heces (tres muestras), teniendo en cuenta que pueden ser negativos al inicio de la infección o que la eliminación de huevos o parásitos puede ser escasa o intermitente. Si la sospecha es elevada deben repetirse. La recogida de la muestra debe ser en días alternos para aumentar la rentabilidad del estudio. Según la exposición geográfica se deben realizar exámenes dirigidos a detectar filarias (gota fresca), oncocercosis (biopsia de nódulo), esquistosomas (en heces y orina) y/o serologías de estrongiloides, toxocara, cisticerco, equinococo, fasciola y esquistosoma.

En pacientes sintomáticos se debe realizar un examen más exhaustivo para evaluar si hay afectación orgánica. Se realizará: hemograma con recuento de eosinófilos, velocidad de sedimentación globular (VSG), función renal y hepática, proteínas totales y proteinograma, IgE total, serologías y pruebas cutáneas de aspergilosis, y de coccidioidomicosis, sedimento de orina, radiografía de tórax y PPD. Según los resultados y la focalidad, se realizarán exámenes de líquido cefalorraquídeo (LCR), biopsia de piel, escisión de nódulos, tomografía axial computarizada (TAC), etc.

Tratamiento

El tratamiento debe ser etiológico. Se ha de valorar el estado nutricional y el estado inmunitario del paciente.

En caso de resultados negativos repetidos tras un estudio completo hay controversia en la toma de decisión. Se puede optar por un tratamiento empírico orientado según el nivel de sospecha epidemiológica y hacer seguimiento del recuento de eosinófilos o derivar el paciente a un centro especializado.

Conocer los fármacos y su forma de administración puede generar dificultades al pediatra de Atención Primaria. En la Tabla 4 podemos ver enlaces de consulta que facilitaran esta tarea.

En ocasiones se debe hacer petición de medicamentos extranjeros al centro de referencia.

LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA. UN PROBLEMA SILENCIADO

El fenómeno migratorio de las últimas décadas ha traspasado a nuestro país prácticas culturales que atentan a los Derechos Humanos, afectando a determinados colectivos. Se estima que un 80% de las mujeres adultas y un 40% de las niñas y adolescentes provenientes del África Subsahariana que viven en nuestro país han sido mutiladas. La implicación de los profesionales sanitarios en la prevención de la práctica de la mutilación genital femenina (MGF) es crucial, siendo el eje desde el que se construye la coordinación con todos los equipos implicados en la prevención.

El 6 de febrero, día mundial contra la MGF, se aprobó el protocolo nacional de prevención de las MGF en nuestro país, instando a las comunidades autónomas a su puesta en marcha.

La OMS define la MGF como todas aquellas prácticas que implican la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos u otras lesiones a los órganos genitales, ya sea por motivos culturales, religiosos o por cualquier otra razón no terapéutica. Esta práctica, reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos, perdura con diferentes prevalencias en comunidades específicas de África, Asia y América del Sur. Debido a los fenómenos migratorios, en los últimos años se ha extendido a países receptores de migración dentro de Europa y Norteamérica.

Las mujeres sufren esta práctica bajo una cultura de silencio y padecimiento de las consecuencias, sin haber dado su consentimiento y de forma naturalmente irreversible. Las consecuencias de la MGF varían y causan efectos a corto, medio y largo plazo que pueden llegar a ser extremadamente graves.

Se conocen cuatro tipos de MGF:

- Tipo 1 o clitoridectomía: consiste en la extirpación total o parcial del capuchón del clítoris.
- Tipo 2 o escisión: consiste en la extirpación total del clítoris y de los labios menores.
- Tipo 3 o infibulación: consiste en la extirpación total del clítoris, de los labios menores y de los labios mayores dejando un pequeño orificio para menstruar.
- Tipo 4: son lesiones normalmente por abrasión en la zona vaginal.

Los problemas médicos relacionados con la MGF afectan diversas áreas:

- Problemas médicos relacionados con el aparato urinario: infecciones urinarias de repetición, incontinencia urinaria, fístulas urovaginales, prolapsos uretrales, enuresis diurna y nocturna.
- Problemas ginecológicos: infecciones vaginales de repetición, granulomas, sinequias.
- Problemas en la salud sexual: dolor en las relaciones sexuales, anorgasmia. En ocasiones es necesario desenfibular a la mujer antes de las relaciones sexuales.
- Problemas en el embarazo y el parto: se han realizado estudios comparativos en los que se observó que las mujeres que padecían una MGF tenían más complicaciones en el parto, mayor número de episiotomías, cesáreas, sangrados postparto, atonía uterina, niños prematuros, retrasos de crecimiento uterino, asfixias neonatales, etc.
- Se han reconocido también problemas psicológicos, de autoestima, estrés post-traumático, depresión, embarazos no deseados, etc.

Los médicos de familia, las matronas y los pediatras deben detectar, diagnosticar y tratar todos estos problemas médicos. La confianza y el acompañamiento de estas mujeres en su malestar nos ayudarán también en el trabajo de prevención.

Los pediatras de Atención Primaria tenemos un papel primordial en la prevención de la MGF. Somos los garantes de la salud de los niños y las niñas que atendemos en nuestras consultas y debemos velar para que así sea. Debemos abordar el tema de la MGF en nuestro quehacer diario. Las familias confían la salud de sus hijos e hijas en nosotros y debemos aprovechar este espacio de confianza e intimidad para acompañarlos en la decisión de rechazar esta práctica tradicional perjudicial para la salud de las niñas y de las mujeres. El mero hecho de preguntar, desde el respeto, sobre el conocimiento que tienen los padres y madres sobre la MGF genera dudas y preguntas que debemos estar dispuestos y preparados para responder.

Es importante realizar este trabajo de sensibilización mucho antes de que esta niña viaje al país de origen de sus padres. Este viaje culminará en éxito si hemos convencido a la familia de aquí y de allá de que se trata de una práctica que deben abandonar y erradicar en sus países. Este compromiso de protección de la menor debe reflejarse en un documento conjunto donde firmaran los padres y el pediatra, garantizando así la integridad de la niña.

El trabajo coordinado con todos los agentes implicados en la crianza de estas niñas, escuela, servicios sociales, mediadoras, asociaciones de mujeres será de gran valor. En las zonas donde así se ha hecho se han transformado en comunidades, pueblos o ciudades libres de la ablación. Trabajar desde los derechos de los niños y de la protección de la infancia permite abordar este tema y muchos más.

PUNTOS CLAVE

- Toda fiebre al regreso del trópico es malaria hasta que no se demuestre lo contrario. Debemos tener presente que el niño puede estar afebril en el momento de la evaluación. Haber tomado la quimioprofilaxis no excluye la posibilidad de tener malaria.

- Las fiebres hemorrágicas virales se deben identificar precozmente, pero son raras en viajeros.

- El virus Zika ha sufrido una expansión en el último año en los países de América, y el riesgo de su llegada a Europa se debe tomar en consideración.

- La causa más probable de eosinofilia en un niño procedente del trópico es una infección por helmintos.

- El pediatra de Atención Primaria tiene un rol fundamental en la prevención de la MGF y debe conocer el protocolo de atención a las niñas subsaharianas procedentes de zonas donde esta se practica.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Bada Ainsa JL. Enfermedades importadas. Enf Infec Microbiol Clin. 1988;6:395-7.

- Visiting Friends or Relatives in a Foreign Country. Travelers' Health. Centers for Disease Control and Prevention; 2013 [Fecha de acceso 17 ago 2015]. Disponible en http://wwwnc.cdc.gov/travel/page/vfr.

- Rojo Marcos G, Cuadros González J, Arranz Caso A. Enfermedades infecciosas importadas en España. Med Clin (Barc). 2008;131:540-50.

- Macipe Costa RM, Canadell Villaret D, García Sanchez N. Patología importada por el niño viajero. Form Act Pediatr Aten Primaria. 2015;8(4)164-74.

- Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. [Fecha de acceso 11 ene 2017]. Disponible en http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf

- Naudin J, Blondé R, Alberti C, Angoulvant F, De Lauzanne A, Armoogum P, *et al.* Aetiology and epidemiology of fever in children presenting to the emergency department of a French paediatric tertiary care centre after international travel. Arch Dis Child. 2012;97:107-111.

- Magill AJ. Fever in the returned traveler. Infect Dis Clin North Am. 1998;12:445-69.

- Raeber P, Winteler S, Paget J. Fever in the returned traveller: remember rickettsial diseases. Lancet. 1994;344:331.

- Hill DR. Health problems in a large cohort of Americans travelling to developing countries. J Travel Med. 2000;7:259-66.

- O'Brien D, Tobin S, Brown GV, Torresi J. Fever in returned travelers: review of hospital admissions for a 3-year period. Clin Infect Dis. 2001;33:603-9.

- 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;166:1642-8.

- Bottieau E, Clerinx J, Van den Enden E, Van Esbroeck M, Colebunders R, Van Gompel A, *et al.* Infectious mononucleosis-like syndromes in febrile travelers returning from the tropics. J Travel Med. 2006;13:191-7.

- Freedman DO, Weld LH, Kozarsky PE, Fisk T, Robins R, von Sonnenburg F, *et al.* Spectrum of disease and relation to place of exposure among ill returned travelers. N Engl J Med. 2006;354:119-30.

- Hochedez P, Canestri A, Guihot A, Brichler S, Bricaire F, Caumes E. Management of travelers with fever and exanthema, notably dengue and chikungunya infections. Am J Trop Med Hyg. 2008;78:710-3.

- Jensenius M, Davis X, von Sonnenburg F, Schwartz E, Keystone JS, Leder K, *et al.* Multicenter GeoSentinel analysis of rickettsial diseases in international travelers, 1996-2008. Emerg Infect Dis. 2009;15:1791-8.

- Jensenius M, Fournier PE, Raoult D. Rickettsioses and the international traveler. Clin Infect Dis. 2004;39: 1493-9.

- Kumarasamy KK, Toleman MA, Walsh TR, Bagaria J, Butt F, Balakrishnan R, *et al.* Emergence of a new antibiotic resistance mechanism in India, Pakistan, and the UK: a molecular, biological, and epidemiological study. Lancet Infect Dis. 2010;10:597-602.

- Leder K, Tong S, Weld L, Kain KC, Wilder-Smith A, von Sonnenburg F, *et al.* Illness in travelers visiting friends and relatives: a review of the GeoSentinel Surveillance Network. Clin Infect Dis. 2006;43:1185-93.

- Ryan ET, Wilson ME, Kain KC. Illness after international travel. N Engl J Med. 2002;347:505-16.

- Wilson ME, Freedman DO. Etiology of travel- related fever. Curr Opin Infect Dis. 2007;20:449-53.

- Wilson ME, Weld LH, Boggild A, Keystone JS, Kain KC, von Sonnenburg F, *et al.* Fever in returned travelers: results from the GeoSentinel Surveillance Network. Clin Infect Dis. 2007;44:1560-8.

- Ioos S, Mallet HP, Leparc Goffart I, Gauthier V, Cardoso T, Herida M. Current Zika virus epidemiology and recent epidemics. Med Mal Infect. 2014;44:302-7.

- Centers for Disease Control and Prevention. Updated diagnostic testing Zika, Chikungunya and Dengue viruses in US public health laboratories. 2016 [Fecha de acceso 8 feb 2016]. Disponible en http://www.cdc.gov./zika/pdfs/denvchikvzikv-testing-algorithm.pdf