

El contenido de este material refleja las conclusiones y hallazgos propios de los autores y no son necesariamente los de Merck & Co. Inc., ni los de ninguna de sus afiliadas y se presenta como un servicio a la profesión médica.

Cualquier producto mencionado debe ser utilizado según la ficha técnica del fabricante. Antes de prescribir, por favor consulte la ficha técnica del producto.

AR EN SITUACIONES ESPECIALES

Síndrome diarreico en una paciente con artritis reumatoide durante y tras un viaje a un país tropical

ROSA MORLÀ

XARXA HOSPITALARIA I SOCIAL DE SANTA TECLA. TARRAGONA.

Introducción

Los desplazamientos de viajeros a zonas del trópico comportan una serie de medidas preventivas de cuidado e higiene que incluyen vacunación específica, y cuyo objetivo es evitar la infección o la parasitación por gérmenes que son habituales en estas áreas, y para los que los viajeros no poseen inmunidad previa.

Historia, exploración y pruebas complementarias

Paciente mujer de 33 años afecta de artritis reumatoide (AR) diagnosticada a los 24 años con factor reumatoide (FR) y anticuerpos antiproteínas citrulinadas (ACPA) positivos. En tratamiento durante los últimos dos años con tocilizumab a dosis de 8 mg/kg/infusión cada 4 semanas⁽¹⁾ y metotrexato (MTX) 10 mg/semana v.o. con buen control de la enfermedad (*Disease Activity Score* 28 [DAS 28] alrededor de 3) y sin efectos adversos aparentes. Sin antecedentes patológicos ni familiares de interés, a excepción de que fue fumadora durante 10 años.

La paciente consultó a su reumatólogo habitual por la posibilidad de alguna inconveniencia en realizar un viaje a Angola. Se le indicó que debía acudir a su correspondiente Centro de Sanidad Exterior con un informe de Reumatología a ser tenido en cuenta durante la vacunación, de tal manera que se excluyeran las vacunas vivas o atenuadas por su condición de paciente con enfermedad reumática en tratamiento con fármaco biológico⁽²⁾.

Al regreso de su viaje de 20 días de duración y, tras dos días con un proceso diarreico, consultó a Reumatología refiriendo otro cuadro abdominal durante su viaje. Explicaba que a los 8 días de su estancia en el país tropical empezó a padecer malestar general con deposiciones diarreicas acuosas, dolor abdominal, febrícula y mialgias generalizadas, acudiendo a Urgencias de un Hospital en Luanda. El informe médico indicaba

diarreas frecuentes y signos de deshidratación mucosa, pautándose tratamiento con fluidoterapia y suspensión de la dosis de MTX correspondiente a aquella semana. Se le tomaron muestras de sangre, orina y heces que resultaron ser negativas para parásitos. La evolución fue buena, la febrícula inicial desapareció a las 24 horas del ingreso y las deposiciones fueron autolimitándose, sin acompañarse nunca de sangre ni de moco. En ese momento el cuadro se resolvió por completo, de manera que continuó su viaje sin otro contratiempo.

Al día siguiente de su regreso a España, nuevamente y de forma brusca, reapareció la diarrea, la molestia abdominal, dolor, flatulencias y febrícula que no cedieron hasta pasados un par de días. La reincidencia del cuadro gastrointestinal hizo pensar inicialmente en una recidiva del primer proceso diarreico, pero el momento y la forma de presentación, nos condujo a desestimar esta posibilidad. La afectación abdominal con mucha distensión, meteorismo, flatulencias, persistencia de febrícula así como el haberse presentado ya estando de vuelta del viaje, hacía pensar en otra causa, así que se decidió su ingreso para estudio.

En la anamnesis, la paciente refería haber consumido agua embotellada y comida cocinada en casi la totalidad del viaje, a excepción de una ruta inicial de dos días en poblados indígenas, en los que ingirió comida y bebida local donde la tradición es comer sin utensilios y compartir recipiente de comida entre comensales.

Exploración física

En la exploración física destacaba malestar general, leve deshidratación, palidez cutánea, tensión arterial de 100/45 mmHg, temperatura de 37,7 °C y abdomen distendido de forma evidente con la palpación de borborigmos con percusión timpánica.

Radiografías (Rx)

En la Rx de abdomen se apreció abundante aire en toda el área cólica. Rx simple de tórax normal.

Analítica

Se realizó analítica general de sangre y orina. En los resultados destacaba una leve anemia con hemoglobina (Hb): 11,1 g/dL, hematocrito (Hto): 35%, leucocitos cifrados en 6.000/mm³ con fórmula normal excepto eosinofilia del 6% y proteinograma normal pero con una dosificación de inmunoglobulinas con concentración de inmunoglobulina A (IgA) disminuida (28 mg/dL).

Pruebas complementarias

Se realizaron cultivos de heces, sangre y orina. Los hemocultivos y los parásitos en heces fueron negativos.

Se consultó el caso de la paciente con la Unidad de Medicina Tropical del hospital de referencia de tercer nivel, que indicó estudio de parásitos en líquido gástrico con posible realización de biopsia intestinal. El estudio de líquido gástrico mostró positividad para trofozoitos de *Giardia lamblia*.

Diagnóstico

Paciente con AR seropositiva [FR (+), ACPA (+)] de larga evolución en tratamiento con fármaco biológico. Posible síndrome diarreico del viajero por *Giardia lamblia*.

Tratamiento y evolución clínica

Se inició tratamiento con metronidazol a dosis habituales de 250 mg/8 horas oral, que la paciente toleró bien y que produjo mejoría sustancial en las siguientes horas. El tratamiento fue seguido durante 8 días, resolviéndose del todo el problema abdominal.

Durante los dos procesos agudos diarreicos con fiebre se suspendió el tratamiento semanal con MTX oral y la administración de tocilizumab se realizó tras la resolución del síndrome diarreico, por lo que se retrasó únicamente una semana de la fecha prevista desde la dosis administrada antes del viaje.

Tras 7 meses del viaje no ha presentado nueva clínica abdominal clara, a excepción de unos días con síndrome diarreico que fue orientado como gastroenteritis aguda vírica, y que se autolimitó sin necesidad de tratamiento antibiótico.

En los últimos dos controles seguidos en Reumatología, su enfermedad reumática permanece controlada con tocilizumab en infusión mensual y MTX.

Bibliografía

1. Ficha técnica de RoActemra®; tocilizumab (Roche Registration Ltd.).
2. Gómez Reino J, Loza E, Andreu JL, Balsa A, Batlle E, Cañete JD, et al. Consenso SER sobre la gestión de riesgo del tratamiento con terapias biológicas en pacientes con enfermedades reumáticas. Reumatol Clin. 2011;07(5):284-98.

Bibliografía recomendada

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad .Viajes Internacionales y Salud: situación a 1 de enero de 2012. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/docs/viajes_internacionales_y_salud_2012.pdf. Último acceso: Noviembre 2014.

Galería fotográfica

No disponible.

MSD no recomienda el uso de ningún producto de manera diferente a la descrita en su Ficha Técnica.



Merck Sharp & Dohme de España, S.A. C/Josefa Valcarcel, 38-28027 Madrid. www.msd.es.
Copyright © 2014 Merck Sharp & Dohme Corp., una subsidiaria de Merck & Co. Inc.,
Whitehouse Station, NJ, EE.UU. Todos los derechos reservados.

CÓDEX: **RHEU-1091208-0020**

Creado: **Noviembre 2014**