



# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

[www.elsevier.es/eimc](http://www.elsevier.es/eimc)



Diagnóstico a primera vista

## Exantema, fiebre y artralgias en una embarazada



## Exanthema, fever and arthralgia in a pregnant woman

Nieves Puente-Pablo<sup>a,\*</sup>, Radia Khedaoui<sup>b</sup>, Azael David Freites-Martínez<sup>a</sup> y Jesús Borbujo<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España

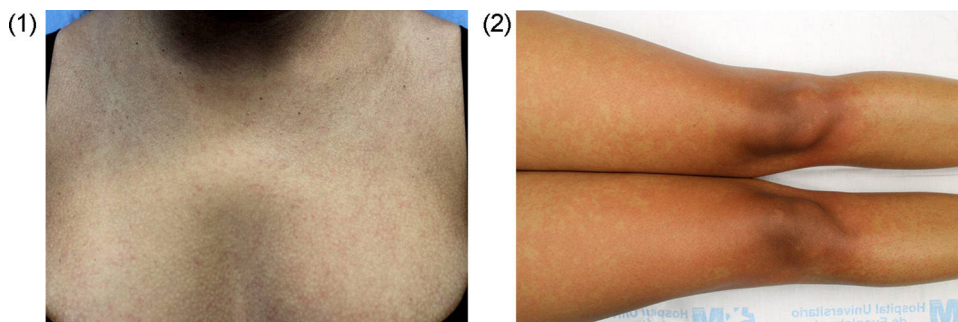
### Caso clínico

Mujer de 30 años, natural de República Dominicana y gestante de 16 semanas, consultó por lesiones pruriginosas de 2 días de evolución, que habían comenzado en el área facial, y se habían extendido a tronco y extremidades. Además, presentaba fiebre de hasta 38,0 °C, artralgias y eritema conjuntival que se había resuelto espontáneamente. Había comenzado tratamiento con un complejo vitamínico 10 días antes y acababa de volver de Santo Domingo ese mismo día. Su hermana había presentado un cuadro similar la semana previa. A la exploración presentaba máculas y pápulas eritematosas generalizadas, confluentes en extremidades proximales, que desaparecían a la diascopia (figs. 1 y 2).

### Diagnóstico y evolución

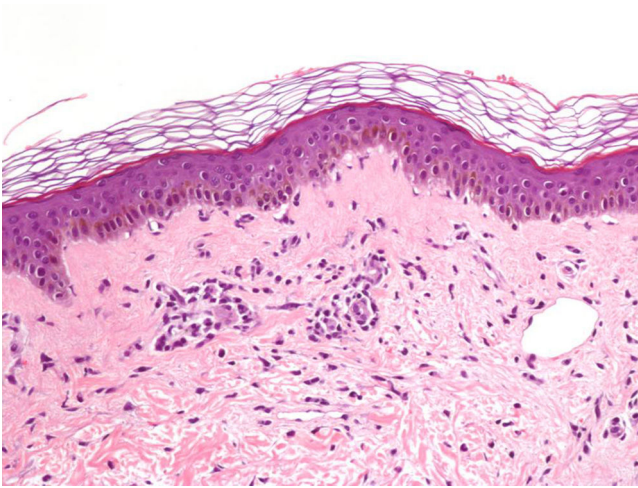
Solicitamos analítica básica de urgencias con proteína C reactiva (PCR) y Paul-Bunnell, sin hallazgos excepto PCR de

4,03 mg/dl. Ampliamos serologías, con resultados negativos para VIH, sífilis y *Rickettsia*, y de infección pasada para virus de Epstein-Barr, citomegalovirus y parvovirus B19. Ante la clínica y los antecedentes más sugestivos de la fiebre de chikungunya que de dengue, solicitamos serologías de dicho virus, con resultado de IgM positiva, IgG indeterminada y reacción en cadena de la polimerasa negativa. Se realizó una biopsia cutánea para descartar toxicodermia, hallando una discreta degeneración vacuolar de la capa basal y un leve infiltrado inflamatorio perivascular superficial linfocitario, compatibles con exantema viral (fig. 3). Tras 10 días de tratamiento con dexclorfeniramina, mometasona tópica y paracetamol, las lesiones habían desaparecido, pero las artralgias habían empeorado, persistiendo durante meses. El seguimiento con analítica, ecografía y ecocardiograma fetal en consultas de alto riesgo de obstetricia no detectó alteraciones y el bebé nació hace 5 meses, sano. En la actualidad la paciente presenta IgM negativa e IgG positiva para el virus chikungunya.



**Figuras 1 y 2.** A la exploración presentaba máculas y pápulas eritematosas generalizadas que desaparecían a la diascopia.

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [npuentedepablo@gmail.com](mailto:npuentedepablo@gmail.com) (N. Puente-Pablo).



**Figura 3.** La biopsia mostraba una discreta degeneración vacuolar de la capa basal y un leve infiltrado inflamatorio perivascular superficial linfohistiocitario.

### Comentario

El virus chikungunya se transmite a través de la picadura de mosquitos del género *Aedes*, primariamente *Aedes aegypti*, que se distribuye en áreas tropicales y subtropicales. En 2004 se detectó una mutación en la posición 226 de la proteína E1 de envoltura del virus, que aumentaba la capacidad de transmisión del virus por *Aedes albopictus* o mosquito tigre asiático<sup>1</sup>. Europa había recibido casos importados de la fiebre de chikungunya, pero entre 2007 y 2010 se registraron 2 brotes por transmisión autóctona mediada por *Aedes albopictus*<sup>1</sup>, que había establecido colonias en la cuenca mediterránea<sup>1</sup>. En 2013 comenzó otro en América<sup>1</sup>, que podría convertirse en una zona endémica<sup>2</sup>. Europa seguirá recibiendo casos importados, y ello junto con la presencia de *Aedes albopictus* en el área del Mediterráneo, hacen prever casos por transmisión autóctona en España, sobre todo en levante y en verano, que es la época de mayor actividad del vector<sup>2</sup>.

Clínicamente, también durante el embarazo<sup>3</sup>, la infección aguda se manifiesta con la tríada de fiebre, exantema morbiliforme y poliartralgias/poliartritis. El exantema por la fiebre de chikungunya, a diferencia del dengue, no es purpúrico y no se acompaña de complicaciones hemorrágicas y, además, las artralgias son más intensas y duraderas. Sin embargo, se han descrito cuadros urticariformes, vesículo-ampollosos, vasculíticos o hiperpigmentaciones<sup>4,5</sup> y manifestaciones graves como miopericarditis o hepatitis fulminante<sup>1</sup>.

Con respecto a la fiebre de chikungunya durante el embarazo, un estudio comparativo sobre 655 gestantes no infectadas y 658 gestantes infectadas no se encontró diferencias tras analizar el peso al nacimiento, la mortalidad fetal o las anomalías congénitas, tampoco en las tasas de parto pretérmino, la cesárea o la hemorragia gestacional<sup>3</sup>. Los autores no observaron alteraciones en el curso del embarazo atribuibles a la infección<sup>3</sup>. Otro estudio realizado en 678 embarazadas infectadas anteparto registró 3 abortos, todos antes de la semana 22 de gestación y los recién nacidos no presentaron síntomas<sup>6</sup>. Sin embargo, la tasa de transmisión periparto alcanza hasta un 50%<sup>1</sup> y la cesárea no protege del contagio<sup>7</sup>. Un 40% de los neonatos infectados periparto presentan complicaciones neurológicas, cardíacas o hemorrágicas<sup>7</sup>, y la mitad desarrollarán retraso neurológico<sup>8</sup>.

El diagnóstico se confirma con serologías, en un paciente con antecedentes epidemiológicos y clínica compatibles. El laboratorio debe notificar todos los casos diagnosticados. El tratamiento es sintomático<sup>1</sup>, y no existe vacuna.

En conclusión, debemos sospechar de la fiebre de chikungunya ante todo paciente con antecedentes epidemiológicos que presente fiebre, poliartralgias/poliartritis y lesiones cutáneas. En los próximos años podrían aumentar los casos importados y aparecer brotes de transmisión autóctona en España.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Weaver SC, Lecuit M. Chikungunya virus and the global spread of a mosquito-borne disease. *N Engl J Med.* 2015;372:1231–9.
2. Johansson MA. Chikungunya on the move. *Trends Parasitol.* 2015;31:43–5.
3. Fritel X, Rollot O, Gerardin P, Gauzere BA, Bideault J, Lagarde L, et al. Chikungunya virus infection during pregnancy, Reunion, France, 2006. *Emerg Infect Dis.* 2010;16:418–25.
4. Riyaz N, Riyaz A, Rahima, Abdul Latheef EN, Anitha PM, Aravindan KP, et al. Cutaneous manifestations of chikungunya during a recent epidemic in Calicut, north Kerala, south India. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2010;76:671–6.
5. Talarmin F, Staikowsky F, Schoenlaub P, Risbourg A, Nicolas X, Zagnoli A, et al. Skin and mucosal manifestations of chikungunya virus infection in adults in Reunion Island. *Med Trop (Mars).* 2007;67:167–73.
6. Rajapakse S, Rodrigo C, Rajapakse A. Atypical manifestations of chikungunya infection. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2010;104:89–96.
7. Ramful D, Carbonnier M, Pasquet M, Bouhmani B, Ghazouani J, Noormahomed T, et al. Mother-to-child transmission of Chikungunya virus infection. *Pediatr Infect Dis J.* 2007;26:811–5.
8. Gerardin P, Sampéris S, Ramful D, Boumahni B, Bintner M, Alessandri JL, et al. Neurocognitive outcome of children exposed to perinatal mother-to-child Chikungunya virus infection: the CHIMERE cohort study on Reunion Island. *PLoS Negl Trop Dis.* 2014;8:e2996.