

Editorial

A 15 años de la reemergencia de la fiebre manchada en Sonora

15 years after the re-emergence of spotted fever in Sonora

Dr. Miguel Ángel Martínez-Medina*

Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES), Departamento de Enseñanza,
Investigación y Calidad
Correo electrónico: miguel.martinezme296@gmail.com

Hace 15 años, para ser exacto en septiembre de 2003,¹ el panorama epidemiológico de Sonora registró un súbito y radical cambio. Hasta ese entonces, la mayor morbilidad y mortalidad por enfermedades transmitidas por vectores era secundaria a la fiebre hemorrágica por dengue. El cambio en el patrón epidemiológico fue perturbado de tal manera, que el reconocimiento de una enfermedad reemergente bacteriana: la fiebre manchada por *Rickettsia rickettsii*, se puso en duda, y en ocasiones hasta se negaba su existencia, tanto en el sector médico local como autoridades de salud, de aquella primera década del siglo XXI.

Sonora, se decía, no era área endémica de la fiebre manchada. Aunque el ilustre y joven médico en servicio social, Ernesto Ramos Bours,² describía en 1948 un brote de 10 casos en la población del Chinal, municipio de Álamos, en el estado de Sonora; pese a los cuidados de la época y administración de vitamínicos, y si acaso de ácido paraminobenzoico, registró una sobrevida de tan sólo dos pacientes. Relata, además, con brillante sencillez e inteligencia la rápida evolución de los efectos devastadores de la *Rickettsia* sobre el estado de conciencia del enfermo (estupor, delirio y coma), y adelantándose a su tiempo recomendaba “instituir precozmente el tratamiento”. Posterior a esta comunicación, la notificación de la morbilidad sonorensis no registra informe alguno entre el periodo de 1949 a 2002; a ciencia cierta, no se dispone de explicación alguna para tal suceso y olvido del padecimiento.

En Sonora, en nuestros días, se diagnostica un promedio de 100 casos anualmente, aunque los niños menores de 10 años y los adultos mayores de 40 representan los grupos de mayor riesgo. Al inicio de la reemergencia, las áreas rurales del sur del estado fueron las más afectadas; la identificación actual de casos abarca, además, zonas urbanas marginadas de las grandes ciudades del estado. Por supuesto, los factores condicionantes de la fiebre manchada tienen como denominador común, la pobreza en su más amplia definición, lo que constituye probablemente el eslabón más cruel y difícil de vencer, para alcanzar una prevención y control adecuado.

Sin duda, se han registrado avances en el conocimiento clínico y epidemiológico de la fiebre manchada, por ende, a partir de estos conocimientos se ha determinado que la garrapata común del perro (*Rhipicephalus sanguineus*) es el vector de la plaga. Sin embargo, y a pesar de los avances y lecciones aprendidas, el tema acerca de la virulencia de la *Rickettsia* y su repercusión en la sobrevida de los pacientes, tanto pediátricos como adultos, aún es una asignatura sin respuesta.³

La elevada tasa de defunciones ha sido atribuida a varias circunstancias, en particular, al escaso conocimiento que se tiene de la enfermedad, tanto en las familias afectadas como en el personal de salud, que condicionan un diagnóstico erróneo y la administración tardía del antibiótico específico, en este caso, la doxiciclina. A este respecto, durante los primeros años de la epidemia la falta de respuesta clínica en el paciente se asociaba a la carencia de este medicamento, en su formulación para administración endovenosa. Desafortunadamente, la administración oportuna de la doxiciclina no ha modificado en gran medida la letalidad. Una reciente publicación, al analizar a niños y adultos sonorenses en el periodo de 2013 a 2016,³ encontró una letalidad de 55% a pesar de la administración de doxiciclina antes del quinto día de evolución de la enfermedad, y confirmó, además, que un elevado porcentaje de muertes ocurre durante las primeras 48 horas posteriores al inicio del tratamiento hospitalario.⁴ Se han expuesto varias hipótesis para tratar de explicar estos hechos: la mayor virulencia de la cepa sonorense, desnutrición o deficiencias enzimáticas en los pacientes que no sobrevivieron, sin embargo, ninguna ha sido debidamente estudiada.

Asimismo, estos hallazgos permiten establecer otra línea de investigación relacionada con la presencia de complicaciones durante la atención médica de los casos. Desde mediados del siglo XX, una de las mayores recomendaciones en el tratamiento de este padecimiento ha sido el de evitar la sobrehidratación durante la fase de reanimación del estado de choque. Por ejemplo, un estudio llevado a cabo en niños norteamericanos,⁵ estimó que la administración de cargas rápidas de cristaloides o coloides se asoció significativamente a una mayor letalidad y secuelas neurológicas, como consecuencia del agravamiento de las alteraciones en los líquidos corporales, inicialmente producidas por la *Rickettsia* a nivel pulmonar y encefálico. Por otra parte, Maytland,⁶ al tratar niños africanos con procesos sépticos graves, reportó un incremento significativo de fallecimientos en niños tratados con cargas rápidas de solución salina o albúmina al compararlo con un grupo de control que recibió sólo soluciones de mantenimiento.

Dos posturas con escenarios totalmente opuestos, enfrentar y comprometerse a la resolución del dilema con seriedad y profesionalismo es reclamo de la sociedad sonorense. Los sanitaristas y epidemiólogos han realizado su tarea, el turno corresponde a los médicos ubicados en las salas de urgencias y de terapia intensiva, y aunque el desafío que enfrentan día a día es enorme, bien vale la pena evaluar, y en su caso, modificar el manejo actual de las formas graves de la fiebre manchada.

REFERENCIAS

1. Martínez-Medina MA, Padilla-Zamudio G, Solís-Gallardo LP, Guevara-Tovar M. Fiebre manchada de las montañas rocosas. Informe de dos casos. *Gac Med Méx*, 2005; 141: 309-312.
2. Ramos-Bours E. Exploración sanitaria de la comisaria de los Tanques, Municipio de Álamos, Son., y estudio sobre la incidencia de la Fiebre Manchada de las Montañas Rocallosas en la región sur del mismo estado de Sonora. Tesis. Universidad Nacional Autónoma de México; 1950.
3. Delgado-De la Mora J, Licon-Enríquez JD, Leyva-Gastélum M, Delgado-De la Mora D, Rascón-Alcántar A, Álvarez-Hernández G. Una serie de casos fatales de fiebre manchada de las Montañas Rocosas en Sonora, México. *Biomédica*, 2018; 38: 69-76.
4. Martínez-Medina MÁ, Rascón-Alcántar A. Complicaciones y causa de muerte en niños mexicanos con fiebre manchada de las montañas rocosas (FMMR). *Gac Med Mex*, 2016 (nov/dic); 152 (6): 789-795.
5. Buckingham SC, Marshall GS, Schutze GE, Woods CR, Jackson MA, Patterson LE, et al. Clinical and laboratory features, hospital course, and outcome of Rocky Mountain spotted fever in children. *J Pediatr*, 2007 (feb); 150 (2): 180-4, 184.e1.
6. Maitland K, Kiguli S, Opoka R, Engoru CH, Olupot OP, Akech S, et al. Mortality after fluid bolus in african children with severe infection. *N Engl J Med*, 2011; 364 (26): 2483-2495