



UMF
UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
IULIU HAȚIEGANU
CLUJ-NAPOCA



RUBRICA DISCIPLINEI MEDICINA DE FAMILIE UMF "Iuliu Hațieganu" CLUJ-NAPOCA ȘI A ASOCIAȚIEI MEDICILOR DE FAMILIE CLUJ

PRACTICĂ MEDICALĂ

Cazuistică

Când trebuie investigată febra - suspiciunea etiologiei tropicale în infecțiile respiratorii acute: prezentare de caz

Dr. Olimpia Simona Huluban^{1,5}, Asist. univ. dr. Sorina Rodica Pop^{2,3,4,5}, Asist. univ. dr. Vlad Dascăl^{1,2,4}, Asist. univ. dr. Bianca Cojan-Mînzat^{2,3,4}, Șef lucr. univ. dr. Codruța Mărginean^{2,6}, Șef lucr. univ. dr. Sorina-Livia Pop^{2,6}, Șef lucr. univ. dr. Radu Revnic^{2,3,4}, Conf. univ. dr. Aida Puia^{2,3,4}

¹Institutul Inimii "Niculae Stăncioiu", Cluj- Napoca, România, ²Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, România, ³Cabinet Medical Individual Medicină de Familie, Cluj-Napoca, România, ⁴Medicină de familie, ⁵Geriatric și gerontologie, ⁶Medicină internă

Primit: 15.05.2025 • Acceptat pentru publicare: 25.05.2025

Rezumat

Bolile infecțioase tropicale sunt acele patologii infecțioase întâlnite în zonele tropicale și subtropicale, cu precădere în Africa, Asia și America Centrală și de Sud. Sub această interfață de " boli infecțioase tropicale" se regăsește în special un quadruplet care include: malaria, febra galbenă, febra tifoidă și febra Dengue. Aceste boli sunt cauzate de bacterii, virusuri, paraziți și sunt adesea transmise prin vectori (țânțari, căpușe, muște) sau prin elemente care țin de alimentație (apă sau hrană contaminată). Factorii favorizanți care întrețin transmiterea acestor boli sunt: clima caldă și umedă prezentă tot timpul anului, statusul socio-economic precar și accesul limitat la apă potabilă și la servicii de sănătate adecvate.

Bolile infecțioase tropicale pot avea un impact major asupra sănătății, în special în zonele endemice dar odată cu globalizarea și cu creșterea frecvenței călătoriilor internaționale crește riscul de apariție a acestor boli și în alte regiuni ale lumii, motiv pentru care diagnosticul precoce și profilaxia sunt esențiale.

Cuvinte cheie: *boli infecțioase tropicale, febra Dengue, febra galbenă, febra tifoidă, malaria, zone endemice*

MEDICAL PRACTICE

Case presentation

When to investigate fever - suspicion of tropical etiology in acute respiratory infections: case report

Abstract

Tropical infectious diseases are infectious pathologies encountered in tropical and subtropical regions, particularly in Africa, Asia, and Central and South America. Under the umbrella of "tropical infectious diseases," there is a prominent group of four illnesses: malaria, yellow fever, typhoid fever, and dengue fever. Bacteria, viruses, parasites cause these diseases and are often transmitted through vectors (such as mosquitoes, ticks, flies) or via contaminated food and water sources. The main contributing factors that facilitate the transmission of these diseases are: a warm and humid climate year-round, poor socio-economic conditions, and limited access to clean water and adequate healthcare services. Tropical infectious diseases can majorly impact public health, especially in endemic areas. However, with globalization and the increasing frequency of international travel, the risk of these diseases appearing in other parts of the world is also growing. For this reason, early diagnosis and preventive measures are essential.

Keywords: *tropical infectious diseases, Dengue fever, yellow fever, typhoid fever, malaria, endemic areas*

Introducere

Bolile tropicale au fost raportate cu o frecvență rară în România dar având în vedere procesul continuu de globalizare care implică călătoriile internaționale din ce în ce mai frecvente, este necesară o pregătire optimă pentru gestionarea acestor situații de către medicii de familie și de către întreaga comunitate medicală.

Bolile tropicale și virozele respiratorii comune au numeroase semne și simptome asemănătoare, mai ales în stadiile incipiente, ceea ce poate îngreuna stabilirea unui diagnostic. Simptomele comune sunt: febră, fatigabilitate, cefalee, mialgii și artralgii, tuse seacă, odinofagie (1,2,3,4).

Astfel, diagnosticul de boală infecțioasă tropicală este greu de stabilit dar este necesară ridicarea suspiciunii de boală tropicală la toți pacienții care au prezente simptomele mai sus menționate, care s-au întors din țări endemice pentru aceste patologii. De asemenea, sunt necesare investigații suplimentare la pacienții cu sindrom febril prelungit, care cedează doar parțial la antitermice și la tratament antibiotic empiric, la pacienții cu cefalee și mialgii intense, frisoane sau transpirații nocturne. Este necesară căutarea unor semne tipice, de exemplu, erupții cutanate în febra dengue, tulburările digestive mult mai frecvente în bolile infecțioase tropicale, gingivoragii (1), simptome neurologice în malarie (2).

Anamneza în cazul acestor pacienți trebuie să fie complexă, cu întrebări legate de date spațio-temporale, date clinice și epidemiologice.

Istoricul călătoriilor recente trebuie să includă durata plecării și locul în care se suspicionează că a avut loc infectarea.

Datele clinice includ semne, simptome și medicație autoadministrată, în timp ce datele epidemiologice includ informații despre posibile persoane de contact.

Examinările paraclinice includ un panel de analize sanguine: hemoleucogramă, VSH, PCR, funcție hepatică, funcție renală, ionogramă și analize sanguine specifice acestor boli: teste serologice pentru Dengue (NS1, IgM, IgG); frotiu de sânge periferic pentru malarie; antigene și culturi pentru febra tifoidă (hemoculturi, coproculturi); serologii pentru leptospiroză, rickettsioze, febra Q; teste virale pentru hepatită A, B, C și E; analize urinare, coprocultură și parazitologic.

Date epidemiologice

O căutare detaliată a informațiilor legate de infectarea cu o boală tropicală ne arată magnitudinea fenomenului și influența călătoriile internaționale care au dus la creșterea numărului de cazuri nou depistate și de decese în întreaga lume.

Astfel, malarie provoacă 600.000 de decese la nivel global anual, 94 % fiind în Africa, în timp ce restul, de 6%, este distribuit în întreaga lume (2,5).

Febra tifoidă duce la 128.000-161.000 de decese anuale (4,6), în timp ce febra dengue provoacă anual mai puține decese (25.000 de decese), dar se menționează faptul că jumătate de milion din cazuri evoluează ca formă severă (7,1). Febra galbenă provoacă anual 30.000-60.000 de decese (3,8).

În ceea ce privește situația din România, cazurile raportate în perioada 2009–2023 au fost 369 de cazuri confirmate de malarie; 80 de cazuri confirmate de febra dengue; în timp ce febra tifoidă a însumat 13 cazuri spitalizate într-un centru de boli infecțioase. Nu au fost raportate cazuri de febră galbenă.

Decesele cauzate de aceste boli în România, au fost raportate în perioada 2009-2023 3 decese cauzate de malarie, în timp ce pentru celelalte patologii nu au fost raportate decese (9,10,11).

Studiu de caz

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 33 de ani care se prezintă la cabinetul medicului de familie acuzând cefalee, mialgii, odinofagie, disfagie și febră (cea mai mare 39,5 °C) care cedează parțial la antitermice. Simptomatologia a debutat brusc cu o zi anterior vizitei la cabinet. Din istoricul pacientei se reține întoarcerea recentă din Filipine, unde a stat timp de 3 săptămâni, desfășurând activități în zone rurale și împădurite. Pacienta este angajată în domeniul energiei electrice, afirmativ nefumătoare. Antecedentele personale patologice sunt nesemnificative și nu urmează tratamente cronice. Se notează din tratamentul acut al pacientei următoarea medicație: antitermice (Paracetamol și Algocalmin).

Examenul obiectiv în cabinetul medicului de familie a măsurat o temperatură corporală periferică de 39,1 °C; alura ventriculară de 90 bătăi/minut; tensiune arterială de 120/70 mmHg; frecvență respiratorie de 18 respirații/minut și o saturație a oxigenului în aerul atmosferic de 99%. Examenul aparatului respirator relevă murmur vezicular fiziologic, fără raluri supraadăugate. La examenul aparatului cardiac se decelează zgomote cardiace ritmice, fără sufluri cardiace supraadăugate.

Examenul fizic obiectivează faringe intens eritematos și ganglioni latero-cervicali ușor crescuți dimensional.

Se efectuează un test antigen rapid combo (gripă A și B + Covid-19), care a fost negativ și care exclude la momentul curent una dintre aceste patologii.

Pe baza anamnezei și examenului fizic se pune diagnosticul clinic de viroză respiratorie cu alură gripală.

Se fac recomandări în ceea ce privește măsurile non-farmacologice, respectiv regimul alimentar, optimizarea stilului de viață și a perioadelor de odihnă. Se inițiază tratament antitermic și antialgic.

Având în vedere întoarcerea recentă dintr-o țară tropicală, simptomatologia pacientei, cu febră care cedează parțial la antitermice, mialgiile intense, se suspicionează o posibilă boală tropicală și se trimite spre medicul specialist infecționist pentru efectuarea analizelor sanguine necesare în vederea stabilirii unui diagnostic.

În urma consultului medicului specialist infecționist se decide investigarea paraclinică a afecțiunii acute probabil virale.

Din investigațiile paraclinice uzuale observăm prezența unei hemoleucograme cu limfopenie, neutrofilie și monocitoză; se decelează și prezența sindromului inflamator cu VSH ușor crescut, proteina C reactivă reacționată (13,7 mg/dl) (Figura 1A); ușoară hiperglicemie; ionograma arată o hipopotasemie ușoară; funcția hepatică și renală sunt în limite normale (Figura 1B). Se recoltează exudat faringian și urocultură, cu infirmarea unei infecții urinare.

Medicul infecționist corelând datele clinico-biologice (febră, mialgii, cefalee, sindrom inflamator crescut) cu datele anamnestice legate de întoarcerea recentă dintr-o țară tropicală, ridică suspiciunea de boala tropicală și consideră oportună recoltarea analizelor sanguine specifice acestor boli.

Se efectuează pentru suspiciunea de malarie: test rapid pentru malarie (RDT), pentru febra dengue RT-PCR și anticorpi IgM și IgG anti-dengue; pentru febra galbenă RT-PCR, IgM anti-febră galbenă și hemocultură pentru suspiciunea de febră tifoidă.

Se inițiază de către medicul specialist de boli infecțioase tratament cu oseltamivir și fluoroquinolone și asociat tratament de reechilibrare hidro-electrolitică și simptomatic.

Figura 1A

Test	Rezultat	Interval de referință
Hematii	4.88	3.8 - 5.1 10 ⁶ /μL
Hemoglobină	14.2	11.5 - 16.0 g/dL
Hematocrit	42.3	35 - 48 %
Indicele M	0.16	0.11 - 0.34
Limfocite	0.37	0.19 - 0.48
Monocite	0.08	0.03 - 0.09
Eozinofile	0.03	0.00 - 0.06
Bazofile	0.003	0.00 - 0.06
Neutrofile	0.44	0.43 - 0.70
Număr eritrocite	4.88	3.8 - 5.1 10 ⁶ /μL
Volum eritrocitar mediu (VEM)	87.0	81 - 98 fL
Hemoglobină eritrocitară medie (HEM)	29.1	27 - 33 pg
Concentrația hemoglobinei eritrocitare (CHEM)	33.7	31.5 - 36.0 g/dL
Anizocitoză eritrocitară (RDW - CV)	13.1	11.5 - 14.5 %
Număr trombocite	372	150 - 400 10 ³ /μL
Volum trombocitar mediu	10.0	7.4 - 10.4 fL
Număr leucocite	7.4	4.0 - 10.0 10 ³ /μL
VSH	25	1 - 20 mm/h

Figura 1B

Test	Rezultat	Interval de referință
Rată filtrare glomerulară (GFR)	114.69	>60 ml/min/1.73 m ²
GOT	9	0 - 17 mg/dL
GPT	17	0 - 35 mg/dL
Uree	33	15 - 40 mg/dL
Creatinină	0.72	0.5 - 1.1 mg/dL
Glucoză	82	74 - 106 mg/dL
Cholesterol total	137.1	125 - 200 mg/dL
Trigliceride	84.7	35 - 150 mg/dL
HDL-colesterol	52.8	35 - 80 mg/dL
Fier	140	136 - 164 μg/dL

Se reevaluează clinic la 5 zile de la debut în cabinetul medicului de familie, constatăndu-se ameliorarea inițială a simptomatologiei în cursul primelor 72 de ore de tratament dar cu reapariția sindromului febril (38,1°C) și a stării generale alterate în ziua 5 post antibioterapie.

La examenul obiectiv comparativ cu prima examinare se constată la auscultația pulmonară raluri crepitante bazal dreapta.

Analizele specifice bolilor tropicale infirmă diagnosticul de boală tropicală în cursul zilei 5, astfel se interpretează cazul ca suspiciune de pneumonie lobară bazală dreaptă, cel mai probabil rezistentă la fluoroquinolone și se schimbă antibioterapia cu cefalosporină de a-II-a generație (Cefuroximă), prescrisă pentru o durată de 7 zile, cu evoluție favorabilă, cu ameliorarea și apoi dispariția simptomelor.

Prognostic

Evoluția pacientei a fost favorabilă sub tratament simptomatic, antiviral și antibiotic cu remiterea completă a sindromului febril și ameliorarea semnificativă a stării generale în următoarele 72 de ore. Prognosticul în acest caz a fost unul bun, cu rezoluție completă a simptomatologiei și fără complicații pe termen lung.

Este important de subliniat că prognosticul în bolile infecțioase tropicale variază semnificativ în funcție de etiologia infecțioasă, momentul diagnosticării și comorbiditățile pacientului. De exemplu, formele severe de febră dengue pot duce la sindrom de șoc dengue sau hemoragii grave, necesitând terapie intensivă, în timp ce malaria cu *Plasmodium falciparum* netratată poate evolua rapid spre complicații neurologice, renale sau chiar deces (1,2,7).

Discuții

Cazul prezentat subliniază dificultatea diagnosticului diferențial între virozele respiratorii comune și bolile infecțioase tropicale în contextul unui tablou clinic nespecific, mai ales în primele zile de evoluție și cu atât mai mult atunci când pacientul este întors recent dintr-o țară tropicală. Literatura de specialitate confirmă că în peste 60% din cazurile de febră la întoarcerea din zone tropicale, etiologia rămâne inițial incertă, necesitând o abordare diagnostică extensivă și multidisciplinară. Într-un caz publicat în *The Lancet Infectious Diseases* (2021), o pacientă cu simptomatologie similară, întoarsă din Asia de Sud-Est, a fost diagnosticată cu febră tifoidă abia după a doua serie de teste serologice (12), în timp ce un raport publicat în *BMJ Case Reports* a descris un caz de co-infecție dengue - COVID-19, evidențiind dificultatea de diferențiere clinică între patologiile virale emergente (13). Comparativ, în cazul de față, faptul că testele rapide și serologice au infirmat etiologiile tropicale a condus la reconsiderarea diagnosticului în favoarea unei infecții bacteriene respiratorii, evoluția clinică susținând această ipoteză. Este esențial ca în astfel de situații, medicii de familie să aibă un grad ridicat de suspiciune clinică și să solicite investigații ținute, în colaborare cu medicii infecționiști, pentru a evita întârzierile diagnostice sau tratamentele inadecvate. Testele rapide pot fi o opțiune pentru a orienta diagnosticul chiar din cabinetul medicului de familie.

Globalizarea și intensificarea mobilității internaționale cresc exponențial riscul de introducere a patologiilor tropicale în zone non-endemice, precum România (14,15,16,17). În acest context, rolul medicului de familie în recunoașterea semnelor precoce ale unei posibile boli infecțioase tropicale devine crucial.

Rolul medicului de familie este deosebit de important în privința recomandărilor pentru vaccinare sau medicație preventivă, necesare înainte de călătoria în zonele tropicale.

Medicina de călătorie devine tot mai importantă și mai solicitată ca urmare a creșterii turismului contemporan. Medicul de familie poate să obțină un atestat de medicină

de călătorie, putând astfel consilia pacienții care călătoresc în vederea luării unor măsuri profilactice cât mai complete la momentul optim. Medicul de familie trebuie să revizuiască schema vaccinală a călătorului și să indice recuperarea vaccinurilor atunci când este posibil și să recomande vaccinare pentru boli endemo-epidemice în funcție de zona în care pacientul va călători. Există cabinete și centre de vaccinări internaționale care eliberează și certificate internaționale de vaccinare obținute ca urmare a administrării vaccinului/vaccinurilor împotriva febrei tifoide, a febrei galbene, hepatitei A, cel mai frecvent. Pentru prevenția malariei este necesară profilaxia prin administrarea de medicamente cu cel puțin două săptămâni înainte de plecarea în zona cu potențial de îmbolnăvire (18).

Concluzii

Cazul prezentat subliniază necesitatea unei anamneze detaliate, care să includă date epidemiologice relevante, dar și a unei colaborări eficiente între medicii din medicina primară și specialiștii în boli infecțioase.

Consilierea în vederea unei călătorii în zone cu risc epidemiologic face parte din abordarea preventivă a medicului de familie alături de recomandări pentru vaccinare împotriva unor boli tropicale.

Implementarea unor ghiduri de evaluare a pacientului febril întors recent din zone tropicale endemice și dezvoltarea rețelelor de testare rapidă pot contribui semnificativ la îmbunătățirea managementului acestor cazuri.

Conflict de interese: nu există

Acknowledgments: Toți autorii au avut contribuție egală la acest articol

Bibliografie

1. World Health Organization. *Dengue and severe dengue*. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue> [Accessed 16th May 2025].
2. World Mosquito Program. *Dengue: mosquito-borne disease*. Available from: <https://www.worldmosquitoprogram.org/en/learn/mosquito-borne-diseases/dengue> [Accessed 16th May 2025].
3. World Health Organization. *Yellow fever*. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/yellow-fever> [Accessed 16th May 2025].
4. World Health Organization. *Typhoid*. Available from: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/diseases/typhoid> [Accessed 16th May 2025].
5. World Health Organization. *Malaria*. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malaria> [Accessed 16th May 2025].
6. Centers for Disease Control and Prevention. *Typhoid fever caused by extensively drug-resistant Salmonella Typhi – United States, 2016–2021*. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/wr/mm7207a2.htm> [Accessed 16th May 2025].
7. European Centre for Disease Prevention and Control. *Dengue monthly update*. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/dengue-monthly> [Accessed 16th May 2025].
8. European Centre for Disease Prevention and Control. *Yellow fever – Annual Epidemiological Report for 2018*. Available

- from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/yellow-fever-annual-epidemiological-report-2018>. [Accessed 16th May 2025].
9. Popescu, Căruntu C, Gheorghită I, Ionescu RM, Țârdea D, Florescu SA, et al. Imported malaria in Romania – a retrospective study of 55 cases, 2007–2010. *Malar J*. 2014;13:139. Available from: doi:10.1186/1475-2875-13-139.
 10. Pițigoi D, Nițescu M, Streinu-Cercel A, et al. Typhoid fever: imported cases in Romania between 2010 and 2024. *Pathogens*. 2024;13(2):16. Available from: doi:10.3390/pathogens13020016.
 11. Negrea L, Nicolescu G, Ceianu CS. Malaria in Romania: status and challenges. *J Vector Borne Dis*. 2015;52(3):245–249. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5101366/> [Accessed 16th May 2025].
 12. An eventful 20 years. *Lancet Infect Dis*. 2021;21(8):1051. Available from: doi: 10.1016/S1473-3099(21)00408-4.
 13. Hilmy AI, Dey RK, Imad HA, et al. Coronavirus disease 2019 and dengue: two case reports. *J Med Case Rep*. 2021;15(1):171. Available from: doi:10.1186/s13256-021-02707-7.
 14. Crump JA, Mintz ED. Global trends in typhoid and paratyphoid fever. *Clin Infect Dis*. 2010;50(2):241–6.
 15. Simmons CP, Farrar JJ, Nguyen VV, Wills B. Dengue. *N Engl J Med*. 2012;366(15):1423–32.
 16. Monath TP, Vasconcelos PF. Yellow fever. *J Clin Virol*. 2015;64:160–73.
 17. Leder K, Torresi J, Libman MD, Cramer JP, Castelli F, Schlagenhauf P, et al. GeoSentinel surveillance of illness in returned travelers, 2007–2011. *Ann Intern Med*. 2013;158(6):456–68.
 18. *Medicina de călătorie*. Available from: <https://srmv.ro/index.php/medicina-de-calatorie>. [Accessed 16th May 2025].