Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):46

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/1457 - DOCTOR, ME DUELE LA PIERNA

C. Laserna del Gallego[a], J. Chehayeb Morán[b], C. del Pozo Vegas[c], A. Hambardzumyan[b], C.A. Montilla Castillo[d], M. Celorrio San Miguel[b], E.A. Serrano Lacouture[b], M. Ontoria Maeso[e], M.F. Manzano Lorecife[f] y G.E. Ayala Gonzales[d]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [e]Médico de Familia. Centro de Salud Rondilla I. Valladolid. [b]Médico de Familia. Servicio de Urgencias; [c]Médico de Familia; [f]Médico Residente de Anestesiología. Hospital Clínico Universitario. Valladolid. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón 58 años, sin alergias medicamentosas conocidas, que acude al servicio de urgencias por dolor e inflamación de extremidad inferior derecha de 24 horas de evolución con exantema muy pruriginoso en tronco y extremidades. Laboral: Ayuntamiento. No animales de compañía. Desde hace 3 días ha comenzado con fiebre intermitente de hasta 39,5 ºC, artralgias y mialgias. No disnea, no tos, no síndrome miccional, no alteraciones del tránsito intestinal.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente consciente, orientado, colaborador, auscultación cardiaca: rítmico, sin soplos. Auscultación pulmonar: no ruidos patológicos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no megalias. En extremidades y tronco se observan lesiones maculo-papulares eritematosas pruriginosas que desaparecen a la vitropresión en tronco y extremidades inferiores. Lesión con escara de color oscuro en parte posterior de muslo derecho. Ecografía: sistema venoso profundo proximal permeable, vena safena colapsable. Flujo trifásico a nivel arterial de extremidad inferior derecha.

Juicio clínico: Fiebre botonosa mediterránea.

Diagnóstico diferencial: Fiebre Q, ricketsiosis, tifus, borrelia.

Comentario final: La fiebre botonosa mediterránea es una enfermedad infecciosa aguda y zoonótica causada por la bacteria *Rickettsia conorii* y transmitida por la garrapata. En ocasiones es difícil apreciar la zona de inoculación o de la picadura de la garrapata, una escara o mancha negra. El diagnóstico inicial suele ser clínico, fundamentado con antecedentes de vida en medio rural y convivencia con perros, así como una clínica compatible con la enfermedad. El tratamiento es con doxiciclina. En este caso, los antecedentes del paciente no hicieron sospechar de su patología, por lo que es importante destacar, que una exploración física general completa fue esencial para encontrar la escara.

Bibliografía

1. Monterde-Álvarez ML, Calbet-Ferré C, Rius-Gordillo N, et al. Rickettsiosis after tick bite: A

subtle clinic picture on many occasions, we must be vigilant. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2016.
2. Otterdal K, Portillo A, Astrup E, et al. Rickettsia conorii is a potent complement activator in vivo and combined inhibition of complement and CD14 is required for attenuation of the cytokine response ex vivo. Clin Microbiol Infect. 2016

Palabras clave: *Zoonosis. Fiebre. Rickettsia. Garrapata. Mancha negra.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.