Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):75

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2783 - UN CASO PARA EL DR. HOUSE

I. López Macías[a], I. Muñoz Gámiz[b], M.E. González Rodríguez[c], C. Bellido Moyano[a], I. Conesa Pedrosa[d] e I. Aguilar López[a]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [b]Médico Adjunto; [c]Médico de Familia. Centro de Salud Lucena I. Córdoba. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rute. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 36 años, con antecedentes personales de cólicos nefríticos de repetición desde los 15 años, colecistectomizada a los 16 años, VEB a los 25 años, tratada por infección por *Helicobacter pylori* a los 26 años. Consulta en Atención Primaria por presentar malestar general, febrícula de predominio vespertino, molestias oculares, aftas bucales, cansancio, apatía y dificultad para la retención de información y concentración, desde hace unas semanas.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general. Exploración física anodina. Hemograma: leucocitos 2.600/uL y neutrófilos 43,9%. VSG: 10 mm; Bioquímica con hormonas tiroideas y factor reumatoide normal excepto sideremia 32 ug/dl, saturación de tranferrina 10% y folato 2,30 ug/dl. PCR: 10,30 mg/L, prolactina: 69,9 ng/mL. Proteinograma normal. Sedimento orina sin alteraciones. P-ANCA, C-ANCA, anticuerpos anti RO y anti La y HLA B27 negativos. Serología: anticuerpos Epstein Barr IgG positivos e IgM negativos; *Rickettsia coroni* IgG positivos e IgM negativos; citomegalovirus, *Coxiella burnetii, Salmonella typhi* y *paratyphi, Brucella melitensis* y *abortus, Borrelia burgdorferi, Brucella, Shigella* y *Yersinia* negativos IgG e IgM. Mantoux negativo. Sangre oculta en heces negativa. EDA: normal. TAC abdomino-pélvico sin hallazgos relevantes.

Juicio clínico: Fiebre botonosa mediterránea.

Diagnóstico diferencial: Infecciosas (fiebre Q; brucelosis; mononucleosis; fiebre reumática). Neoplásicas (feocromocitoma; leucemia; enfermedad de Hodgkin; linfomas). Conectivopatías (lupus eritematoso sistemático; artritis reumatoide; polimialgia reumática). Enfermedades granulomatosas. Enfermedades autoinmunes. Hipertermia habitual.

Comentario final: La fiebre botonosa mediterránea es una enfermedad incluida en el grupo de las rickettsiosis humanas. El agente causal es la *Rickettsia coroni*, siendo su reservorio habitual el perro parasitado por la garrapata. Habitualmente tiene un curso benigno, sólo en un 10% presenta complicaciones El diagnóstico se realiza por serología normalmente por su sencillez. Las alteraciones que presenta la paciente pueden ser debidas a las secuelas de padecer una rickettiosis no tratada a tiempo. Tras recibir antibiótico con doxiciclina, presentó mejoría. Desde el punto de vista de atención primaria es importante tener presentes estas enfermedades con variabilidad estacional y estar a alerta. Estos pacientes pueden beneficiarse de un diagnóstico precoz y evitarse de pruebas invasivas.

Bibliografía

1. Gómez Sánchez MM, Gómez Sánchez MC. Rickettsiosis: fiebre botonosa mediterránea. Elsevier. 2001;38:1.
2. Herrero JA, García Vázquez E, Hernández A, Gómez J. Infecciones por rickettsias y fiebre Q. Medicine. 2010;10:38811-8.

Palabras clave: *Fiebre botonosa mediterránea.*

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