Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2057

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/1557 - TÍBOLA, A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Estrela Martínez, M. Álvaro Sánchez, E. Robles Fernández, M. de la Torre Rodríguez, M. López Morandeira y C. Mateo Pascual

Médico de Familia. Centro de Salud Fuencarral. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 55 años que acude por picadura de garrapata de horas de evolución en cuero cabelludo. Se deriva a Urgencias, donde se aplica protocolo específico. Mediante check-list se descarta fiebre hemorrágica Crimea Congo. Se solicita serología para Rickettsia, sífilis y Leishmaniasis.

Exploración y pruebas complementarias: Al cabo de 4 días vuelve al centro de salud por presentar fiebre en los 2 últimos días (máximo 38 ºC) así como nuevos signos en la zona de la picadura. A la exploración se objetiva una lesión, necrótica, no dolorosa y no supurativa con eritema anular, asociada a una adenopatía cervical izquierda de 2 cm de diámetro, no adherida y no dolorosa. En la analítica encontramos una PCR de 20 como único parámetro alterado.

Juicio clínico: Tíbola, infección por Rickettsia slovaca tras picadura de garrapata.

Diagnóstico diferencial: Fiebre botonosa mediterránea (Rickettsia conorii, produce la “tache noire” característica). Enfermedad de Lyme (eritema crónico migratorio). Leishmaniosis cutánea. Picadura artrópodo o insecto.

Comentario final: Las picaduras de garrapata son infrecuentes en atención primaria. Suelen producir una lesión papulosa y eritematosa, que eventualmente evoluciona de forma tórpida, pudiendo sobreinfectarse. Es característico, tras 2-3 días, el desarrollo de la “tache noir”, una zona necrótica en el lugar de la picadura. La asociación de esta lesión junto con fiebre y adenopatías laterocervicales recibe el nombre de tíbola, cuadro cuyo diagnóstico es clínico y es causado por la bacteria Rickettsia slovaca. En los 2 últimos años se ha visto incrementado el número de picaduras de garrapata portadora de dicha Rickettsia. Esta se identificó por primera vez en 1967 en Eslovaquia, habiéndose descrito casos en otros países europeos, incluida España. Su reservorio y vector es la garrapata Dermacentor marginatus, una de las más abundantes en el sur de Europa. El tratamiento de elección son las tetraciclinas, siendo el cloranfenicol una segunda opción. En nuestra paciente se empleó doxiciclina, con buen resultado.

Bibliografía

1. Bernabeu-Wittel M, Segura-Porta F. Enfermedades producidas por Rickettsia. Enfermedades Infecciosas Microbiología Clínica. 2005;23:163-72.

2. Oteo JA, Portillo A. Tick-borne rickettsioses in Europe. 2012;3:271-8.
3. Selmi M, Bertolotti L, Tomassone L, Rickettsia slovaca in Dermatocentor marginatus and tick-borne lymphadenopathy, Tuscany, Italy. Emerg Infect Dis. 2008;14:817-20.

Palabras clave: Tíbola. Rickettsia slovaca.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.