



# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

## Escaras necróticas y exantema cutáneo con fiebre en un trabajador en coto de caza

Black spots and skin rash with fever in hunting preserve worker

Javier Sánchez-Bernal\*, Marta Lorda-Espés, Marcial Álvarez-Salafranca y Mariano Ara-Martín

Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España



### Descripción clínica del caso

Varón de 70 años que consulta por cuadro de 7 días de evolución, con lesiones cutáneas en hombro izquierdo, tronco y muslos y, desde el día anterior, fiebre de 38,5 °C, polimialgias, cefalea y mal-estar general. No refiere antecedentes médicos de interés y niega consumo de medicación reciente ni picaduras de insecto. Trabaja en un coto de caza en Zaragoza, en contacto con perros, conejos, corzos, jabalíes y perdices.

En la exploración se aprecian en el hombro izquierdo 2 placas eritemato-edematosas, induradas, de unos 3 cm, con escara necrótica central (fig. 1) y un exantema tenue compuesto por pequeñas pápulas eritematosas en tronco y muslos (fig. 2). No presentaba adenopatías palpables. En la analítica sanguínea destaca elevación de proteína C-reactiva, leucopenia, linfopenia y plaquetopenia.

Con la sospecha de exantema infeccioso, se solicitan serologías y se realiza biopsia cutánea, siendo la IgM de *Rickettsia conorii* positiva y presentando el estudio histológico un marcado edema en dermis superficial, acompañado de un infiltrado inflamatorio crónico perivascular de predominio linfocitario, con endotelios tumefactos y extravasación hemática, todo ello compatible con vasculitis.



**Figura 1.** Dos placas eritemato-edematosas, induradas, de unos 3 cm, con escara necrótica central localizadas en el hombro izquierdo.

### Evolución

Con el diagnóstico de rickettsiosis se inicia tratamiento con doxiciclina 100 mg/cada 12 h, con mejoría completa del cuadro en 12 días. Además, ante cuadro clínico atípico, se realiza estudio molecular por PCR utilizando como diana un fragmento de los genes *ompA* y *ompB*, obteniendo la muestra mediante frotis con hisopo de la escara, confirmandose rickettsiosis causada por *Rickettsia sibirica mongolitimonae*.

### Comentario final

En los últimos años, el desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas, en especial los métodos moleculares, ha permitido la caracterización de nuevas especies y subespecies de rickettsias que han demostrado ser patógenas para el ser humano, haciendo que, en Europa y España, ante una clínica sospechosa de fiebre botanosa mediterránea, no podamos limitarnos a considerar a *Rickettsia conorii* como la única especie patógena<sup>1,2</sup>.

Entre estas especies emergentes se encuentra *Rickettsia sibirica mongolitimonae*, que fue aislada por primera vez en la garrapata *Hyalomma asiaticum* en 1991 en Mongolia<sup>3</sup>, siendo el primer caso

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: javisanchez.5@hotmail.com (J. Sánchez Bernal).



**Figura 2.** Detalle de exantema constituido por maculopápulas eritematosas de milímetros en los muslos.

descrito en humanos en 1996 en el sur de Francia<sup>4</sup>. Desde entonces, se han descrito alrededor de 40 nuevos casos de infección por esta subespecie, la gran mayoría en países mediterráneos y en algunos países africanos<sup>5,6</sup>. Además, se ha comprobado que otras garrapatas como la *Rhipicephalus pusillus* o *Rhipicephalus bursa*, pueden actuar como vectores en España<sup>5</sup>.

Clínicamente, a pesar de que inicialmente se describía como característica la presencia de múltiples escaras necróticas, adenopatías regionales y linfangitis, llegando a denominar al cuadro como rickettsiosis asociada a linfangitis (LAR)<sup>2</sup>, se ha observado que más de la mitad de los casos presentan un cuadro similar a la fiebre botonosa mediterránea, con fiebre, mialgias, cefalea y una o varias escaras de inoculación, sin adenopatías ni linfangitis<sup>5,6</sup>. Además, aunque no se ha asociado a fallecimientos, sí se han descrito complicaciones como vasculitis retiniana, hiponatremia, *shock* séptico, miopericarditis, fallo renal agudo y encefalitis<sup>5–7</sup>.

En cuanto al diagnóstico, debemos tener en cuenta que, aunque la serología sea la prueba más empleada, además del riesgo de falsos negativos durante fases iniciales de la enfermedad, presenta frecuentemente positividad cruzada para diferentes especies de rickettsias, por lo que es recomendable que, ante cuadros sospechosos, realicemos estudio molecular por PCR obteniendo la muestra mediante frotis con hisopo de la escara<sup>2,5–8</sup>.

Es importante, por tanto, tener en cuenta que infecciones causadas por diferentes especies de rickettsias pueden producir las mismas manifestaciones clínicas, siendo el cuadro típico de fiebre botonosa mediterránea producido en muchas ocasiones por estas especies emergentes. Además, hay que recordar que las rickettsias también pueden producir otros cuadros clínicos diferentes como en nuestro caso, por lo que es importante mantener un alto grado de sospecha y, si es posible, tratar de filiar la especie de rickettsia mediante estudio PCR<sup>5,8</sup>.

## Bibliografía

1. Portillo A, Santibáñez S, García-Álvarez L, Palomar AM, Oteo JA. Rickettsioses in Europe. *Microbes Infect.* 2015;17:834–8.
2. Oteo JA, Portillo A. Tick-borne rickettsioses in Europe. *Ticks Tick Borne Dis.* 2012;3:271–8.
3. Yu X, Fan M, Xu G, Liu Q, Raoult D. Genotypic and antigenic identification of two new strains of spotted fever group rickettsiae isolated from China. *J Clin Microbiol.* 1993;31:83–8.
4. Raoult D, Brouqui P, Roux V. A new spotted-fevergroup rickettsiosis. *Lancet.* 1996;348:412.
5. Rajoelison P, Mediannikov O, Javelle E, Raoult D, Parola P, Aoun O. *Rickettsia sibirica mongolitimonae* human infection: A diagnostic challenge. *Travel Med Infect Dis.* 2018;26:72–3.
6. Nouchi A, Monsel G, Jaspard M, Jannic A, Angelakis E, Caumes E. *Rickettsia sibirica mongolitimonae* infection in a woman travelling from Cameroon: A case report and review of the literature. *J Travel Med.* 2018;25.
7. Loarte MDC, Melenotte C, Cassir N, Cammilleri S, Dory-Lautrec P, Raoult D, et al. *Rickettsia mongolitimonae* Encephalitis Southern France, 2018. *Emerg Infect Dis.* 2020;26:362–4.
8. Ramos JM, Jado I, Padilla S, Masiá M, Anda P, Gutiérrez F. Human infection with *Rickettsia sibirica mongolitimonae* Spain, 2007–2011. *Emerg Infect Dis.* 2013;19:267–9.