



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

199/108 - FIEBRE Y ALGO MÁS

S. Morales Rincón^a, E. Barbero Rodríguez^b, T. García Sánchez^c, M. Sierras Jiménez^d, J. Aguirre Rodríguez^e y C. López Rivero^f

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico de Familia; ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada. ^eMédico de Familia; ^fMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casería de Montijo. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 47 años, sin patología conocida ni alergias medicamentosas. Agricultor de profesión. Vive en medio rural. Niega hábitos tóxicos. Hace 7 días acudió a urgencias por presentar fiebre de hasta 39 °C, con respuesta a antitérmicos. Fue diagnosticado de fiebre sin foco posiblemente en el contexto de un cuadro viral. Se le pautó hidratación y paracetamol 650 mg/8h. En la consulta de Primaria, continua con fiebre y la respuesta a antitérmicos ya no es plena. Además, refiere artralgias generalizadas y cefalea frontal. Niega otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Temperatura: 39,5 °C. FC: 103 lpm. Saturación O2: 98%. Eupneico. TA: 100/70. Consciente, orientado, colaborador. Asténico, algo deshidratado. Neurológica: sin focalidad. No rigidez de nuca. ACR: normal. Faringe: leve hiperemia. Otoscopia: normal. A la palpación, se evidencia un aumento del tamaño de los ganglios retroauriculares derechos. En cuero cabelludo se observa una lesión con centro necrótico, no dolorosa. A la inspección, se aprecia una erupción maculo-papulosa no pruriginosa, generalizada, que afecta a palmas y plantas pero respeta la cara.

Juicio clínico: Sospecha de fiebre botonosa mediterránea (fiebre + exantema + mancha negra). Se derivó a urgencias para realizar pruebas complementarias y confirmación diagnóstica. En la analítica solo destacaba un aumento plaquetario y de transaminasas. VSG discretamente elevada. Coagulación sin alteración. Serología positiva para *Rickettsia conorii* (títulos iguales o superiores a 1/40). Se inició el tratamiento con doxiciclina 100 mg/12h vo permaneciendo el paciente apirético desde el segundo día de la administración. Se mantuvo la antibioterapia durante una semana.

Diagnóstico diferencial: Con otras patologías víricas (sarampión o primoinfección VIH), y bacterianas (sífilis secundaria o meningocemia).

Comentario final: La fiebre botonosa es una rickettsiosis causada por *Rickettsia conorii* y transmitida habitualmente por garrapatas de perros. La infección da lugar a una afectación del endotelio de los capilares y pequeños vasos, produciendo la destrucción de las células endoteliales, trombosis y hemorragias. La mayor parte de los casos en la cuenca del Mediterráneo ocurren en verano. Desde 1982, es una enfermedad de notificación obligatoria, y las zonas con mayor incidencia son Melilla, Ceuta, Castilla-La Mancha, Extremadura y Andalucía. El período de incubación de la enfermedad varía entre 5 y 7 días. Clínicamente se caracteriza por la fiebre brusca y las artromialgias. Entre el 3º y 5º aparece la erupción maculopapulosa. Muchas veces, la mancha negra pasa desapercibida. Es frecuente encontrar una linfadenopatía regional. El pronóstico suele ser bueno, aunque en ocasiones puede provocar una afectación visceral importante

(insuficiencia renal o alteración hepática grave), coagulación intravascular diseminada, infiltración pulmonar o alteración de la conciencia. Ante la sospecha clínica se debe de iniciar el tratamiento precozmente sin esperar a los resultados serológicos pues la respuesta al tratamiento es más satisfactoria cuanto antes se inicie el mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cazallas Tarazaga J, Collazos González J. Infecciones por Rickettsias. *Medicine*. 2002;66:3504-11.
2. Gómez Sánchez MM, Gómez Sánchez MC. Rickettsiosis: fiebre botonosa mediterránea. *Medicina Integral*. 2001;38:110-5.
3. Fleta Zaragozano J. Rickettsiosis transmitidas por garrapatas. *Medicina Integral*. 2002;39:18-24.