



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/441 - Doctor, tengo fiebre y me duele la cabeza

C. Aguayo Jiménez^a, D.P. Piñar Cabezos^a, A.B. Martorell Pro^b, Y. Romero Castro^b, M.Á. Gomariz Martínez^c, M.G. Cortez Lede^d, A. Carrasco Angulo^e, L. Úbeda Cuenca^f, M. Martínez Pujalte^g y A.C. Frazao dos Santos^h

^aMédico Internista. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. ^bMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. ^cMédico de Familia. Gerencia 061. Murcia. ^dCirujana Maxilofacial. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ^eMédico de Familia. Centro de Salud de San Javier. Murcia. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^gMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^hMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de los Alcázares. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 73 años acude a su MFC por intensa cefalea opresiva frontal, artromialgias y fiebre de 38,5 °C junto con exantema de predominio en tórax de una semana de evolución. Antecedentes: Sin AMC. HTA y DM tipo 2. Sobre peso. Colecistectomizada. Sin antecedentes epidemiológicos de interés. Tratamiento: olmesartán, amlodipino, metformina. Tras la exploración física y el hallazgo de la lesión necrótica se interroga a la paciente sobre contacto con animales, salidas al campo o picaduras, comentando contacto con perros pero no de su propiedad. Se inicia tratamiento con doxiciclina ante la sospecha clínica de fiebre botonosa mediterránea en espera de confirmación serológica.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: Ta: 38,4 °C. TA: 145/73. FC: 91. ACP: rítmica, sin soplos, sin estertores. Abdomen: sin masas ni megalias. MMII: normales. Sin signos meníngeos. Exantema maculopapular generalizado de predominio en tórax y miembros superiores. Hallazgo de una lesión necrótica rodeada de halo eritematoso y descamativo de 10 mm de diámetro en tercio superior del brazo izquierdo). Pruebas complementarias: Analítica: Hb 12,5 g/dL, plaquetas 210.000 mm³, leucocitos 13.500 mil/mm³, glu 187 mg/dL, creatinina 1,4 mg/dL, GOT 58 UI/L, GPT 67. PCR: 8 mg/L. Orina y radiografía de tórax normales. Serología: positiva a título de 1/320 para Rickettsia coronii.

Juicio clínico: Fiebre botonosa mediterránea.

Diagnóstico diferencial: Enfermedades infecciosas (VEB, CMB, meningococo, primoinfección por VIH, sífilis, sarampión), toxicodermias, rickettsiosis exantemáticas, vasculitis.

Comentario final: La fiebre botonosa mediterránea tiene un carácter endémico en nuestro país. Su tríada clínica clásica de fiebre, exantema y mancha negra representa un alto índice de sospecha diagnóstica, que se debe confirmar con serología. Insistir en un antecedente epidemiológico y en la búsqueda cutánea de la mancha negra. Aunque su curso es benigno, puede haber complicaciones graves si no se indica tratamiento correcto y precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castro Jiménez RA, García Gallego JJ, Redondo Pedraza R, Quero Espinosa B. Fiebre botonosa mediterránea: a propósito de dos casos en área de asistencia primaria urbana. SEMERGEN. 2006;32(1):36-40.
2. Curiel Balsera E, Prieto Palomino MA, Mora Ordoñez J, Muñoz Bono J. Fiebre botonosa con afectación neurológica severa. Med Intensiva. 2007;31:2.
3. Mataix Díaz J, Ramón Sapena R. Fiebre y exantema papular en una mujer sana de 60 años. Piel. 2007;22(4):186-8.
4. Merlo González VE, Marcos Sánchez F, Árbol Linde F, Gómez Fernández M, Simón Martín A, López Onega P. Fiebre botonosa maligna. Med Intensiva. 2002;26(1): 21-3.