



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/559 - Fiebre Botonosa Mediterránea

A. Vives Argilagos, N. Moreno Farrés e Y. Rando Matos

Médico de Familia. Centro de Salud Florida Nord. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 58 años sin alergias conocidas ni antecedentes patológicos, que como antecedente de interés explica frecuentes salidas al campo el fin de semana. Acude a urgencias del centro de salud (CS) tras sufrir picadura de garrapata unos días antes, con aparición de adenopatías laterocervicales dolorosas, artromialgias generalizadas y febrícula de cinco días de evolución. La paciente se extrajo ella misma la garrapata. Se le indica amoxicilina-clavulánico que no mejora la clínica, motivo por el que la paciente reconsulta a los 4 días al CS.

Exploración y pruebas complementarias: Febrícula: 37,4 °C. Adenopatías dolorosas latero cervicales que dificultan la movilización del cuello, no en otras localizaciones. Eritema en zona cuero cabelludo donde se produjo la picadura, sin clara mancha negra, y sutil eritema puntiforme en extremidades superiores que no afecta a región palmoplantar. La auscultación cardiorespiratoria y la orofaringe resulta anodina. La palpación de abdomen no evidencia visceromegalias, y no se detectan signos de artritis ni limitación articular funcional. Ante la sospecha de fiebre botonosa mediterránea por el antecedente epidemiológico y la clínica sugestiva, se deriva a la paciente al hospital donde se le realiza un analítica que no muestra alteraciones y serologías: *Rickettsia conorii*: + y *Borrelia*: -.

Juicio clínico: Fiebre botonosa mediterránea (FBM). Enfermedad causada por rickettsias transmitidas por garrapatas del género *Ixodes*. Después de un período de incubación entre 5 y 7 días aparece fiebre, malestar general, cefalea e inyección conjuntival. Al comenzar la fiebre se observa una pequeña úlcera (mancha negra), similar a un botón, de 2-5 mm de diámetro, con aumento de los ganglios linfáticos regionales; es un signo muy sugestivo en nuestro medio de diagnóstico de fiebre botonosa, aunque en muchos casos no está presente. Hacia el cuarto día de fiebre aparece un exantema que es igualmente característico: máculo-papuloso, generalizado, ascendente, con afectación palmo-plantar, coloración rosa-rojiza y purpúrico en ocasiones. La fiebre persiste hasta la segunda semana. El tratamiento se realiza con tetraciclinas durante 1-5 días.

Diagnóstico diferencial: ifus murino. Transmitido por pulgas y más de zonas tropicales y subtropicales. Tifus epidémico. Transmitido por piojos humanos. A menudo causa epidemias, sobre todo después de guerras o desastres naturales. Linfadenopatía transmitida por garrapatas (TIBOLA). Escara negra, adenopatías regionales y fiebre. Casos descritos por toda Europa. Enfermedad de Lyme. Transmitido por garrapatas. Produce el eritema crónico migratorio. Fiebre de las montañas rocosas. También transmitido por una garrapata pero localizado sobre todo en norte América. El exantema hay que diferenciarlo de: sarampión, rubeola, meningococemia, sífilis secundaria, vasculitis leucocitoclástica y las toxicodermias.

Comentario final: La FBM es una enfermedad infecciosa causada por la *R. conorii* que, suele tener un curso benigno. Su mayor incidencia es en países mediterráneos y sobre todo en épocas estivales, donde coincide con el ciclo biológico de su vector, la garrapata *Ixodes*.

BIBLIOGRAFÍA

1. Segura F, Pachón J, Font B, De Alarcón A. Enfermedades causadas por rickettsias en Farreras, Rozman. Medicina Interna. Vol.2. 15ª ed: Elsevier; 2004. p.2352-9.
2. Fleta J. Rickettsiosis transmitidas por piojos, pulgas y ácaros. Med Integral. 2002;39(4):147-52.