



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/820 - Fiebre, mialgias, exantema... Descarta fiebre botonosa MEDITERRÁNEA

A. Pereda Herrera y M. López Álvarez

UGC Tarifa.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 72 años que acude a consulta acompañado de sus familiares. Refiere que desde hace tres días presenta fiebre, debilidad en ambas piernas, y malestar general. No otros síntomas. No antecedentes de interés. Recientemente presenta exantema en tronco que afecta también a palmas y plantas. Exploración física. Fiebre 38,7 °C, regular estado general, ligeramente taquipneico en reposo. Orofaringe normal. Auscultación cardíaca: Rítmicos a 86 lpm sin soplos. Auscultación respiratoria: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible sin masas ni megalías. Miembros inferiores sin edemas, varices. Exploración neurológica normal. Presenta lesión costrosa en espalda con halo eritematoso. El paciente vive en un medio rural y sale frecuentemente a pasear al campo.

Exploración y pruebas complementarias: Se traslada a Hospital de referencia para estudio y se le realiza: analítica en la que destaca anemia (Hb 10,8), leucopenia (leucocitos 5.870), elevación VSG 43, elevación de las transaminasas (GOT 102, GPT 52, GGT 150, elevación CPK 4,854 e hipoalmuninemia. Coagulación normal. Serología positiva para Rickettsia conorii. Rx tórax normal.

Juicio clínico: Fiebre botonosa mediterránea.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial se realiza principalmente con otros síndromes febriles que presenten exantema: otras rickettsiosis, primoinfección por VIH, sarampión, meningococemia, sífilis secundaria, toxidermias, vasculitis... Es de gran ayuda el antecedente epidemiológico de salidas al campo o picadura por garrapata y la marcada incidencia estacional (julio-septiembre). El diagnóstico es clínico y epidemiológico y se confirma con microbiología. Se puede realizar por métodos directos (en tejidos por tinción de Giménez, PCR o IFI; y en células endoteliales por IFI; el cultivo tiene baja sensibilidad) o serología (IFI es la de elección o reacción de Weil-Félix).

Comentario final: La fiebre botonosa mediterránea es endémica en la cuenca mediterránea y está aumentando su incidencia en los últimos años por causas poco conocidas. Es una enfermedad generalmente benigna y con una baja mortalidad, la complicación más frecuente suele ser una afectación hepática anictérica y de rápida recuperación. Pero existe una forma maligna que produce una importante afectación visceral y una mayor mortalidad (6%). Uno de los principales factores de mal pronóstico es el retraso en la instauración del tratamiento. El tratamiento precoz con doxiciclina acorta el período sintomático y evita la aparición de complicaciones graves en ocasiones mortales; por lo que debe tenerse una alta sospecha clínica en pacientes con fiebre, artromialgias y exantema.

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.medintensiva.org/es/fiebre-botonosa-maligna/articulo/13027673/>.
2. Mateos Polo L, Sánchez González B, Álvarez Pasquín MJ. Fracaso multiorgánico y fiebre botonosa mediterránea maligna. *Med Intensiva*. 1989;13:381-3.
3.
http://sameens.dia.uned.es/Trabajos6/Trabajos_Publicos/Trab_1/Asensio_Moreira_1/BUSQUEDA/PROTOCOLO%Arag%F3n.pdf.