



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1345 - Fiebre por picadura de insecto

M.L. Martínez Correa^a, M.A. Chávez Ávila^b y M. Morales Menéndez^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pintor Oliva. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eras del Bosque. Palencia. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Jardinillos.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 33 años, residente en área urbana, dependiente, en contacto esporádico con ganado. Refiere picadura de insecto en pulgar derecho 3 días antes del inicio de síntomas. En mayo acudió a consulta por fiebre (39 °C) de 7 días de duración, artromialgias y exantema generalizado que comenzó en extremidades y se extendió hacia el resto del cuerpo, no pruriginoso, presentándose un día después del inicio del cuadro, coincidiendo con la toma de amoxicilina y paracetamol, pautados por su médico de atención primaria tras objetivar una amigdalitis.

Exploración y pruebas complementarias: Temperatura 39 °C, tensión arterial 90/50, hepatomegalia, exantema máculo papuloso generalizado, en algunas zonas fue purpúrico, con afección de palmas y plantas. No se detectó la mancha negra. La analítica reportó leucocitosis con neutrofilia, plaquetopenia, hiponatremia, transaminasas, fosfatasa alcalina, proteína C Reactiva, deshidrogenasa láctica, CPK, velocidad de eritrosedimentación y fibrinógeno derivado elevados. La serología al mes fue positiva para Rickettsia conorii (IgM 1/160).,

Juicio clínico: Fiebre botonosa mediterránea o fiebre exantémica mediterránea.

Diagnóstico diferencial: Sarampión, meningococcemia, sífilis secundaria, vasculitis leucocitoclástica, primoinfección por VIH. En este caso por no presentar la mancha se consideraron además otras rickettsioses como fiebre de las montañas rocosas, viruela rickettsiosa, tibola, el tifus murino (tifus endémico), tifus epidémico.

Comentario final: El síndrome febril es una causa común de consulta en atención primaria, ante su prolongación se han de tener en cuenta características que lleven a sospechar patologías infrecuentes en la consulta diaria. Se sospechó de fiebre botonosa mediterránea por cumplir con los criterios epidemiológicos y clínicos (caso probable) comenzando el tratamiento antibiótico empírico al séptimo día del inicio del cuadro clínico. Tres semanas después se confirmó el diagnóstico con serología positiva para Rickettsia conorii, (caso confirmado). En las regiones endémicas, la presencia de un cuadro clínico típico de fiebre botonosa mediterránea, se considera suficiente para establecer un diagnóstico de presunción y aplicar el tratamiento empírico rápidamente evitando el desarrollo de complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Olagorta García S, Esteban Ciriano ME, Juan Belloc ME, García Irure JJ, et al. Fallo multiorgánico secundario a Rickettsia conorii. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int. 2012;26(3):166-70.
2. Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud. Protocolo de las Enfermedades de declaración Obligatoria de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Protocolo de vigilancia de Fiebre Exantemática Mediterránea. 2013. p. 199.
3. Pallarés Robles J, Birulés Pons M. Infecciones frecuentes en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez y Gené Badia. Atención Primaria. Problemas de la salud en la consulta de Medicina de Familia. 7^a edición. 2014; p. 588.
4. Castro Jiménez RA, García Gallo JJ, Redondo Pedraza R, Quero Espinoza B. Fiebre botonosa mediterránea: a propósito de dos casos en área de asistencia primaria urbana. Situaciones Clínicas. SEMERGEN. 2006;32(1):3640.
5. Sanfeliu I, Pons I, Segura F. Rickettsiosis en nuestro entorno. JANO 2008;(1689):21-4.
6. Colomba C, Saporito L, Frasca Polara V, Rubino R, Titone L. Mediterranean spotted fever: clinical and laboratory characteristics of 415 Sicilian children. BMC Infectious Disease.s 2006;6:60.