



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

212/503 - Fiebre y exantema en septiembre

R. Aguilar Hernández^a, A.M. Fernández López^b, M.J. Sánchez de las Matas Garre^c, P. Aguilar Hernández^d, M.Á. Monsoriu Fito^e, A. De Miguel Gómez^f y F.J. García Román^g

^aMédico de Familia. Centro de Salud El Algar. Cartagena. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. Cartagena. ^cAnatomopatóloga. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena. ^dMédico de Urgencias. Hospital Francesc de Borja. Gandía. ^eMédico de Urgencias. Hospital de Sagunt. Valencia. ^fMédico de Familia. Centro de Salud San Antón. Cartagena. ^gMédico de Familia. Centro de Salud Pozo Estrecho. Cartagena.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 67 años por el que demandan atención domiciliaria el 5 de septiembre por fiebre que le impide sostenerse en pie. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas, HTA de 10 años evolución en tratamiento con ramipril 10 mg e hidroclorotiazida 12,5 mg diarios, colecistectomizado, exfumador desde hace 6 años 30 paquetes/año. En domicilio refiere debilidad desde hace dos días, desde ayer con anorexia y fiebre. No refería tos, ni expectoración, ni síntomas urinarios, ni digestivos, ni cefalea. Fiebre 38,4 °C, regular estado general, consciente y orientado, bien hidratado. Glasgow 15. Exploración neurológica sin focalidad. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos a 70 lpm sin soplos. Auscultación respiratoria: murmullo vesicular conservado. Abdomen: cicatriz en hipocondrio derecho, blando depresible sin megalias, levemente doloroso en hemiabdomen superior sin defensa Blumberg negativo. Miembros inferiores sin edemas. Se instaura tratamiento con paracetamol 1.000 mg cada 8 horas. Al día siguiente avisan por aparición de lesiones en piel. Exploración física es similar salvo lesiones eritematopapulosas levemente pruriginosas por tronco y extremidades, en pierna derecha se observa lesión costrosa con halo eritematoso sugestivo de "mancha negra". El paciente refiere previamente había salido al monte a caminar. Se envía a Hospital con diagnóstico de sospecha de fiebre botonosa mediterránea iniciando tratamiento empírico con doxiciclina y ceftriaxona intravenosa. Tras 3 días de ingreso es alta afebril completando tratamiento antibiótico en domicilio.

Exploración y pruebas complementarias: Hematimetría: leucocitos 8.325 (neutrófilos 72,7%, linfocitos 14,6%, eosinófilos 1,8%), hemoglobina 12,7, volumen corpuscular medio 92 plaquetas 610.000, velocidad de sedimentación globular 33, PCR 4. Bioquímica: glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio y amilasa normales, GOT 130, GPT 81, GGT 136, FA 135, LDH 689. Radiología de tórax: sin infiltrados ni cardiomegalia. Serología positiva para *Rickettsia conorii*. Serología de *Borrelia* negativa.

Juicio clínico: Fiebre botonosa mediterránea.

Diagnóstico diferencial: Otras rickettsiosis. Viriasis. Menigococemia. Enfermedad de Lyme.

Comentario final: Debemos ser capaces en Atención Primaria de detectar enfermedades poco prevalentes, estacionales y de presentación típica.

Bibliografía

1. Cazallas Tarazaga J, Collazos González J. Infecciones por Rickettsias. Medicine. 2002;66:3504-11.
2. Fleta Zaragozano J. Rickettsiosis transmitidas por garrapatas. Medicina Integral. 2002;39:18-24.

Palabras clave: *Fiebre. Exantema. Mediterránea.*