



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/354 - FIEBRE Y EXANTEMA: LA IMPORTANCIA EPIDEMIOLÓGICA

M. Sánchez Infante^a, S. Milán Gutiérrez^b, M. Sánchez Salvatella^c, N. Navarro Aparicio^d, L. López Puerta^e y B. Guerrero Barranco^f

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Norias. Almería. ^bMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vícar. Almería. ^cMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ejido Sur. Almería. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Mojonería. Almería. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roquetas Sur. Almería. ^fMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Poniente. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 65 años, natural de Argentina, DM2, fumador. Acude al servicio de Urgencias por cuadro de fiebre de cuatro días de evolución acompañado de artromialgias generalizadas. Refiere visualizar garrafa no adherida en tórax 24 horas previas al inicio de los síntomas. Convive con un perro bien vacunado.

Exploración y pruebas complementarias: Presenta regular estado general sin focalidad neurológica. Afebril. Presenta exantema macular generalizado, no pruriginoso, que afecta a palmas y plantas. Se localiza lesión eritematosa crateriforme en región escapular izquierda. Se objetiva plaquetopenia e hipertransaminasemia, con elevación de RFA. Pendiente de serología.

Juicio clínico: Fiebre exantemática en contexto de una picadura por garrafa. Posible fiebre botonosa mediterránea.

Diagnóstico diferencial: Según la edad del paciente: sarampión, rubéola, varicela-zóster, eritema infeccioso, roséola infantil, escarlatina, fiebre reumática, síndrome de Kawasaki, enterovirus no poliomielíticos, síndromes mononucleosidos. Relacionado con exposiciones sexuales: sífilis, VHS, linfogranuloma venéreo, chancroide. En relación con fármacos: eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidémica tóxica. Según la exposición a artrópodos o animales: toxoplasmosis y enfermedad por arañazo de gato, psitacosis, criptococosis, leptospirosis; enfermedad de Lyme, fiebre exantemática por Rickettsia. Situaciones que merecen una evaluación urgente: Infección meningocócica, endocarditis bacteriana, fiebre de las Montañas Rocosas, fascitis necrotizante, síndrome del shock tóxico, tuberculosis miliar.

Comentario final: El enfoque diagnóstico de la paciente con fiebre y erupción cutánea debe centrarse en una historia epidemiológica detallada. En nuestro medio, el principal agente productor de fiebre manchada es la *R. conorii*, cuyo vector de transmisión es la garrafa del perro (*Rhipicephalus sanguineus*) que causa la entidad clínica denominada fiebre botonosa mediterránea. El cuadro clínico se caracteriza por fiebre, malestar, cefalea y mialgias acompañado de rash maculopapular generalizado que afecta a palmas y plantas, y escara necrótica o "mancha negra" en el punto de inoculación. Así como leucopenia, trombocitopenia y alteración de las enzimas hepáticas. El tratamiento de elección de todas las infecciones por Rickettsias es doxiciclina.

Bibliografía

1. Portillo A, Oteo JA. Rickettsiosis as threat for the traveller. Current Topics in Tropical Medicine. 2012.
2. Walker DH. Rickettsias y rickettsiosis: el estado actual del conocimiento. Clin Infect Dis. 2007;45 Suppl 1:S39.

Palabras clave: Fiebre. Exantema. Rickettsia. Fiebre botonosa mediterránea.