Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2070

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/1797 - RICKETTSIOSIS: FIEBRE BOTONOSA MEDITERRÁNEA

M. Fernández López[a], A. Martínez Casquete[b], A. Bárcena Atalaya[c], A. Arredondo Sánchez[b], I. García Santos[d] y C. Moreno Torres[d]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora de la Consolación. Utrera Sur. Sevilla. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Utrera Norte. Sevilla. [c]Médico de Familia. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. [d]Médico de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 84 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes y portador de marcapasos por bloqueo auriculoventricular, que acudió a la consulta de Atención Primaria por segunda ocasión en menos de 15 días por malestar general, astenia y debilidad de miembros inferiores de dos semanas de evolución. Había presentado en domicilio febrícula sin fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física presentaba regular estado general, febrícula (37 ºC), con mínimos crepitantes posterobasales a las auscultación y en la cara lateral del antebrazo izquierdo presentaba una mancha negra con halo eritematoso de unos 3 centímetros de diámetro. Se solicitó hemograma con discreta leucocitosis con desviación a la izquierda y bioquímica con resultado normal, PCR 192 mg/dl. Se amplió el estudio con hemocultivo y urocultivo (en dos ocasiones), con resultado negativo y serología amplia, siendo IgG para Rickettsia coronii positiva a título de 1/80. Ante los resultados de la serología, se inició tratamiento con doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 10 días y se derivó a la consulta de Enfermedades Infecciosas, confirmando el diagnóstico de fiebre botonosa.

Juicio clínico: Fiebre botonosa mediterránea.

Diagnóstico diferencial: Se debe realizar, en primer lugar, con otras rickettsiosis; también con otras enfermedades exantemáticas (sarampión, rubéola, varicela en fase inicial de pápula, etc.), con infecciones meningocócicas, infecciones virales (especialmente enterovirus), púrpura de Schönlein-Henoch y otras vasculitis, con heridas sobreinfectadas con linfangitis, etc.

Comentario final: La fiebre botonosa mediterránea es una enfermedad cada día más común en nuestro medio, sobre todo en la cuenca mediterránea, por lo que es muy importante hacer un diagnóstico preciso desde Atención Primaria para iniciar el tratamiento de la enfermedad lo antes posible. Conocer su etiología, clínica, diagnóstico y tratamiento es fundamental para poder hacer una buena praxis desde nuestros centros.

Bibliografía

1. Gómez Sánchez MM, Gómez Sánchez MC. Rickettsiosis: fiebre botonosa mediterránea. Medicina Integral. 2001;38(3).
2. Parola P, et al. Uptodated on tick-borne rickettsioses around the world: a Geographic approach. Clin Microbiol Rev. 2013;26:657.

Palabras clave: Rickettsiosis. Fiebre botonosa mediterránea. Rickettsia rickettsii.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.