



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/3315 - ¿TENDRÁ RELACIÓN ESTA PICADURA?

H. Campos Rodríguez<sup>a</sup>, E. Pérez Valle<sup>b</sup>, M. Catalán Montero<sup>c</sup>, A. Ruiz-Valdepeñas González<sup>a</sup>, P. Rodríguez Rodríguez<sup>a</sup> y S. Rojilla Martín<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Isabel II. Parla. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Las Américas. Parla. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Américas. Parla. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 37 años con antecedentes personales de asma leve episódica. Acude a consulta de Atención Primaria por fiebre de predominio nocturno desde hace 2 días. Refiere, además, la aparición de una lesión dérmica en región inferior de abdomen que atribuye a picadura de insecto. Además, se ha palpado un bulto en ingle izquierda. Asocia astenia y malestar general. La paciente vuelve para revisión 5 días después y cuenta que hace 4 días le aparecieron numerosas lesiones por extremidades que por lo que describe parecen corresponder a un rash. La fiebre desapareció al día siguiente de la primera consulta.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración en 1ª consulta: Tª: 37,1 °C. TA: 110/65 mmHg. Impresiona de buen estado general. Piel: lesión sobrelevada de 1,5 cm con centro necrótico de color negro en región de fosa ilíaca izquierda. Alguna lesión satélite tipo vesícula. Se palpa adenopatía de características inflamatorias en región inguinal izquierda. Resto de exploración normal. Exploración en 2ª consulta: 4-5 lesiones residuales en extremidades del rash que refiere, tipo maculopapular. Ac IgM y Ac. IgG de Rickettsia conorii: 1ª determinación (realizada al día siguiente de la primera consulta): negativa; 2ª determinación (a los 10-14 días del inicio del cuadro): pendiente de resultados. Ac. varicela zoster: negativo.

**Juicio clínico:** Fiebre botonosa.

**Diagnóstico diferencial:** Virus herpes, sarampión, rubeola, meningococemia, otras rickettsiosis.

**Comentario final:** La paciente presenta excelente evolución y sin afectación de órganos o sistemas. Dada la alta sospecha, es tratada con doxiciclina 100 mg/12 horas. Actualmente está pendiente de resultados de 2ª determinación de Ac Rickettsia conorii. La fiebre botonosa es causada por Rickettsia conorii a través de la picadura de una garrapata. La fiebre alta, cefalea, malestar general, una mancha negra (tache noire) y el rash maculopapular es la clínica típica. El diagnóstico mediante serología debe repetirse a los 10-14 días del inicio del cuadro. Los pacientes con infecciones severas pueden presentar complicaciones renales, cardíacas, oculares y neurológicas; motivo por el cual es fundamental el seguimiento estrecho en consulta.

### Bibliografía

1. Walker DH. Rickettsiae and rickettsial infections: the current state of knowledge. Clin Infect Dis. 2007;45 Suppl 1:S39.

**Palabras clave:** Fiebre. Exantema. Toxicosis por garrapatas.