

347/3435 - ¿MANCHA NEGRA?

B. Gutiérrez Muñoz^a, I. Hernando García^b, A. Artíme Fernández^c y M. Gómez García^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Santander. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. ^dMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 36 años, ganadero, sin FRCV, alergias medicamentosas, hábitos tóxicos, tratamientos u otros antecedentes de interés. Acude a Urgencias por lesión cutánea negruzca en tórax. Refiere que 10 días antes le había picado ahí una garrapata (se la había arrancado él mismo sin medidas higiénicas). Al día siguiente sintió debilidad, cefalea y sensación distérmica, pero no volvió a presentar esa clínica. Niega prurito, dolor torácico, sangrado/supuración de la herida, artralgias u otros síntomas/signos.

Exploración y pruebas complementarias: General. CyO. NHNPNC. Eupneico. Afebril. Cabeza-cuello. No IY ni adenomegalias. ACP y abdomen anodinos. Piel. Exantema eritematoso confluyente en tórax que blanquea a la presión y no afecta a palmas. Lesión negruzca y costrosa en pectoral izquierdo con eritema alrededor, induración subyacente, aumento de temperatura local y sin dolor a la palpación. Hemograma-bioquímica: leucocitosis (11.000), PCR 3, resto normal.

Orientación diagnóstica: Sospecha de infección por Rickettsia conorii y fiebre botonosa mediterránea.

Diagnóstico diferencial: Otras zoonosis, infección de herida.

Comentario final: Las rickettsiosis transmitidas por garrapatas son enfermedades de ámbito mundial (por amplia distribución de garrapatas y turismo). Aunque el tratamiento antibiótico es similar para todas, existen diferencias en la epidemiología, clínica y métodos diagnósticos según el tipo de Rickettsia. La fiebre botonosa mediterránea (R. conorii), se da especialmente en regiones adyacentes al Mediterráneo. En España, el vector más frecuente es la garrapata canina (Rhipicephalus sanguineus). Casi siempre da fiebre, cefalea, rash cutáneo y suele aparecer una escara necrótica (mancha negra) en el lugar de la inoculación. El diagnóstico se basa en las características clínicas y el contexto epidemiológico, pudiéndose confirmar mediante serología, detección inmunológica en tejidos o amplificación de PCR. El tratamiento de primera elección es la doxiciclina (también en embarazadas y niños), cuyo inicio no debe esperar a la confirmación del diagnóstico si tenemos la sospecha. Ante el buen estado general de nuestro paciente y la sospecha clínica, se decide sacar serología (Rickettsia conorii y Brucella) y dar el alta con doxiciclina oral (100 mg cada 12 horas), paracetamol y recomendaciones de higiene.

Bibliografía

1. Sexton D, McClain M. Other spotted fever group rickettsial infections. UpToDate, 2017 [acceso 31/07/2018].
2. Fleta J. Rickettsiosis transmitidas por garrapatas. Med Integr. 2002;39:18-24.

Palabras clave: Zoonosis. Úlcera. Garrapata.