



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/573 - UN PASEO ACCIDENTADO

M. Rodríguez Prieto<sup>a</sup>, D. de Freitas Clemente<sup>a</sup>, M. García Domínguez<sup>b</sup> y M. Ciprián Tejero<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fermín. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fermín. Madrid. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Fermín. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 50 años con antecedente personal de miocardiopatía hipertrófica obstructiva. Acude por presentar cuadro de fiebre de 39,5 °C de 1 día de evolución acompañado de cefalea moderada, sin otra clínica asociada. Refiere que hace unos días acudió al campo aunque no recuerda ninguna picadura ni contacto con animales salvo su propio perro.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG, TA 125/73, FC 110 lpm, Tª 39 °C. Normocoloreada. ACP: soplo holosistólico panfocal. MVC. Abdomen sin alteraciones. No lesiones cutáneas. EEII sin edemas ni signos de IVC. Se inicia tratamiento sintomático y se reevalúa a los 2 días presenta una lesión papular de 1 cm, indurada, con bordes eritematosos y fondo negro, fija y no fluctuante en pierna izquierda. Radiografía de tórax sin alteraciones. Analítica: leucocitosis, neutrofilia y PCR 1,8. Se deriva al hospital de referencia donde se continúa estudio siendo la serología positiva para Rickettsia conorii.

**Orientación diagnóstica:** Dado el cuadro de fiebre, lesión en piel compatible con "mancha negra" y el antecedente de excursión al campo, se orienta como fiebre botonosa. Se inicia tratamiento con doxiciclina 100 mg cada 12 horas presentando mejoría y desaparición de la fiebre.

**Diagnóstico diferencial:** En primer lugar, con aquellas enfermedades que cursan con fiebre elevada y lesión cutánea como otras rickettsiosis, enfermedades exantemáticas (sarampión, rubéola, varicela, etc.), infecciones meningocócicas, infecciones virales -especialmente enterovirus-, vasculitis, linfangitis, etc.

**Comentario final:** El síndrome febril es una causa frecuente de consulta y en un alto porcentaje de pacientes no se encuentra el foco (FOD). Resulta imprescindible una buena historia clínica excluyendo causas farmacológicas, tóxicas y/o metabólicas, no olvidando el ambiente epidemiológico: viajes en los últimos 6 meses, contacto con animales... así como completar el estudio con pruebas complementarias (analítica con serología, Rx tórax, ecografía, etc.).

### Bibliografía

1. Lucero MJ, Moya MS, Arroyo I, et al. Fiebre botonosa mediterránea. Revisión de 30 casos. Rev Esp Microbiol Clin. 1988;3:325-9.

**Palabras clave:** Fiebre. Rickettsia. Zoonosis.