

A propósito de un caso de fiebre por picadura de garrapata africana

S. Duce-Tello^a, N. Crespi-Villariás^b, S. Aparicio-Herranz^c y E. López-Martínez^d

^aMédico Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. EAP Orcasitas. Madrid.

^bEAP La Rivota. Alcorcón. Madrid.

^cServicio de Medicina Interna. Hospital La Zarzuela. Madrid.

^dEAP Cea Bermúdez. Madrid.

Durante muchos años, la única rickettsiosis conocida en España del grupo de las fiebres manchadas ha sido la fiebre botonosa mediterránea. Sin embargo, la existencia de viajes a países cada vez más lejanos por turismo y el continuo incremento de la inmigración ha dado lugar a un aumento de los casos de las rickettsiosis adquiridas de otros países.

Presentamos el caso clínico de un paciente con fiebre por picadura de la garrapata africana (*Rickettsia africae*).

Palabras clave: picadura, *Rickettsia africae*.

For many years, the only rickettsiosis known in Spain from the spotted fever group was Mediterranean boutonniere fever. However, the existence of tourist trips to increasingly far away countries and the continuous increase of immigration have given rise to an increase in the cases of rickettsiosis acquired from other countries. We present the clinical case of a patient with African tick bite fever (*Rickettsia africae*).

Key words: Tick-borne rickettsioses.

Se trata de un paciente de 38 años, sin antecedentes personales de interés, que acudió a Urgencias del hospital remitido por su médico de familia por presentar fiebre de 39 grados de cuatro días de evolución, asociada a cefalea, sudoración profusa e intenso malestar general y mialgias. En la anamnesis destacaba que el paciente había regresado, hacía siete días, de una zona rural de Sudáfrica. No había tomado la profilaxis antipalúdica. Asimismo, presentaba en la región glútea izquierda y púbica derecha una lesión como la que se observa en la figura 1. Su novia presentaba varias lesiones cutáneas similares, aunque permanecía asintomática. No había otros síntomas que explicasen un foco infeccioso.

En la exploración física se observaba un paciente con estado general aceptable: febril (temperatura de 39 °C), con tensión arterial de 120/70, pulso de 90, saturación del 98%. Las funciones superiores estaban conservadas. El

resto de la exploración física era normal, excepto dos lesiones como las observadas en la figura 1 de 0,5 cm, en el glúteo izquierdo y la región púbica derecha, consistentes en una lesión ulcerosa, recubierta por una escara negra y rodeada de un halo eritematoso con adenopatías satélites dolorosas regionales. No se observaban organomegalias ni adenopatías a otros niveles, ni tampoco exantema.

En la analítica destacaban unos niveles de velocidad de sedimentación globular de 20; proteína C reactiva de 3,59; 4.500 leucocitos con el 70,8% de segmentados; el 14,4% de linfocitos; una hemoglobina de 13,2; 137.000 plaquetas; glucosa de 103; creatinina de 0,9; transaminasa glutámico oxalacética de 90 y transaminasa glutámico pirúvica de 211. El resto de los parámetros de laboratorio fueron normales. El análisis de orina elemental y la radiografía de tórax fueron normales. La prueba de gota gruesa resultó negativa.

Ante un paciente que tras un viaje presenta fiebre y lesiones sugestivas de picaduras debemos de pensar siempre en cuadros producidos por rickettsias importadas.

Con el diagnóstico de sospecha de fiebre secundario a rickettsiosis tras picadura se inició tratamiento con doxiciclina 100 mg/12 horas durante 10 días. A las 48 horas el paciente estaba afebril y en los días siguientes el cuadro desapareció progresivamente. La inmunofluorescencia obtuvo títulos de inmunoglobulina M de 1/160.

Correspondencia: S. Duce-Tello.
Médico Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria.
C/ Toledo, 126, 2.º H. 28005 Madrid.
Correo electrónico: susanaduce@hotmail.com

Recibido el 22-12-06; aceptado para su publicación el 01-06-07.

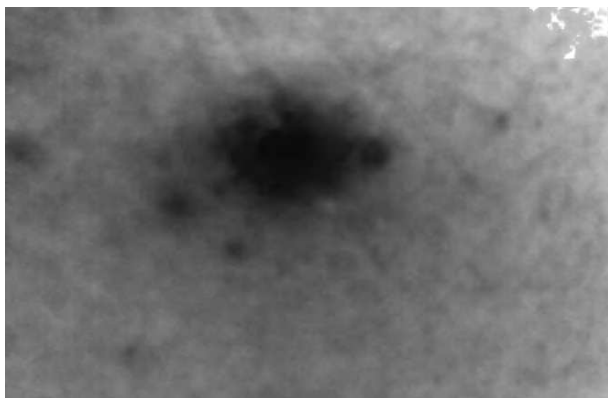


Figura 1. Picadura que presentaba el paciente.

FIEBRE POR PICADURA DE LA GARRAPATA AFRICANA

Durante muchos años, la única rickettsiosis conocida en España del grupo de las fiebres manchadas ha sido la fiebre botonosa mediterránea (FBM). Sin embargo, la existencia de viajes a países cada vez más lejanos por turismo y el continuo incremento de la inmigración, así como la aparición de nuevos métodos diagnósticos, ha dado lugar a un cambio en las rickettsiosis en España con un descenso en el número de las rickettsiosis autóctonas como la FBM y un aumento de las rickettsiosis adquiridas en otros países.

La fiebre por la picadura de la garrapata africana se debe a la *Rickettsia africae*, que se conoce desde inicios del siglo xx y fue documentada por primera vez en Zimbabwe en 1992. Se produce por la picadura de la garrapata *Amblyomma hebraeum* y *Amblyomma variegatum* que parasita al ganado vacuno y a animales silvestres y luego pica al ser humano. Esta garrapata no es huésped específica, por lo que las infecciones no son esporádicas, sino que son endémicas de regiones subsaharianas.

Es una entidad con una etilogía, clínica y epidemiología distinta de la FBM (tabla 1).

Se debe sospechar en personas que han viajado al África subsahariana y han podido estar en contacto con ganado o animales salvajes. El periodo de incubación es de 6-7 días. Aparece clínica de forma brusca de fiebre, cefalea, mialgias, lesiones sugestivas de picaduras en zonas expuestas con linfadenopatías dolorosas asociadas.

Las picaduras de la garrapata se desarrollan como máculas eritematosas centradas de varios milímetros que evolucionan hacia una lesión costrosa rodeada de halo eritematoso (fig. 1).

Tabla 1. Diferencias entre la fiebre botonosa mediterránea y la fiebre por la picadura de la garrapata africana

| Fiebre botonosa mediterránea | Fiebre por la picadura de la garrapata africana |
|---|--|
| Garrapata parda de perro (<i>Rhipicephalus sanguineus</i>). Vector huésped específico. Casos esporádicos. | Garrapata del ganado vacuno y animales silvestres (<i>Amblyomma hebraeum</i>). No esporádico, vector no es huésped específico |
| Mediterráneo, África, Asia (por debajo de paralelo 45) | África subsahariana e islas del caribe |
| Fiebre, exantema, escara de inoculación (<i>tache noire</i> -mancha negra) en lugar de inoculación | Fiebre, <i>rash</i> poco frecuente, leve o vesicular, varias picaduras, linfadenopatía regional |

A diferencia de la FBM, el *rash* es leve o inexistente (en ocasiones en forma de vesículas aisladas).

Se asocia, como el resto de fiebres manchadas, a un recuento normal de leucocitos con aumento de las células mieloides inmaduras, linfocitosis, trombopenia y aumento de las transaminasas.

El diagnóstico serológico se realiza mediante la inmunofluorescencia indirecta, que es una técnica sencilla que ayuda en el diagnóstico, de forma que los títulos positivos se producen a partir del séptimo día, pero con un alto porcentaje de reacciones cruzadas con otras rickettsias. El diagnóstico más específico se realiza mediante técnicas de proteína C reactiva en muestras de piel, sangre o tejidos (no está al alcance de la mayoría de los laboratorios).

El tratamiento es el mismo que el de la FBM: doxiciclina 200 mg/12 horas durante 7 a 10 días. Una alternativa es el ciprofloxacino a dosis de 500 mg/12 horas durante 10 días. Las complicaciones son poco frecuentes.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Bernabeu M, Segura F. Enfermedades producidas por *Rickettsia*. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23:163-72.
- Kelly P, Matthewman L, Beati L, Raoult D, Mason P, Dreary M, et al. African tick-bite fever: a new spotted fever group rickettsiosis under an old name. *Lancet*. 1992;340:982-3.
- Ndip LM, Fokam EB, Bouyer DH, Ndip RN, Titanji VP, Walker DH, et al. Detection of *Rickettsia africae* in patients and ticks along the coastal region of Cameroon. *Am J Trop Med Hyg*. 2004;71:363-6.
- Parola P, Paddock CD, Raoult D. Tick-borne rickettsioses around the world: emerging diseases challenging old concepts. *Clin Microbiol Rev*. 2005;18:719-56.
- Raoult D, Fournier PE, Fenollar F, Jensenius M, Prioe T, De Pina JJ, et al. *Rickettsia africae*, a tick-borne pathogen in travelers to Sub-Saharan Africa. *N Engl J Med*. 2001;344:1504-10.
- Segura F. Nuevas rickettsiosis. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:784-5.