

CARTA CLÍNICA

Un catarro y una mancha

A cold and a stain

Presentamos el caso de una mujer de 48 años, con antecedentes de hipertensión en tratamiento con enalapril 10 mg. Acudió a la consulta refiriendo un cuadro catarral de unos tres días de evolución, consistente en congestión nasal, astenia y febrícula de hasta 37,5°. Sin disnea ni dolor torácico ni otra clínica asociada.

Durante la exploración física la paciente permaneció eupneica en reposo con tensión arterial y saturación de oxígeno en rangos de normalidad. La auscultación cardiopulmonar no mostró alteraciones, tampoco la exploración de la orofaringe. No se palpaban adenopatías laterocervicales. Sin embargo, durante la exploración, se percibió una lesión cutánea a nivel de zona paravertebral lumbar derecha. Se trataba de una lesión costrosa de aspecto negruzco de aproximadamente 1,5 cm de diámetro máximo, con un halo eritematoso circundante (fig. 1). No se palpaban adenopatías tampoco a nivel axilar inguinal ni supraclavicular. Con base en este hallazgo, se amplió la anamnesis, constatando que la paciente no había realizado viajes recientes, pero que sí vivía en un entorno rural al norte de Zaragoza, en fre-



cuenta contacto con animales. No recordaba haber sufrido ninguna picadura.

Se solicitó analítica que incluía bioquímica, hemograma, reactantes de fase aguda, función hepática y serología frente a *Rickettsia*.

Dada la sospecha clínica de fiebre botonosa mediterránea y a fin de prevenir las formas más graves de la misma, se instauró tratamiento con doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante siete días. Tras el inicio del tratamiento, la paciente presentó mejoría clínica con desaparición tanto del cuadro general como de la febrícula en los dos días posteriores.

Las muestras serológicas recogidas confirmaron la infección aguda por *Rickettsia conorii*. *R. conorii* es una bacteria transmitida por la picadura de una garrapata del género *Rhipicephalus sanguineus* o garrapata del perro. Su distribución es amplia en países próximos al Mediterráneo. La infección por esta *rickettsia* produce la fiebre botonosa mediterránea, fiebre manchada mediterránea o fiebre exantemática mediterránea^{1,2}.

Suele existir un periodo de incubación de unos cinco a siete días tras la inoculación por la picadura³. El cuadro clínico posterior consiste en la aparición de una lesión en la zona de inoculación con características típicas, similares en nuestra paciente y que se denomina «mancha negra». Esta lesión suele aparecer en torno a 70% de los casos^{1,4,5}. En ocasiones, previamente a este signo cutáneo, existe un cuadro febril, con temperaturas que pueden llegar a ser mayores a 39°C. Típicamente, tras la aparición de la lesión, o bien tras unos cuatro días desde el inicio de la fiebre, aparece un exantema maculopapular de distribución generalizada y afectación palmoplantar, que se describe en más de 90% de los casos descritos. A lo largo de todo el cuadro podrían aparecer mialgias, artralgias, inyección conjuntival o cefalea^{1,2,4}.

En general, el curso clínico de la fiebre botonosa mediterránea no suele ser grave, aunque en algunos casos es posible el desarrollo de un curso abrupto, que puede desembocar en complicaciones neurológicas, cardíacas, renales u oculares. Este tipo de situaciones ocurren sobre todo con la infección de algunas cepas más letales, llegando en estos casos hasta 30% de los pacientes infectados^{1,2,6}. También se han descrito casos de coagulación intravascular diseminada o síndrome hemofagocítico^{1,6}.

La serología específica frente a *R. conorii* aporta el diagnóstico definitivo y analíticamente pueden verse elevaciones de los reactantes de fase aguda o transaminasas¹.



Figura 1 Mancha negra.

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2023.102135>

1138-3593/© 2023 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Tabla 1 Enfermedades transmitidas por garrapatas en España

Enfermedades transmitidas por garrapatas.				
Patología	Fiebre botonosa mediterránea	Enfermedad de Lyme	Fiebre hemorrágica Crimea Congo.	Anaplasmosis granulocítica humana
Agente infeccioso	<i>Rickettsia conorii</i>	<i>Borrellia burgdorferi</i>	<i>Bunyaviridae</i>	<i>Anaplasma phagocitophilum</i>
Vector	<i>Rhipicephalus sanguineus</i>	<i>Ixodes</i>	<i>Hyalomma</i>	<i>Ixodes</i>
Cuadro clínico	Fiebre + mancha negra + exantema maculopapular	Fase local: eritema crónico migratorio. Fase diseminada: lesiones dérmicas, afectación neurológica, hepática, cardíaca, enfermedad de Lyme. . . Fase crónica: artritis, afectación neurológica y cutánea	Fiebre + vómitos/diarrea + cefalea. Sangrado espontáneo.	Febrícula y cuadro pseudogripal + neutropenia, plaquetopenia por invasión de la médula ósea.

Fuente: elaboración propia.

Para evitar estas formas graves, el tratamiento precoz, basado en la sospecha clínica es clave. El antibiótico de elección son las tetraciclinas, siendo la más empleada la doxiciclina a dosis de 100 mg cada 12 horas durante cinco a siete días o bien 200 mg cada 12 horas en un único día. En caso de alergia o pacientes embarazadas se emplean macrólidos como la eritromicina o la josamicina^{1,3,5}.

Dentro de los diagnósticos diferenciales (tabla 1) cabe plantearse como etiología otras enfermedades que cursan con exantema y fiebre como la sífilis secundaria, vasculitis, enfermedades virales como el sarampión, toxicodermias y otras rickettsiosis¹. La historia epidemiológica suele ser parte central en el diagnóstico diferencial³.

Consideraciones éticas

Este proyecto se realizará de conformidad a los requisitos éticos de la declaración de Helsinki (modificación de 2013) y siguiendo las normas de Buena Práctica Clínica y la Ley de Investigación Biomédica (14/2017, de 3 de julio de investigación biomédica).

Todos los autores implicados en el proyecto se comprometen a cumplir las normas necesarias para preservar la confidencialidad de la información facilitada por los participantes.

No se prevén compensaciones económicas ni de otro tipo a los participantes.

Financiación

Financiación propia.

Conflicto de intereses

El autor primer firmante del manuscrito de referencia, en su nombre y en el de todos los autores, declara que no existe

ningún potencial conflicto de intereses relacionado con el artículo.

Bibliografía

1. Arévalo Pardo A.M., Pérez Rubio L, Fraile Simón J, Cereceda García RI, Martínez Campos T. Fiebre exantemática en el medio urbano. *Med Gen Fam.* 2021;10:33–5.
2. McClain MT. Other spotted fever group rickettsial infections [Internet]. UpToDate. 2022 [última actualización octubre 2022] [consultado 30 Jul 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com.ar/bvsalud.a17.csinet.es/contents/other-spotted-fever-group-rickettsial-infections?search=rickettsia%20conorii>.
3. Castro Jiménez RA, García Gallego JJ, Redondo Pedraza R, Quero Espinosa B. Fiebre botonosa mediterránea: a propósito de dos casos en área de asistencia primaria urbana. *Med Fam SEMERGEN.* 2006;32:36–40.
4. Sallent LV, Langa LS, Díez SR, Arias AM, Casanova XV. Enfermedades transmitidas por picadura de garrapatas. *FMC - Form Médica Contin En Aten Primaria.* 2022;29:422–9.
5. Ruiz García E, Sánchez Torres E, Ruiz Ruiz M. ¿Fiebre de origen desconocido? *Med Fam SEMERGEN.* 2016;42:76.
6. Oteo Revuelta JA. Espectro de las enfermedades transmitidas por garrapatas. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2016;18:47–51.

L. González Pérez^{a,*} y A. Gómez Marco^b

^a *Medica Interna Residente en Sector Zaragoza I, Zaragoza, España*

^b *Medicina Familiar y Comunitaria Sector Zaragoza I, Zaragoza, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lau-g-p@outlook.es (L. González Pérez).