

Fiebre botonosa mediterránea

J.A. Mellado-Gutiérrez y M.A. Carbonell-Rabanal

Servicio de Geriatría. Hospital Virgen del Valle. Toledo. España.

Sr. Editor:

La fiebre botonosa mediterránea (FBM) es una entidad de gran repercusión en nuestro medio debido al carácter endémico de esta zoonosis¹. Pertenece al grupo de las rickettsiosis, causadas por bacterias intracelulares que utilizan un artrópodo como vector, generalmente la garrapata del perro *Rhipicephalus sanguineus*, que actúa como reservorio. El hombre es un huésped accidental en el ciclo biológico de la garrapata² y son los meses de verano cuando se producen la práctica totalidad de los casos. El género *Rickettsia* es el mayormente involucrado en este grupo de infecciones siendo *R. conorii* la causa de la FBM en países como España, Italia o Israel. Se trata de un coccobacilo gramnegativo parásito intracelular obligado, que se deposita en el lugar de inoculación de la picadura de garrapata.

La presentación clínica es muy variable³ y principalmente se manifiesta con fiebre, intenso malestar general, postración, artromialgias y la característica «mancha negra»^{4,5} en el lugar de inoculación. La mancha negra, presente en el 30-86% de los casos, es indolora, pocas veces pruriginosa y en adultos se localiza principalmente en miembros inferiores⁶. A los 3 o 4 días aparece el cuadro exantemático maculopapular típico que afecta palmas y plantas. La proporción de síntomas varía según las series y, generalmente, cursa de forma benigna con una mortalidad del 1-2%. En ocasiones se presenta de forma subclínica, por lo que en un gran número de pacientes pasa desapercibida. En el 5-20% de los casos se producen complicaciones sistémicas dando lugar a la llamada forma «maligna», que cursa con insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal, alteración del nivel de conciencia, coagulación intravascular diseminada, trombopenia y alteración de la función hepática. El mecanismo patogénico de estas complicaciones es por vasculitis en ancianos, alcohólicos y pacientes con enfermedades crónicas como diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca o deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa. La forma maligna tiene una mortalidad de hasta el 6% y el pronóstico es peor cuando se retrasa el tratamiento, en la edad avanzada y en pacientes con enfermedad de base⁷.

El diagnóstico de FBM se basa en la clínica y el antecedente epidemiológico, y es necesaria una serología para confirmarlo. La inmunofluorescencia indirecta es actualmente la mejor técnica para llegar a un diagnóstico serológico, en cuanto a la disponibilidad, la seguridad y la rapidez (título inicial: 1/80 o superior y/o seroconversión hasta 4 veces el título inicial)^{4,8}. También el diagnóstico es posible con técnicas menos extendidas como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en biopsias cutáneas o cultivos celulares.

El tratamiento de elección es la doxiciclina oral durante 7-10 días. Como alternativas se pueden emplear el ciprofloxacino o el cloranfenicol. En los casos graves se adoptan medidas de sostén y se asocian corticoides.

Puesto que hay diversas formas de presentación es importante, al menos, sospechar la enfermedad con la aparición de un cuadro compatible, ya que es una infección endémica en nuestro medio y, por tanto, de alta prevalencia.

Para ilustrar su aproximación diagnóstica y terapéutica presentamos un caso de una mujer de 81 años que acude a nuestra consulta de geriatría remitida desde el servicio de urgencias por cuadro de malestar general y debilidad de 48 h de evolución, sin otra focalidad neurológica, con el diagnóstico de probable accidente isquémico transitorio vertebralbasilar. Entre los antecedentes personales, destacaban la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia. Una semana después de acudir al servicio de urgencias, la paciente refirió la aparición de fiebre y un exantema macular puntiforme autolimitado que blanqueaba a la presión, de distribución en el tronco y las extremidades. En la exploración física se objetivaba un buen estado general. En la cara dorsal del pie izquierdo se apreciaba una costra de 1 cm de diámetro con edema y descamación perilesional, no dolorosa. La exploración neurológica fue completamente normal.

Reinterrogada la paciente describió cómo el día antes del inicio del cuadro sufrió una picadura en el pie izquierdo, con prurito y rascado de la lesión. Apareció una vesícula de color oscuro con exantema circundante. Poste-

riormente, presentó fiebre y una erupción macular en tronco y extremidades. Recibió tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico de forma ambulatoria. La lesión vesiculosa se transformó en una costra que se aclaró en unos días, y el exantema remitió en 4 o 5 días.

Se realizó un estudio vascular dados los antecedentes de hipertensión y dislipemia, sin objetivarse alteraciones. En los datos complementarios destacaba un aumento de la velocidad de sedimentación globular de 97/135. La serología para rickettsias (prueba de Weill-Felix) resultó positiva con títulos 1/40 (OX2) y 1/80 (OXK). Se llegó así al diagnóstico de rickettsiosis, FBM por inoculación a través de picadura de garrapata. En nuestra consulta la paciente estaba asintomática, y la costra residual no presentaba restos orgánicos del parásito.

En este caso, al tratarse de una paciente de 81 años con factores de riesgo cardiovascular, la sospecha inicial fue la de probable accidente isquémico transitorio. En un principio solamente la detección de la «mancha negra» podría orientar el diagnóstico, si bien la progresión del cuadro clínico, con fiebre, intenso malestar general, posturación y la aparición característica del exantema a los pocos días, obligaba en nuestro medio a incluir la FBM en el diagnóstico diferencial junto con toxicodermias, vasculitis e infecciones exantemáticas, como la meningococemia o la sífilis secundaria. Solamente mediante confirmación serológica se llega al diagnóstico certero, pero en estadios iniciales el diagnóstico se basa en la clínica y los datos epidemiológicos⁹. En nuestro entorno una cuarta parte de la población sana tiene positividad para estudios de seroprevalencia con rickettsias, por lo que es claro el carácter endémico de esta zoonosis. Son factores de riesgo la edad adulta, vivir en un medio rural y mantener contacto con animales¹⁰. En esta paciente, el contacto con animales no estaba claramente presente. El curso clínico fue benigno y recortado, sin aparecer complicaciones.

En nuestro centro se realiza la prueba de Weill-Felix, menos sensible y específica que la inmunofluorescencia indirecta⁴, por lo que la evolución natural de la enfermedad y el antecedente epidemiológico cobran importancia en el proceso diagnóstico.

Por todo lo expuesto, cabe concluir que la FBM debe estar en la lista del diagnóstico diferencial ante un cuadro clínico compatible, e iniciar tratamiento si la sospecha es alta y el paciente está sintomático.

BIBLIOGRAFÍA

1. Segura F, Font B. Resurgence of Mediterranean spotted fever in Spain. *Lancet*. 1982;2:280.
2. Beati L, Raoult D. Spotted fever group rickettsiae. En: Kazar J, Toman R, editors. *Rickettsiae and rickettsial diseases. Proceedings of the V the International Symposium*, 1996, Bratislava: Slovak Academy of Sciences; 1996. p. 134-8.
3. Schüller A. Fiebre botonosa mediterránea. *An Med Interna*. 1997;14: 325-7.
4. Font B, Espejo E, Muñoz T, Uriz S, Bella F, Segura F. Fiebre botonosa mediterránea. Estudio de 246 casos. *Med Clin (Barc)*. 1991;96: 121-5.
5. Martín-Farfán A, Juárez Fernández C, Calvo F, Porras J, Díaz M, Bermúdez F. Estudio clínico epidemiológico de 164 casos de fiebre botonosa. *Rev Clin Esp*. 1985;176:333-9.
6. Font B, Bella F, Espejo E, Vidal R, Muñoz T, Nolla M, et al. Mediterranean spotted fever. A cooperative study of 227 cases. *Rev Infect Dis*. 1985; 7:635-42.
7. Largo Pau J, Sánchez Castaño A, Sepúlveda Berrocal MA. Enfermedades por rickettsias. Fiebre Q. En: Álvarez-Mon Soto M, editor. *Enfermedades infecciosas*. Madrid: IDEPSA; 1998. p. 210-5.
8. Jufré J, Alegre J, Suriñach JM, Alemán C, Recio J, Juste C, et al. Estudio de 86 casos de fiebre botonosa mediterránea que ingresaron en un hospital universitario. *An Med Interna*. 1997;14:328-31.
9. Lettaif A, Souissi J, Trabelsi H, Ghannem H, Jemni L. Evaluation of clinical diagnosis scores for Boutonneuse fever. *Ann N Y Acad Sci*. 2003; 990:327-30.
10. Bartolome J, Lorente S, Hernández-Pérez N, Martínez-Alfaro E, Marín-Ors A, Crespo MD. Clinical and epidemiological study of spotted fever group rickettsiosis in Albacete, Spain. *Enferm Infect Microbiol Clin*. 2005; 23:194-6.