

***Rickettsia conorii*: causa inusual de diarrea**



***Rickettsia conorii*: Unusual cause of diarrhoea**

Se presenta el caso de una mujer de 59 años cuyo único antecedente relevante era un hipotiroidismo primario, que fue atendida en las consultas externas de digestivo en septiembre de 2016, donde acudió derivada desde atención primaria por un cuadro de diarrea de 15 días de evolución. Como antecedente epidemiológico de interés refirió una picadura de garrapata 2 semanas antes (tenía perros y vivía en el campo). La paciente refería gran astenia, cefalea, mialgias y 4-5 deposiciones de consistencia semisólida sin productos patológicos a raíz de dicha picadura. No había realizado viajes al extranjero. No presentaba fiebre a la exploración física en la consulta pero sí sensación distérmica (presentó fiebre de 38,5 °C los 3 primeros días tras el inicio de la clínica).

Se realizó un estudio de heces completo sin hallazgos relevantes, una ileocolonoscopia sin hallazgos macroscópicos relevantes con biopsias que demostraron datos de leve inflamación inespecífica. A nivel analítico destacaba: anticuerpos antitransglutaminasa negativos, hormonas tiroideas normales y una serología positiva isotipo IgM para *Rickettsia conorii* a títulos de 1/160, así como una PCR elevada y 13.000 leucocitos.

Tras estos hallazgos, la paciente recibió un ciclo empírico de doxiciclina (100 mg/12 h el primer día, seguidos de 100 mg/día vía oral durante 6 días más) con clara mejoría, encontrándose asintomática desde el tercer día de tratamiento, con normalización del número y la consistencia de las deposiciones. Cinco meses después, la paciente se encuentra totalmente asintomática.

Las *rickettsias* son bacterias gram negativas, que se comportan como parásitos intracelulares obligados. En nuestro medio, la rickettsiosis más frecuente coincide con la más frecuente también en la cuenca mediterránea (España, Italia, Francia e Israel), siendo esta la fiebre botonosa mediterránea^{1,2}. Dicha zoonosis experimentó un gran resurgimiento en estos países especialmente a partir de 1975, aproximadamente. Las rickettsiosis pueden transmitirse a través de mordeduras o picaduras, aunque habitualmente infectan a los hospedadores empleando vectores como garrapatas o pulgas. El ser humano constituye un huésped accidental³.

En el caso de la fiebre botonosa, una gran parte de los pacientes refieren contacto previo con perros. Su vector principal es una garrapata (*Rhipicephalus sanguineus*) y su agente causal es *R. conorii*. Notablemente, la mayoría de los casos aparecen en la época estival, coincidiendo con el ciclo biológico de las garrapatas. Su período de incubación puede variar entre 5 y 21 días, aunque habitualmente no llega a determinarse con precisión, dado que la picadura del vector pasa en la mayoría de los casos desapercibida. Antiguamente era considerada como una enfermedad rural, siendo en la actualidad cada vez más apreciada en zonas urbanas³⁻⁵.

La clínica se suele instaurar de manera aguda y consiste habitualmente en fiebre, cefalea, fotofobia, mialgias y afectación del estado general. En la zona de inoculación se origina una pápula de centro necrótico y bordes

eritematosos, conocida como mancha negra o «tache noire», que no suele ser dolorosa. Puede aparecer un exantema maculopapuloso, con afectación palmoplantar y que representa una de las manifestaciones más características. En algunos casos pueden llegar a producir lesiones vasculíticas, pericarditis, así como afectación renal y gastrointestinal^{3,6}.

Con respecto a la afectación gastrointestinal (cuya clínica más habitual es la diarrea, el dolor abdominal o los vómitos) puede aparecer hasta en un 30% de los pacientes. A pesar de que la hepatomegalia también está presente en el 30% de los casos aproximadamente, la afectación hepática suele ser subclínica^{3,7}.

El hallazgo de la mencionada mancha negra y sobre todo el antecedente epidemiológico son los que en fases iniciales pueden sugerir el diagnóstico. Cuando aparece el exantema, debe realizarse el diagnóstico diferencial con otras enfermedades exantemáticas como las toxicodermias, la sífilis secundaria o el sarampión. El diagnóstico serológico es rápido y se realiza mediante inmunofluorescencia. Dicho método parece constituir la mejor técnica, ya que presenta una excelente disponibilidad y especificidad, permitiendo a su vez demostrar los anticuerpos específicos IgM propios de una infección actual y una seropositividad residual. Con esta técnica, se consideran significativos títulos a partir de una dilución 1/80^{3,8}.

Los reactantes de fase aguda suelen estar elevados. Las alteraciones analíticas más comunes son la leucopenia (en ocasiones, leucocitosis) y la tendencia a la trombocitopenia. También podría aparecer hiponatremia^{3,8}.

Si se trata adecuadamente, por lo general cursa como una enfermedad benigna, obteniéndose la curación de la misma; si bien el retraso en el tratamiento más allá de una semana podría llegar a causar casos graves e incluso la muerte. La sensibilidad de *R. conorii* es alta a las tetraciclinas y en concreto a la doxiciclina. Las quinolonas son también efectivas^{1,3}.

Para su prevención, medidas como la desparasitación de los perros es fundamental, así como desinfectar los lugares frecuentados por animales infestados^{2,3}.

Como conclusión, no se debe olvidar que una vez más la historia clínica es fundamental, ya que en fases iniciales los antecedentes epidemiológicos son los únicos que pueden orientar el diagnóstico. Y dado que se trata de una enfermedad curable, se debe instaurar tratamiento precoz adecuado y así evitar potenciales complicaciones. En nuestro entorno es relativamente prevalente; y en la actualidad también se puede observar en áreas urbanas, por lo que en el diagnóstico diferencial de la diarrea se debe pensar en ella.

Bibliografía

1. Rizzo M, Mansueto P, di Lorenzo G, Morselli S, Mansueto S, Rini GB. Rickettsial disease: Classical and modern aspects. *New Microbiol.* 2004;27:87-103.
2. Raoult D, Roux V. Rickettsioses as paradigms of new or emerging infectious diseases. *Clin Microbiol Rev.* 1997;10:694-719.
3. Bernabeu-Wittel M, Segura-Porta F. Enfermedades producidas por *Rickettsia*. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2005;23:163-72.

4. Walker DH, Valbuena GA, Olano JP. Pathogenic mechanisms of diseases caused by Rickettsia. *Ann N Y Acad Sc.* 2003;990:1–11.
5. Anton E, Font B, Muñoz T, Sanfeliu I, Segura F. Clinical and laboratory characteristics of 144 patients with mediterranean spotted fever. *Eur J Clin Microbiol Infect Di.* 2003;22:126–8.
6. Azad AF, Radulovic S. Pathogenic rickettsiae as bioterrorism agents. *Ann N Y Acad Sc.* 2003;990:734–8.
7. Oristrell-Salvà J, Sampere M, Amengual MJ, Font B, Segura F. Levels in Mediterranean Spotted Fever. *Eur J Clin Microb Infect Di.* 2004;23:417–8.
8. Cardenosa N, Sanfeliu I, Segura F. Diagnóstico microbiológico de las rickettsiosis. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 1997;15:32–7.

Marta Magaz Martínez^{a,*}, Antonio Ramos^b,
Jose Masegosa^a y Luis Abreu^a

^a *Aparato Digestivo, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España*

^b *Unidad de Infecciosas, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: martamagazm@gmail.com
(M. Magaz Martínez).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2017.02.011>

0210-5705/

© 2017 Elsevier España, S.L.U., AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.

Plexiform fibromyxoma, a rare mesenchymal gastric tumor



Fibromixoma plexiforme, un tumor gástrico mesenquimal poco frecuente

Plexiform angiomyxoid myofibroblastic tumor, also known as plexiform fibromyxoma, is a novel rare entity of gastric mesenchymal tumors, typical of gastric antrum, and commonly causing mucosal ulceration with upper gastrointestinal bleeding and anemia, and effectively treated by complete surgical resection usually accomplished by distal gastrectomy.

We report one recent patient from our center meeting clinical and histopathologic criteria compatible with plexiform fibromyxoma.

A 37-year-old male patient with no history of interest was admitted with upper gastrointestinal bleeding with hemodynamic instability. A total of three esophago-gastro-duodenoscopies were performed and we could observe a five

centimeter-violaceous lesion with antral location. At first it seemed like a blood clot, but later it was checked a greater consistency which was different than a blood clot and more similar to an antral vascular neoformation (Fig. 1)

Abdominal ultrasonography and abdominal contrast-enhanced computed tomography reported an irregular rounded heterogeneous lesion in gastric antrum and acute bleeding areas suggestive of hematoma, with a size of 5.8 × 4 × 5 cm. However they could not check an underlying lesion or associated thickened gastric wall. After a new episode of hemodynamic instability, the patient underwent emergency surgical intervention with an antrectomy (Fig. 2). Postoperative period was uneventful and the patient was discharged on postoperative day 9.

Histopathological examination revealed partial dense collagenous matrices and networks of fine capillary-caliber blood vessels. The tumor demonstrated lobular or fused nodular growth of spindle cells without atypical cytology, with abundant alcian blue-positive myxoid extracellular matrix. Hematoxylin and eosin staining showed lobulated or fused multinodular growth. Immunohistochemically it demonstrated an expression of muscle specific actin, desmin, and immunoexpression of CD10, and it was negative for CD31, CD34, VIII Factor, S100, Ckit, DOG1, HHV8, ALK, MDM2, CD23.

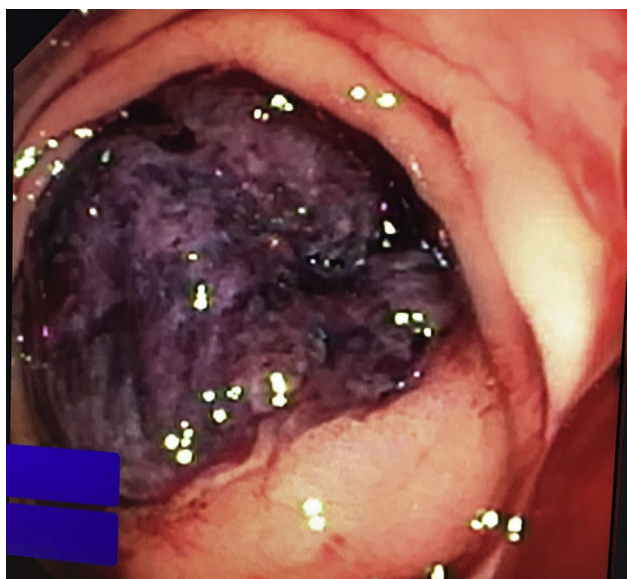


Figure 1 Endoscopic antral lesion.



Figure 2 Surgical piece.