



Imagen en medicina

Tick-borne lymphadenopathy, una entidad emergente en nuestro medio



Tick-borne lymphadenopathy, an emerging entity in our environment

María del Pilar Aguilar Jaldo^{a,*} y Juan de Dios López-González Gila^b Antonio Rosales Castillo^c

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España

^b Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España

^c Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España



Figura 1.

Presentamos el caso de una mujer de 61 años con antecedentes de psoriasis, hipotiroidismo y asma extrínseca estacional, que consultó por edematización facial progresiva junto con aparición de adenopatías dolorosas cervicales homolaterales y cefalea. Aproximadamente 5 días antes había realizado una excursión por una zona montañosa de la provincia de Granada, con posterior inicio de fiebre de hasta 38 °C.

En la exploración destacó la presencia de edematización hemifacial izquierda de predominio palpebral, sin pérdida de visión asociada, junto con adenopatías móviles, blandas y dolorosas en la región laterocervical de 0,5 × 1 cm y retroauricular izquierda de 0,5 × 0,5 cm, así como una escara negra central con bordes eritematosos en la región occipitoparietal izquierda del cuero cabelludo (fig. 1). Entre las pruebas complementarias realizadas, tanto la función renal como el perfil hepatobiliar se encontraron dentro de la normalidad, PCR 26,7 mg/L y PCT negativa de 0,03 ng/mL, con hemograma y coagulación sin alteraciones.

Ante la sospecha clínica de una infección secundaria a picadura de garrapata, se derivó al alta hospitalaria con doxiciclina 100 mg/12 h durante una semana, tras lo cual fue revisada en consulta de Enfermedades Infecciosas, donde se comprobó la resolución del cuadro, aunque

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pilaraguilarj@gmail.com (M.d.P. Aguilar Jaldo).

las serologías para *Borrelia burgdorferi* y *Rickettsia conorii* resultaron negativas. Se procedió a la ampliación del estudio microbiológico, confirmándose con posterioridad la positividad para *Rickettsia slovaca*.

La *tick-borne lymphadenopathy* o TIBOLA, la *Dermacentor-borne necrosis erythema lymphadenopathy* o DEBONEL y la *scalp eschar and neck lymphadenopathy* o SENLAT son enfermedades emergentes en nuestro medio cuyo principal agente causal es *Rickettsia slovaca*. Los vectores de transmisión son las garrapatas del género *Dermacentor*, siendo concretamente en la zona mediterránea *Dermacentor marginatus* la más representativa y cuya actividad en España es mayor en otoño-invierno en el norte, y en primavera en el sur peninsular.

El cuadro clínico se presenta tras un periodo de incubación de aproximadamente 5 días. En el punto de inoculación aparece una costra, que puede producir un exudado de aspecto melicérico con posterior evolución a una escara de color negruzco. Generalmente tiene lugar en la parte superior del cuerpo (cabeza), se cree que debido a su predilección por los hospedadores de pelo largo. Característicamente, se asocia a adenopatías cervicales posteriores y occipitales dolorosas, junto con febrícula/febre (50%), y de forma menos frecuente, cefalea, astenia y mialgias.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. La analítica arroja resultados dentro de la normalidad en la mayoría de los casos, y hasta en un 45% de las ocasiones puede haber reacciones cruzadas con diversas especies de *Rickettsia* en la identificación serológica.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.