



## 242/4037 - ¿DE DÓNDE VIENE ESA FIEBRE?

F. Muñoz López<sup>a</sup>, C. Pavón Perejón<sup>b</sup> y M. Sánchez Espejo<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Villarrubia. Córdoba. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 68 años de zona rural con HBP, HTA y fibrilación auricular como antecedentes personales. Sigue tratamiento con tamsulosina, flecainida, candesartan y acenocumarol. Consulta en Urgencias por fiebre de 5 días de evolución (máxima de 39 °C), cuadro catarral, enrojecimiento cutáneo y síntomas neurológicos (alteración en la marcha, habla enlentecida). Hace 2 días consultó a su Médico de Familia por fiebre, pautándose antitérmicos, sin mejoría.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup> 38,5 °C, TA 102/74 mmHg, FC 102, SatO<sub>2</sub> 97%. Normohidratado y normoperfundido. Exploración neurológica: letargia, ataxia en la marcha, rigidez de nuca. Auscultación cardiopulmonar: tonos cardiacos arrítmicos sin soplos; murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen: no doloroso a la palpación, sin visceromegalias. Piel: exantema maculo-papular no pruriginoso en tronco y miembros. Lesión eritematosa, con zona de necrosis central y descamada en región dorsal derecha. PPCC: hemograma con valores dentro de la normalidad; bioquímica: PCR 139, resto de valores (glucemia, función renal, iones) normales. Radiografía tórax: no condensaciones neumónicas. Radiografía abdomen: luminograma normal. TAC cráneo: no lesiones focales ni alteraciones de densidad. Punción lumbar: LCR claro, con 7 leucocitos/mm<sup>3</sup>, 200 eritrocitos/mm<sup>3</sup>, glucosa 86 mg/dl.

**Juicio clínico:** Fiebre botonosa mediterránea. meningismo por fiebre botonosa.

**Diagnóstico diferencial:** Meningitis. Virosis.

**Comentario final:** Tras el correcto diagnóstico ingresó en planta de Enfermedades Infecciosas y se trató con doxiciclina intravenosa y posteriormente vía oral 100 mg/12h durante 7 días, desapareciendo paulatinamente la fiebre, el exantema y la clínica neurológica. En Atención Primaria (más en zonas rurales) debemos pensar en enfermedades producidas por picaduras como origen de la fiebre sin foco claro, ya que el correcto diagnóstico y tratamiento puede evitar la realización de pruebas complementarias innecesarias (y en ocasiones cruentas) y el ingreso hospitalario de nuestros pacientes.

### Bibliografía

1. Curiel Balsera E, Prieto Palomino M, Mora Ordóñez J, Muñoz Bono J. Fiebre botonosa con afectación neurológica severa. *Med Intensiva*. 2007;31(2):104.
2. Gómez Sánchez MM, Gómez Sánchez MC. Rickettsiosis: fiebre botonosa mediterránea. *Med Integral*. 2001;38:110-5.

**Palabras clave:** Fiebre botonosa mediterránea. Rickettsiosis.