



242/4107 - UN CASO DE FIEBRE BOTONOSA MEDITERRÁNEA (FBM) EN NUESTRA CONSULTA

C. Fuster Such

Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de El Campello. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 77 años, diabético bien controlado, que acude a nuestra consulta de atención primaria por presentar fiebre elevada, odinofagia, artralgias y mialgias de una semana de evolución sin mejoría a pesar del tratamiento antibiótico que se le recetó en urgencias. Además el paciente comenta que le ha aparecido en hemiabdomen izquierdo una herida. Tras la exploración física, se reinterroga al paciente y comenta que su nieto ha estado visitando al pediatra por una picadura de garrapata. Ante la sospecha clínica derivamos al hospital para ingreso en la Unidad de Enfermedades Infecciosas.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física en la consulta, el paciente presenta mal estado general, febrícula (37,5 °C), faringe hiperémica, exantema generalizado incluso en palmas y plantas y en hemiabdomen izquierdo se observa lesión necrótica ovalada de unos 3-4 cm y rodeada de un halo eritematoso. No dolorosa. Durante su ingreso: Analítica de sangre completa: proteína C reactiva de 10,32 mg/dl. No leucocitosis ni otros parámetros alterados. Serología: positiva para *Rickettsia conorii* (1/128), confirmando el cuadro. Resto de pruebas complementarias (radiografía de tórax, electrocardiograma, etc.) sin alteraciones.

Juicio clínico: Ante la sospecha clínica de FBM, se inicia tratamiento empírico con doxiciclina oral quedando afebril a las 24 horas. Ante el buen progreso, se decide alta con cita en consultas externas en 20 días para control de su evolución. Se da alta sin secuelas graves, tan solo leves mialgias aún persistentes.

Diagnóstico diferencial: Fiebre manchada de las montañas rocosas. Fiebre Q. Enfermedad de Lyme. Tifus murino. Erlichiosis humana. Infección meningocócica.

Comentario final: La FBM presenta una alta incidencia en países del Mediterráneo, sobre todo en épocas estivales. Se trata de una enfermedad infecciosa producida por la *Rickettsia conorii*, que es transmitida por el vector, la garrapata *Ixodes*. Su curso es benigno, aunque un 10% puede presentar complicaciones graves.

Bibliografía

1. Ruiz-Ruiz FJ, Pérez-Calvo JL, Hualde Enguita AM, Amores Ferreras M. Fever and cutaneous necrotic lesion. Rev Clin Esp. 2005;205(11):565-6.

2. Baltadjiev IG. Clinical, epidemiological and pathogenetic aspects of tick-borne rickettsiosis-Mediterranean spotted fever. *Folia Med (Plovdiv)*. 2013;55(2):94-6.
3. Baltadzhiev IG, Popivanova NI, Stoilova YM, Kevorkian AK. Mediterranean spotted fever-classification by disease course and criteria for determining the disease severity. *Folia Med (Plovdiv)*.2012;54(4):53-61.

Palabras clave: Fiebre botonosa. Fiebre manchada. *Rickettsia conorii*. Punto negro.