



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

347/4301 - MENINGOENCEFALITIS EN FIEBRE BOTONOSA

J. Salas Rodríguez^a, F. Sánchez Mirete^b, A. Tenza Lucas^c y A. Gómez Moraga^d

^aMédico de Familia. Servicio de Urgencias Extrahospitalario. Archena. Murcia. ^bEnfermero. Servicio de Urgencias Extrahospitalario. Archena. Murcia. ^cEnfermero. Servicio de Urgencias Extrahospitalario. Murcia. ^dMédico de Familia. Servicio de Urgencias Extrahospitalario. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 52 años que acude por no encontrarse bien. Fiebre, dolor de cabeza y articulares de 48 horas de duración. Hoy ha vomitado. Como antecedentes destaca que fue diagnosticada e inició tratamiento de fiebre botonosa hace 12 días en hospital (tras picadura de garrapata en mama izquierda en un viaje a Italia).

Exploración y pruebas complementarias: Destaca la presencia de bradipsiquia. Sin otras alteraciones neurológicas (signos meníngeos negativos) Constantes: SPO₂: 98; LPM: 98; TA: 138/81; T^a 38,3 °C. Se inició tratamiento endovenoso con paracetamol 1 g y Primperan en bolo. Se traslada a hospital de referencia. En hospital se realizó TAC que resultó normal. Punción LCR en principio hemorrágico.

Orientación diagnóstica: Fiebre botonosa complicada con meningoencefalitis.

Diagnóstico diferencial: En fase inicial, el hallazgo de la mancha negra puede orientar el diagnóstico. Una vez que aparece el exantema, debe diferenciarse del sarampión, meningococemia, sífilis secundaria, vasculitis leucocitoclástica y toxicodermias.

Comentario final: La fiebre botonosa mediterránea es una enfermedad infecciosa causada por la *Rickettsia conorii* que, habitualmente, tiene un curso benigno (mortalidad 1-2%). Sólo un 10% suele presentar complicaciones graves. Una excepcional forma "maligna" puede presentar afección visceral importante (insuficiencia renal, coagulación intravascular diseminada, alteración hepática grave, infiltrados pulmonares y alteración de la conciencia). Su incidencia es en países de la cuenca mediterránea, sobre todo en épocas estivales, donde coincide con el ciclo biológico de su vector. En la cuenca mediterránea, el vector principal de la enfermedad es la garrapata del perro (*Rhipicephallus sanguineus*). Para el diagnóstico serológico, la mejor técnica es la inmunofluorescencia indirecta. El tratamiento actual de la fiebre botonosa mediterránea se basa en pautas cortas de doxiciclina.

Bibliografía

1. Querol Fernández JCs, Forja Ley M, Querol Gutiérrez JJ. Fiebre botonosa mediterránea. FMC. 2014;21(5):31.

2. Merlo González VE, Marcos Sánchez F, F. Árbol Linde M, et al. Fiebre botonosa maligna. Med Intensiva. 2002;26(1):21-3.

Palabras clave: Fiebre botonosa. Urgencias de Atención primaria.