



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



482/166 - VENGO DEL CAMPO Y NO PUEDO ANDAR

N. Sacristán Ferrer, S. Sánchez Casas, J. Martínez Ballabriga y J. Errea Albiol

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 61 años de edad con antecedentes médicos de hidrocefalia con derivación ventriculoperitoneal por estenosis de acueducto de Silvio. No enfermedades medicoquirúrgicas de interés. No hábitos tóxicos. No toma medicación de forma habitual. Acude a consulta por febrícula y debilidad de miembros inferiores progresiva, que lo describe como falta de fuerza y cierta inestabilidad para la marcha de 10 días de evolución. El cuadro se acompañaba de lesión necrótica en cara externa de muslo derecho rodeada de halo eritematoso, no pruriginosa, tras visita al campo.

Exploración y pruebas complementarias: Normalidad de constantes. Exploración cardiopulmonar y abdominal anodinas. Exploración neurológica destaca marcha a pequeños pasos, con imposibilidad para marcha en tándem, resto normal. Adenopatía inguinal derecha no inflamatoria. Lesión anular eritematosa de 2 × 3 cm en regresión en muslo derecho. A la exploración se objetiva un exantema máculopapuloso, no pruriginoso generalizado incluyendo palmas y plantas. El paciente no se había dado cuenta del exantema por lo que no sabe precisar cuándo apareció. Analítica sanguínea con PCR de 4. Rx tórax y abdominal sin alteraciones, con derivación ventriculoperitoneal bien situada. TAC craneal sin cambios respecto a los anteriores. Serologías: lúes, hepatitis B y C y VIH negativas.

Orientación diagnóstica: Dada la clínica y la epidemiología, se extraen serologías de *Rickettsia* y *Borrelia* y se inicia doxiciclina oral con buena tolerancia. La debilidad en miembros mejora a las 48 horas del tratamiento antibiótico y al alta recuperación completa. Las lesiones cutáneas mejoraron de forma progresiva y la lesión anular mostró tendencia a regresión lenta con costra central. Última visita a consulta con *Rickettsia conorii* IgG positiva y *Borrelia* negativa, se diagnosticó como fiebre botonosa mediterránea.

Diagnóstico diferencial: Fiebre botonosa mediterránea vs. enfermedad de Lyme.

Comentario final: Las fiebres manchadas, se transmiten por picadura de garrapata y cursan con mialgias, cefalea, adenopatías y *rash* cutáneo. A veces se objetivan `manchas negras' pequeñas úlceras en el lugar de inoculación. En nuestro medio la más frecuente es la fiebre botonosa causada por *Rickettsia conorii*.

Bibliografía

1. Suárez Pita D, Vargas Romero J.C, Salas Jarque J, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica del hospital universitario 12 de octubre, 8ª ed. Madrid. MSD; 2016.

Palabras clave: Debilidad. Exantema. Garrapata.