



## IMÁGENES

## Fiebre y erupción en 2 vecinos

## Fever and eruption in 2 neighbors

Oscar Fernando Isaula Jiménez\*, Antonio Delgado Bujanda y Carlos Frias Lasheras

Centro de Salud Calahorra, Calahorra, La Rioja, España

Recibido el 20 de septiembre de 2018; aceptado el 9 de octubre de 2018



Presentamos el caso de 2 vecinos de una zona rural que presentaron fiebre y erupción. El primero es un varón de 37 años, sin antecedentes de interés, que solicitó valoración domiciliar por fiebre, mialgias y erupción generalizada de 4 días de evolución. Dos semanas antes presentó posible picadura de garrapata.

Al explorarlo, presentaba temperatura 38 °C, erupción máculo-papular generalizada, placa eritematosa con costra en región axilar (fig. 1). Dolor a la palpación en las piernas. Resto de exploración: sin alteraciones destacables.

En la analítica sanguínea destacaban: PCR 143 mg/L, neutrófilos 8.200/uL, gamma glutamil transferasa 103 u/L, GOT/GPT 42/43 u/L, *Rickettsia conorii* (*R. conorii*) IgG+, IgM- y 15 días después positiva.

Ante la posibilidad de fiebre botonosa mediterránea (FBM), se iniciaron doxiciclina y antitérmicos. A la semana, el paciente había mejorado y solicitó alta médica.

El segundo caso corresponde a una mujer de 82 años, hipertensa y dislipidémica, en tratamiento con losartán y atorvastatina. Consultó por «grano» de 10 días de evolución en el brazo que impresionaba de forúnculo y se trató con amoxicilina/clavulánico. Dos días después presentó tiritona, fiebre, artromialgias y erupción en las piernas. No recordaba picaduras.

En la exploración observamos fiebre de 38,5 °C, lesión eritematosa con bordes definidos y úlcera necrótica central



Figura 1 Erupción maculo-papular y “mancha negra” en región axilar anterior.

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: oisaula@riojasalud.es, oscar\_fer85@yahoo.es (O.F. Isaula Jiménez).



**Figura 2** Ulcera con costra necrótica central en región posterior del brazo derecho.

en el brazo derecho (fig. 2), erupción máculo-papular en ambas piernas. El resto de exploración, anodina.

En la analítica observamos deterioro en los siguientes parámetros: Cr 0,94 mg/dL, FG 57 ml/min, Hb 11,7 g/dL, PCR 181 mg/L. El resto de la bioquímica y el hemograma, normal. Serología *R. conorii* IgM+, IgG+ a 1/1.024; *Coxiella burnetii*, Lyme y serología de tularemia, negativas.

Con diagnóstico de sospecha de FBM, se cambió el antibiótico a doxiciclina 100 mg/12 h; acordamos seguimiento diario dado la solicitud de la paciente de evitar derivación al hospital. Presentó mejoría progresiva con desaparición de la fiebre a los 3 días, persistiendo leve astenia y artralgias hasta 2 meses después.

La FBM es una rickettsiosis causada por *R. conorii*, una espiroqueta transmitida por la picadura de las garrapatas del género *Rhipicephalus* sp., que se infectan en alguno de los 3 estadios móviles de su ciclo vital, permaneciendo infectivas toda su vida. La *Rickettsia* permanece en las glándulas

salivales de la garrapata, donde se reproduce con facilidad esperando a que la garrapata se alimente de otro hospedador, pudiendo ser el humano, y completando así el ciclo vital. El reservorio de *R. conorii* son principalmente roedores y conejos, muy abundantes en La Rioja Baja<sup>1,2</sup>.

La FBM es endémica en la cuenca mediterránea, tiene una incidencia de 0,36 casos/100.000 habitantes, siendo de 1,87 casos/100.000 habitantes en La Rioja<sup>1</sup>. Suele ser leve, de comienzo abrupto, y se caracteriza por una lesión inicial (mancha negra), fiebre alta y erupción generalizada máculo-papulosa. El diagnóstico es clínico, apoyado por factores epidemiológicos y serologías (IgM e IgG específicas), también pueden observarse aumento de transaminasas, velocidad de sedimentación globular, creatinofosfocinasa, lactato deshidrogenasa y aldolasa<sup>3</sup>.

Se debe realizar diagnóstico diferencial con otras rickettsiosis, enfermedades exantemáticas (sarampión, rubéola, varicela), infecciones meningocócicas, infecciones virales y algunas vasculitis.

El pronóstico en general es bueno, aunque se han descrito casos mortales, sobre todo en inmunodeprimidos y ancianos. El cuadro suele resolverse en 10-20 días, sin secuelas. Los pacientes con infección severa pueden tener complicaciones neurológicas cardíacas, oculares o renales<sup>3</sup>.

## Bibliografía

1. Garcia Magallón B, Cuenca-Torres M, Gimeno Vilarrasa F, Guerrero-Espejo A. Fiebre botonosa mediterránea. *Epidemiología en España durante el periodo 2009-2012*. *Revista Española de Salud Pública*. 2015;89:321-8.
2. Portillo A, Santibáñez S, Oteo José A. Enfermedad de Lyme. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014;32:37-42.
3. Querol Fernandez JC, Forja de Ley M, Querol Gutiérrez JJ. Fiebre botonosa mediterránea. *FMC*. 2014;21:314-5.