

Hallazgo infrecuente en sangre periférica

M.^a José Lavilla^a, Antonio Rezusta^a, M.^a José Revillo^a, Carlos Ramos^b, Elena Lomba^a y Pedro Anda^c

^aServicio de Microbiología y Parasitología Clínica y ^bUnidad de Infecciosos. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

^cCentro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Caso clínico

Paciente de 17 años de edad con antecedentes personales de malaria en la infancia, que residía en Senegal en un ambiente rural en contacto con ganado (equino, corderos). Con motivo de la visita de su padre, que en ese momento vivía en España, fue traído a este país para ser diagnosticado y tratado de un cuadro febril de evolución tórpida.

El enfermo acudió a urgencias refiriendo fiebre elevada y dolor abdominal no cólico de 15 días de evolución, con vómitos, somnolencia y cefalea difusa. En la exploración física: presión arterial 110/60 mm/Hg, 40,2 °C e ictericia conjuntival. El resto de la exploración física fue normal, sin observarse infestación por artrópodos ni lesiones por picaduras de insectos en piel o en cuero cabelludo. Hemograma: $10.920 \times 10^3/\mu\text{l}$ leucocitos (N, 61,9%).

Evolución

Se solicitó estudio de *Plasmodium* en sangre, que resultó negativo. La tinción de Giemsa de la extensión fina reveló formas espiroquetales (fig. 1) que se observaron posteriormente en la visión en campo oscuro. En la serología: HBsAg negativo; anti-hepatitis C IgG negativo; anti-VIH (1 + 2) negativo; *Borrelia burgdorferi* IgG (ELISA) positivo; *B. burgdorferi* (Western blot) negativo con probable reacción cruzada, observándose las bandas IgM p41 y p23 positivas (Lymescan Viostat[®] Western blot-Estados Unidos).

Se etiquetó el cuadro de fiebre recurrente y se inició tratamiento con doxiciclina 100 mg/12 h vía oral durante 10 días, con buena evolución clínica.

El diagnóstico fue fiebre recurrente por *Borrelia* tropical (sospecha *B. crocidurae*).

Comentario

En Europa y África, la fiebre recurrente transmitida por garrapatas (FRTG) está causada por *B. crocidurae*, *B. hispanica* y *B. duttoni*¹. En Senegal la incidencia de FRTG es alta², y se considera una enfermedad endémica^{3,4}. Se sospecha que el agente causal es *B. crocidurae*⁴ trans-



Figura 1. Tinción de Giemsa de extensión fina de sangre, a 1.000 aumentos. Se observan las formas que proporcionan el diagnóstico.

mitida al hombre por la garrapata *Ornithodoros erraticus sonrai* variedad pequeña⁵, también llamada *Alectrorobius sonrai* según otros autores^{3,4}. La fiebre recurrente es causa común de morbilidad en zonas rurales de este país, especialmente en la parte central y occidental, suponiendo uno de los principales motivos de consulta en los dispensarios médicos⁶. En el grupo de edad de 10 a 14 años la incidencia de fiebre recurrente se considera solamente superada por la de malaria. La alta incidencia de enfermedad en seres humanos probablemente se explica por la estrecha relación con la garrapata vector y el reservorio en roedores, ya que las madrigueras suelen hallarse dentro o cerca de las casas^{6,7}. Además, rara vez se constata el antecedente epidemiológico de la picadura puesto que las garrapatas del género *Ornithodoros* tienen hábitos nocturnos y su picadura suele ser indolora pasando inadvertida^{7,8}. Los individuos que viven en áreas endémicas desarrollan un cierto grado de inmunidad contra la infección por *Borrelia*, por lo que la mayoría de las infecciones se observan en niños o adolescentes³.

El diagnóstico de certeza se obtiene por la visualización de espiroquetas en sangre periférica¹⁻⁹, difícil en ocasiones por el bajo número de borrelias. Con esta técnica o con el examen en campo oscuro la sensibilidad es sólo del 70%^{8,9}. Estudios recientes sugieren que los métodos de concentración mediante QBC Analysis (Quantitative Buffy Coat Analysis) mejoran la detección de espiroquetemia en pacientes con *B. crocidurae*². Por otro lado, en el caso de nuestro paciente, la serología de *B. burgdorferi* por enzi-

Correspondencia: Dr. A. Rezusta.
Servicio de Microbiología y Parasitología Clínica.
Hospital Universitario Miguel Servet.
P.^o Isabel La Católica, 1-3. 50009 Zaragoza. España.
Correo electrónico: arezusta@hmservet. insalud.es

Manuscrito recibido el 29-04-2002; aceptado el 18-06-2002.

moimmunoanálisis (ELISA) fue positiva como ya ha ocurrido con otras *Borrelia*^{1,8} revelando una importante reacción cruzada entre las distintas especies.

Es necesario mantener la sospecha clínica de borreliosis, sobre todo con la llegada de inmigrantes hacia Europa. La FRTG debe ser considerada siempre en el diagnóstico diferencial de fiebre de origen desconocido en pacientes procedentes de Senegal y países vecinos, que hayan viajado desde allí hace poco tiempo.

Bibliografía

1. Anda P, Sánchez-Yebra W, Vitutia M, Pérez Pastrana E, Rodríguez I, Miller NS, et al. A new *Borrelia* species isolated from patients with relapsing fever in Spain. *Lancet* 1996;348:162-5.
2. Van Dam A, Van Gool T, Wetsteyn J, Dankert J. Tick-Borne Relapsing Fever Imported from West Africa: Diagnosis by Quantitative Buffy Coat Analysis and *In Vitro* Culture of *Borrelia crocidurae*. *J Clin Microbiol* 1999;37: 2027-30.
3. Colebunders R, De Serrano P, Van Gompel A, Wynants H, Blot K, Van Den Enden E, et al. Imported Relapsing Fever in European Tourist. *Scand J Infect Dis* 1993;25:533-6.
4. La Raja M, Piotrowski M, Pitzus E. An uncommon finding in a peripheral blood smear. *Haematologica* 1998;83:663.
5. Schwan T, Burgdorfer W, Rosa P. *Borrelia*. En: Murray P, Baron E, Pfaller M, Tenover F, Tenover R, editors. *Manual of Clinical Microbiology*, 7th ed. Washington: ASM Press. 1999; p. 746-58.
6. Trape J F, Duplantier JM, Bouganali H, Godeluck B, Legros F, Cornet JP, et al. Tick-borne borreliosis in West Africa. *Lancet* 1991;337:473-5.
7. Warren D, Johnson Jr. *Borrelia* species (relapsing fever). En: Mandell G, Bennett J, Dolin R, editors. *Principles and practice of infectious diseases*, 4th ed. 1995; p. 2141-3.
8. Sánchez-Yebra W, Díaz E, Molina P, Sedeño J, Giner P, Vitutia M, et al. Fiebre recurrente transmitida por garrapatas. Descripción de 5 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1997;15:77-80.
9. Sánchez Porto A, Crespo Anguita M, Iglesias C, Lucio Villegas MC. Brote de borreliosis: a propósito de 7 casos. *Enf Infecc Microbiol Clin* 1991;9:125.