



IMÁGENES EN MEDICINA DE FAMILIA

Fiebre botonosa mediterránea en paciente inmunodeprimido

Mediterranean spotted fever in immunosuppressed patients

E. Luciano^{a,*} y C. Fluixá Carrascosa^b

^a Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Valencia Alfahuir. Departamento Valencia Clínico Malvarrosa, Valencia, España

Varón de 60 años que consulta por fiebre de hasta 39,5 °C, cefaleas, nuchalgia, hinchazón de piernas y una lesión en la pierna desde hace 6 días que refiere haber iniciado como una lesión eritematosa e indurada. No refiere síntomas respiratorios. El paciente relaciona los síntomas con la vacunación de recuerdo frente a hepatitis B inyectada 24 h antes. No recuerda picadura de ningún insecto o artrópodo.

Como antecedentes clínicos destacan: artritis reumatoide, dislipemia, síndrome depresivo y tabaquismo activo de aproximadamente 4 cigarrillos al día. Como antecedentes quirúrgicos refiere ser intervenido de síndrome de túnel carpiano en la mano derecha y de amigdalectomía. El paciente vive con su perro y los fines de semana sale al campo con su familia. Actualmente está en tratamiento con fluoxetina, simvastatina, prednisona, adalimumab 40 mg, zolpidem, metotrexato inyectable y ácido fólico.

Exploración física: temperatura de 35,6 °C, consciente y orientado, eupneico en reposo. No presenta signos meníngeos. Presenta una lesión papulosa a nivel lateral de tercio distal del muslo izquierdo, caliente, eritematosa, con costra (fig. 1), levemente molesta a la presión. Ante la no confirmación clara del origen de la fiebre, se solicita prueba de PCR frente al coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) a realizar a las 24 h, y se inicia tratamiento con amoxicilina/clavulánico (500/125 mg) por sospecha de celulitis. Se cita al paciente



Figura 1 Pápula ulcerada cubierta con costra a nivel distal en el muslo izquierdo.

48 h después para valorar el resultado de la PCR (que fue negativo) y la evolución clínica.

En la segunda visita se confirma la persistencia de fiebre, cefalea, nuchalgia, sin cambios en la lesión de la pierna.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eug.luciano@gmail.com (E. Luciano).



Figura 2 Pápulas y pústulas eritematosas con vesículas variceliformes en el tronco.

Se añade la aparición en las últimas 48 h de fotofobia y exantema no pruriginoso generalizado con vesículas variceliformes en tronco y extremidades (fig. 2). Se tomaron imágenes siguiendo los protocolos de nuestro centro sobre la publicación de datos contando con el consentimiento del paciente para su publicación y respetando su privacidad.

Ante clínica infecciosa con fiebre persistente en un paciente en tratamiento con inmunosupresores, se remite al servicio de urgencias del hospital de referencia con sospecha diagnóstica de infección bacteriana transmitida por artrópodos, siendo ingresado para estudio. En el ingreso hospitalario se descartaron otros procesos infecciosos confirmándose finalmente infección por *Rickettsia conorii* (IgG 1/5210 e IgM 1/80), siendo dado de alta a los 12 días con diagnóstico de «fiebre botonosa mediterránea» y tratamiento con doxiciclina, suspendiendo durante el periodo de prescripción antibiótica los inmunosupresores (metotrexato y adalimumab).

La fiebre botonosa mediterránea es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria gramnegativa *R. conorii* geográficamente circunscrita en los países del mediterráneo. Su incidencia suele aumentar en verano y se suele transmitir a través de la picadura de garrapata. Cursa

típicamente con lesión costrosa (mancha negra), fiebre y exantema. El diagnóstico diferencial se tiene que considerar con otras patologías, en particular con exantemas víricos, otras infecciones producidas por picaduras como leishmaniosis, erupción medicamentosa o vasculitis. El tratamiento de elección es la doxiciclina y el pronóstico es variable dependiendo del tipo de antibiótico utilizado y de la edad del paciente, siendo más favorable en la población pediátrica¹⁻⁴. En el adulto se han descrito algunas complicaciones cardiovasculares⁵. Este caso nos permite recordar las características y lesiones dermatológicas típicas de la fiebre botonosa del mediterráneo, así como la importancia de actuar con rapidez en remitir al paciente con tratamiento inmunosupresor y episodio febril mantenido para ingreso, estudio y tratamiento hospitalario⁶. Se ha contado con el consentimiento del paciente y se han seguido los protocolos del centro de trabajo sobre tratamiento de la información de los pacientes.

Financiación

No ha habido financiación ni beca relacionada con el manuscrito.

Bibliografía

1. Faccini-Martínez ÁA, García-Álvarez L, Hidalgo M, Oteo JA. Syndromic classification of rickettsioses: an approach for clinical practice. *Int J Infect Dis.* 2014;28:126–39, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2014.05.025>.
2. Volchkova E, Umbetova K, Karan L, Konnova Y, Gorobchenko A, Belaia O, et al. Clinical case of spotted fever group rickettsiae. *Int J Infect Dis.* 2019;89:27–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2019.09.015>.
3. Donowitz GR. Fever in the compromised host. *Infect Dis Clin North Am.* 1996;10:129–48, [http://dx.doi.org/10.1016/s0891-5520\(05\)70291-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0891-5520(05)70291-9).
4. Blanton LS. The Rickettsioses: A Practical Update. *Infect Dis Clin North Am.* 2019;33:213–29, <http://dx.doi.org/10.1016/j.idc.2018.10.010>.
5. Biggs HM, Behravesh CB, Bradley KK, Dahlgren FS, Drexler NA, Dumler JS, et al. Diagnosis and Management of Tickborne Rickettsial Diseases: Rocky Mountain Spotted Fever and Other Spotted Fever Group Rickettsioses Ehrlichioses, and Anaplasmosis - United States. *MMWR Recomm Rep.* 2016;65:1–44, <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr6502a1>.
6. Pertusa Martínez S. Pacientes inmunodeprimidos: definición y precauciones especiales. *FMC.* 2019;26:548–62, <http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2019.04.006>.