

CARTA CLÍNICA

Adenopatías retroauriculares y escara necrótica en cuero cabelludo, una combinación sospechosa

Retroauricular lymphadenopathy and scalp eschar, a suspicious combination

Presentamos el caso de un varón de 4 años de edad, sin antecedentes de interés, que acudió al servicio de Urgencias en enero con un cuadro clínico de una semana de evolución de deterioro del estado general, febrícula y artralgias migratorias en miembros inferiores. Sus padres lo relacionaban con la picadura de un insecto, que en el momento de la valoración ya no estaba adherido, durante un paseo realizado por el monte en el noroeste de España 10 días antes. En la exploración, destacaba la presencia de adenopatías retroauriculares bilaterales, visibles, desplazables y dolorosas de 1,5 cm de diámetro (fig. 1). También se detectó en cuero cabelludo una escara necrótica firmemente adherida que dejó al retirarla, una pequeña placa alopecíca (fig. 2). Ante la persistencia de las adenopatías, la astenia y las artralgias una semana después de esta primera asistencia, se pautó tratamiento con azitromicina oral 10 mg/kg durante 5 días, con resolución de la clínica general en la visita de revisión 3 semanas más tarde.

Presentamos un caso con la clínica clásica de linfadenopatía por picadura de garrapata. Esta entidad ha recibido diferentes nombres desde su identificación:



Figura 1 Adenopatías retroauriculares de 1,5 cm de diámetro claramente visibles y dolorosas a la palpación.



Figura 2 Aspecto clínico del vértex del paciente tras extraer la escara necrótica, mostrando una pequeña placa erosionada alopecíca.

TIBOLA, por «tick-borne lymphadenopathy» en su descripción inicial; DEBONEL, por «dermacentor-borne necrosis eritema lymphadenopathy», debido a la implicación del vector *Dermacentor marginatus*, y en las últimas descripciones, SENLAT, por «scalp eschar and neck lymphadenopathy after tick bite»^{1,2}. Se trata de una enfermedad emergente en Europa causada por *Rickettsia slovacica* (*R. slovacica*), *Rickettsia rioja* (*R. rioja*) y *Rickettsia raoultii*, y transmitida por garrapatas de la especie *Dermacentor*³. Esta especie de garrapata es frecuente y vive en su época adulta (que tiene lugar durante el invierno) en mamíferos de pelo largo, vacas, cabras y ovejas, mientras que, en sus estadios más inmaduros durante la primavera, vive en roedores¹. Es más frecuente que infecte a mujeres y niños, se cree que por su predilección por el pelo largo, afectando sobre todo al polo cefálico². A diferencia de otras picaduras, su aparición es más habitual en invierno. Actualmente, TIBOLA ya es la rickettsiosis más frecuente en Europa³. En la serie de pacientes de centro único más grande publicada hasta la fecha, procedente del norte de España (La Rioja), los patógenos más habituales fueron *R. rioja* y *R. slovacica*, suponiendo un 55 y un 40%, respectivamente, de los casos⁴. Las características epidemiológicas y la gravedad del cuadro son homogéneas indistintamente del patógeno causante⁴.

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2022.101822>

1138-3593/© 2022 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Clínicamente se manifiesta como una escara necrótica en cuero cabelludo, en el lugar de la picadura, que se acompaña de múltiples adenopatías periauriculares y laterocervicales posteriores dolorosas, cefalea, decaimiento general, artralgias, mialgias y, aproximadamente en un tercio de los casos, fiebre. En la zona de la escara necrótica puede persistir alopecia cicatricial en algunos casos¹.

El diagnóstico en el contexto epidemiológico adecuado es fundamentalmente clínico, dada la escasa disponibilidad de serología específica para *R. slovaca* y la existencia en un 50% de los casos de reactividad cruzada a otras *Rickettsias*, como *Rickettsia conorii* (*R. conorii*)^{3,5}. El hemograma no suele presentar alteraciones. El diagnóstico definitivo se practica en laboratorios especializados donde se realiza reacción en cadena de la polimerasa (PCR) específica en tejido de biopsia, que en nuestro paciente no se pudo realizar^{5,6}.

Las zonas en las que es habitual TIBOLA, muchas veces son también endémicas para la enfermedad de Lyme (causado por espiroquetas del género *Borrelia*)⁴. Sin embargo, la presentación clínica y epidemiológica debería ser suficiente para distinguir estas 2 enfermedades causadas por picaduras de garrapatas, aunque la actividad de *Ixodes ricinus* (vector de *Borrelia* spp.) se puede solapar con la de *Dermacentor marginatus*⁴. La escara necrótica en la zona de inoculación no está presente en la enfermedad de Lyme, los pacientes presentan eritema migratorio (placa anular eritematosa que se expande desde la zona de picadura) y la garrapata no se suele detectar o bien es más pequeña que la causante de TIBOLA^{4,7}. Respecto a la fiebre botonosa, causada por *R. conorii*, es más frecuente en el norte de África y en la cuenca del Mediterráneo, afectando a climas más cálidos y durante los meses de verano. Los pacientes con esta entidad suelen presentar fiebre con mal estado general y un exantema difuso máculo-papuloso, acompañando a una escara necrótica (tache noire)^{4,8}.

Como en otras infecciones por rickettsias, en TIBOLA el tratamiento estándar recomendado es doxiciclina durante 7-10 días. En el caso de niños menores de 8 años, como es nuestro caso, o alergias a tetraciclinas, se recomiendan macrólidos como azitromicina durante 5 días^{2,3}. El tratamiento se debe instaurar antes de la confirmación definitiva del diagnóstico¹. TIBOLA suele ser una enfermedad con una evolución favorable, aunque puede tener un curso prolongado de hasta 18 meses si no se detecta y recibe tratamiento.

Ante un paciente que reside en Europa con adenitis cervical y el antecedente de picadura de garrapata o escara en el cuero cabelludo, se debe tener siempre presente TIBOLA en el diagnóstico diferencial.

El tutor legal del paciente dio consentimiento por escrito para el uso de sus fotografías e historial clínico.

Financiación

Todos los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés.

Bibliografía

- Nawas ZY, Tong Y, Kollipara R, Peranteau AJ, Woc-Colburn L, Yan AC, et al. Emerging infectious diseases with cutaneous manifestations: Viral and bacterial infections. *J Am Acad Dermatol*. 2016;75:1–16, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2016.04.033>. PMID: 27317512.
- Gutiérrez-Vélez A, Solís-García G, Saavedra-Lozano J, Hernanz Lobo A. Linfadenopatía transmitida por garrapatas, una enfermedad emergente en Europa [Tick-borne lymphadenopathy, an emergent disease in Europe]. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2021;94:120–1, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.03.010>.
- Boulanger N, Boyer P, Talagrand-Reboul E, Hansmann Y. Ticks and tick-borne diseases. *Med Mal Infect*. 2019;49:87–97.
- Santibáñez S, Portillo A, Ibarra V, Santibáñez P, Metola L, García-García C, et al. Epidemiological, clinical, and microbiological characteristics in a large series of patients affected by dermacentor-borne-necrosis-erythema-lymphadenopathy from a unique centre from Spain. *Pathogens*. 2022;11:528, <http://dx.doi.org/10.3390/pathogens11050528>.
- Monterde-Álvarez ML, Calbet-Ferré C, Rius-Gordillo N, Pujol-Bajador I, Ballester-Bastardie F, Escribano-Subías J. Rickettsiosis tras la picadura de una garrapata: una clínica sutil en muchas ocasiones, debemos estar atentos [Rickettsiosis after tick bite: A subtle clinic picture on many occasions, we must be vigilant]. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2017;35:100–3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2016.01.013>.
- Sanantonio Valdearcos F, Otero Reigada MC. TIBOLA: enfermedad emergente producida por picadura de garrapata. *Rev Pediatr Aten Primaria* (online). 2015;17:193–5, <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322015000400012>.
- Sanchez E, Vannier E, Wormser GP, Hu LT. Diagnosis, treatment, and prevention of lyme disease, human granulocytic anaplasmosis, and babesiosis: A review. *JAMA*. 2016;315:1767–77, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2016.2884>.
- Colomba C, Saporito L, Polara VF, Rubino R, Titone L. Mediterranean spotted fever: Clinical and laboratory characteristics of 415 Sicilian children. *BMC Infect Dis*. 2006;6:60, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2334-6-60>. Published 2006 Mar 22.

D. Soto-García^{a,b,*}, M. García-González^c,
L. Salgado-Boquete^{a,b}, R. Gutierrez-Meré^{a,b}
y Á. Flórez^{a,b}

^a Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra, España

^b Grupo de Investigación DIPO, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur), SERGAS-UVIGO, Pontevedra, España

^c Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: diego.soto.garcia@gmail.com
(D. Soto-García).