



## Clínica cotidiana

# Fiebre exantemática en el medio urbano

Ángela María Arévalo Pardal\*, Laura Pérez Rubio, Judit Fraile Simón,  
 Ricardo Ignacio Cereceda García, Tomás Martínez Campos

Centro de Salud. Parquesol. Valladolid.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 13 de enero de 2020

Aceptado el 16 de octubre de 2020

On-line el 9 de marzo de 2021

#### Palabras clave:

Exantema

*Rickettsia conorii*

Fiebre botonosa

#### Keywords:

Exanthema

*Rickettsia conorii*

Boutonneuse fever

### R E S U M E N

La fiebre botonosa mediterránea, o fiebre exantemática mediterránea, es una infección prevalente en la cuenca mediterránea, con mayor incidencia en los meses de verano y en población rural.

Causada por una bacteria gramnegativa, *Rickettsia conorii*, se transmite al hombre tras la picadura de la garrapata del perro.

Es una enfermedad de declaración obligatoria en muchas comunidades autónomas. Se trata de la rickettsiosis más frecuente en Europa y una alta sospecha clínica es clave en su diagnóstico.

© 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

### Exanthematic fever in the urban setting

#### A B S T R A C T

Boutonneuse fever, or Mediterranean exanthematic fever, is a prevalent infection in the Mediterranean basin, with greater incidence in the summer period and in the rural population.

Caused by a gram negative bacterium, *Rickettsia conorii*, is transmitted to human being by means of a dog's tick bite.

It is a notifiable disease in many autonomous regions. It is the most common rickettsiosis in Europe, and high clinical suspicion is the key on its diagnosis.

© 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [aarevalopardal@gmail.com](mailto:aarevalopardal@gmail.com) (Á.M. Arévalo Pardal).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2021.001>

2254-5506 / © 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Varón de 61 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas, fumador de 10 cigarrillos/día; ingeniero de montes de profesión.

Consulta por malestar y fiebre hasta 39 °C de 5 días de evolución. Previamente ha sido diagnosticado de faringitis en un centro privado, tratado con ibuprofeno (400 mg) y cefuroxima (500 mg) durante 3 días. A pesar de ello continúa con picos ondulantes de fiebre (38-39 °C), de predominio vespertino, así como aparición de un exantema generalizado, por lo que acude para valoración.

Durante la anamnesis no refiere contacto reciente con animales, domésticos ni salvajes. No viajes recientes a países extranjeros. No artromialgias, ni disnea, ni dolor torácico, ni disfagia, ni odinofagia, ni cualquier otra sintomatología.

Durante la exploración física presenta constantes vitales normales, salvo febrícula (37,5 °C). Se evidencia un exantema máculo-papular, distribuido en el tórax, las palmas de ambas manos y las extremidades inferiores (Fig. 1). Se objetiva una escara negruzca con halo eritematoso ubicada en la cara interna del muslo izquierdo (Fig. 2), sin adenomegalias loco-regionales adyacentes.

Se solicita analítica general, en la que se encuentran elevación de las transaminasas (GPT 206 U/l y GOT 195 U/l), proteína C reactiva 137 mg/l y fibrinógeno 750 mg/dl.

Ante la sospecha de fiebre botonosa mediterránea, se realiza serología específica frente a *Rickettsia conorii* y se instaura tratamiento con doxiciclina (100 mg cada 12 horas).

La fiebre desaparece a los 3 días y se produce progresiva mejoría.

La serología se positivizó a los 10 días del inicio de la sintomatología.



Figura 1 - Exantema maculopapular en tronco.

## Comentario

Las enfermedades transmitidas por garrapatas comprenden un variado espectro de afecciones infecciosas de distribución universal, entre las que se encuentran las Rickettsiosis<sup>1</sup>. Clásicamente se dividen en dos grupos: fiebres manchadas, cuya entidad principal es la fiebre botonosa mediterránea (FBM), producida por *Rickettsia conorii*; y fiebres tíficas, cuyo representante principal es el tifus marino, originado por *Rickettsia typhi*<sup>2</sup>.

La FBM es la rickettsiosis humana exantemática más frecuente en Europa. Fue descrita por primera vez en Túnez en 1910. Es considerada endémica desde la década de los 70-80 en la cuenca mediterránea y enfermedad de declaración obligatoria nacional desde 1996, hoy día solo en algunas comunidades autónomas<sup>3</sup>.

Aunque el principal vector es *Rhipicephalus sanguineus*, o garrapata del perro, en ocasiones el ser humano se convierte en huésped accidental.

La tasa de incidencia en España es de 0,36 casos/100.000 habitantes aproximadamente<sup>2</sup>, que ha aumentado en las últimas décadas como consecuencia de cambios climatológicos (aumento de temperaturas y disminución de precipitaciones)<sup>4</sup>. Es más frecuente entre los meses de junio y septiembre, en varones, y durante las dos primeras décadas de la vida<sup>3</sup>.

La picadura del insecto suele pasar inadvertida en la mayoría de los casos<sup>4</sup>. La lesión de inoculación presenta unas características específicas: se trata de una escara negra con halo eritematoso, denominada “mancha negra” o “tache



Figura 2 - Mancha negra en cara interna de extremidad inferior izquierda.

noire”, de predominio en extremidades en los adultos y en la cabeza en los niños; está presente en el 73 % de los casos. Junto con fiebre alta súbita de escasa respuesta a antitérmicos y exantema máculo-papular generalizado con afectación

palmoplantar que aparece a los pocos días, forman la tríada clásica. Otros síntomas acompañantes son cefalea, fotofobia, mialgias, artralgias, escalofríos, inyección conjuntival y lesiones purpúricas<sup>1,2,5,6</sup>.

Pueden encontrarse alteraciones analíticas inespecíficas: elevación de proteína C reactiva, transaminasas, VSG, LDH y VSG.

El diagnóstico definitivo se realiza mediante la serología específica para *R. conorii*; la IgM puede ser negativa en estadios precoces y se produce seroconversión posterior<sup>2</sup>.

El pronóstico suele ser benigno y buena la respuesta al tratamiento. Excepcionalmente aparecen complicaciones, especialmente en pacientes con comorbilidades y ancianos. Hay descritas formas fulminantes, con afectación visceral, infiltrados pulmonares, fracaso multiorgánico y coagulación intravascular diseminada con exantema purpúrico<sup>4,7,8</sup>.

El tratamiento antibiótico precoz, aun solo con la sospecha clínica, es fundamental para evitar las formas más graves<sup>9</sup>. Las tetraciclinas constituyen la primera elección: la doxiciclina es la más frecuentemente empleada, a dosis de 100 mg cada 12 horas durante 5-7 días, o bien dos dosis de 200 mg un único día; no hay diferencias significativas en cuanto a eficacia entre ambas pautas<sup>10</sup>. En caso de alergias, intolerancias o embarazo se emplean claritromicina o josamicina<sup>1</sup>.

Es importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial con otras enfermedades exantemáticas que se asocian a fiebre, como el sarampión, la meningococemia, la sífilis secundaria, las vasculitis, las primoinfecciones por VIH y otras rickettsiosis, especialmente en casos en los que no está presente la mancha negra<sup>1</sup>. Las toxicodermias, especialmente las asociadas a ingestión medicamentosa, pueden suponer un factor de confusión importante, sobre todo en pacientes en los que se inicia tratamiento antibiótico empírico ante la presencia de un cuadro febril, o hay presencia de foco infeccioso en otras localizaciones, fundamentalmente respiratorio. Una alta sospecha clínica, sumada a una buena exploración física en busca de otros hallazgos, no debe demorar la instauración de un tratamiento específico; de este modo se evitan posibles complicaciones y se disminuye la potencial morbimortalidad asociada a esta patología.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Querol Fernández JC, Forja Ley, M, Querol Gutiérrez JJ. Fiebre botonosa mediterránea. FMC. 2014; 21: 312-5.
2. 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. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2017; 35: 100-3.
3. García Magallón B, Cuenca Torres M, Gimeno Villarrasa F, Guerrero Espejo A. Fiebre botonosa mediterránea: epidemiología en España durante el periodo 2009-2012. *Rev Esp Salud Pública*. 2015; 89: 321-8.
4. Sánchez García M, Gabriela Tomoiu I, Hidalgo Fernández C, Delgado Casado JA. ¿Dónde está la garrapata? Crucero & casa (resuelto en Atención Primaria). *Rev Clin Med Fam*. 2013; 6: 109-11.
5. Castro Jiménez RA, García Gallego JJ, Redondo Pedraza R, Quero Espinosa B. Fiebre botonosa mediterránea: a propósito de dos casos en área de asistencia primaria urbana. *SEMERGEN*. 2006; 32: 36-40.
6. Las Heras Mosteiro J, González Luna J. Actitud ante la picadura de una garrapata. *SEMG*. 2011; 140: 492-8.
7. Álvarez Villacampa MB., Torres León JM, Menéndez Martínez MA, Casado Carreto MC, Segovia Abad ME. Fiebre botonosa mediterránea: a propósito de un caso. *Sanid Mil*. 2014; 70: 185-7.
8. Largo Pau J, Sánchez Castaño A, Sepúlveda Berrocal MA. Enfermedades por Rickettsias. Fiebre Q. En: Álvarez-Mon Soto M, ed. *Enfermedades infecciosas*. Madrid: IDEPSA; 1998. p. 210-5.
9. Merlo González VE, Marcos Sánchez F, Árbol Linde F, Gómez Fernández M, Simón Martín A, López Onega P. Fiebre botonosa Maligna. *Med Intensiva*. 2002; 26: 21-3.
10. Bella F, Font B, Segura F, Espejo E, López P, Muñoz T. Comparative, randomized trial of one day doxycycline versus 10-day tetracycline therapy for Mediterranean spotted fever. *J Infect Dis*. 1987; 155: 1056-8.