



Clínica cotidiana

Rickettsia africae

Yenier Jiménez Hernández*, María José Mansilla Bermejo, Isabel Sepúlveda Gómez, Alberto Cascón Martín, David Muñoz Reverte, María Soledad Mayayo Vicente

Centro de Salud Martín de Vargas. Madrid.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 18 de septiembre de 2026

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Rickettsiosis

Rickettsia africae

Enfermedades transmitidas por
garrapatas

R E S U M E N

Las *Rickettsias* son bacterias intracelulares transmitidas por vectores como las garrapatas. Su diagnóstico es en ocasiones difícil debido a los síntomas iniciales inespecíficos como la fiebre, mialgias y cefalea, que a menudo se confunden con otras enfermedades. Presentamos el caso de un varón de 26 años que, tras viajar a Sudáfrica y tener contacto con animales, a su regreso presentó febrícula, adenopatías y una lesión característica con escara necrótica en el gemelo izquierdo, altamente sugestiva de rickettsiosis. Ante la sospecha clínica y los antecedentes epidemiológicos, desde la consulta de atención primaria se inició tratamiento empírico con doxiciclina. Los resultados de laboratorio posteriormente confirmaron la infección por *Rickettsia*. El caso destaca la importancia de tener un alto índice de sospecha clínica basado en síntomas y antecedentes de viaje a zonas endémicas, ya que el tratamiento temprano con doxiciclina es fundamental y no se debe esperar la confirmación serológica para iniciarlo.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Rickettsia africae

A B S T R A C T

Rickettsiae are intracellular bacteria transmitted by vectors such as ticks. Their diagnosis is sometimes difficult due to nonspecific initial symptoms such as fever, myalgia, and headache, which are often confused with other diseases. We present the case of a 26-year-old man who, after traveling to South Africa and having contact with animals, presented upon his return with low-grade fever, lymphadenopathy, and a characteristic necrotic eschar lesion on his left calf, highly suggestive of rickettsiosis. Based on clinical suspicion and epidemiological history, empirical treatment with doxycycline was initiated in the primary care clinic. Laboratory results subsequently confirmed rickettsial infection.

Keywords:

Rickettsiosis

Rickettsia africae

Tick-borne diseases

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: yenier.jimenez@salud.madrid.org (Y. Jiménez Hernández).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.032>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

This case highlights the importance of maintaining a high index of clinical suspicion based on symptoms and travel history to endemic areas, since early treatment with doxycycline is essential and serological confirmation should not be awaited before initiating treatment.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by E-Medfarma 2020, S.L.

Descripción del caso clínico

Varón de 26 años de edad, que acude a la consulta del Médico de Familia por mialgias generalizadas, astenia, febrícula, adenopatías inguinales izquierdas y una lesión que impresiona de picadura en la zona del gemelo de la pierna izquierda.

Al interrogatorio dirigido, había regresado 5 días antes de un viaje a Sudáfrica y alrededores. Hizo profilaxis de malaria para visitar el parque nacional Kruger. No se había sumergido en lagos ni ríos, aunque sí tuvo contacto directo con perro y caballos (niega recordar picadura de garrapatas). No relaciones sexuales de riesgo.

En el examen físico a destacar temperatura de 37,5°C, adenopatías inguinales izquierdas y en gemelo izquierdo una lesión con escara necrótica central y halo eritematoso que impresiona de “mancha negra” (figura 1).

Ante el cuadro clínico descrito, se inicia desde atención primaria tratamiento con doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 10 días, mejorando los síntomas que presentaba inicialmente.

Es valorado nuevamente a los 15 días después de haber terminado el tratamiento por reaparecer la febrícula, mialgias generalizadas y lumbalgia. Mantiene buen estado general, sin lesiones nuevas en piel, no se escuchan soplos y el examen de columna lumbar no se aprecian alteraciones. Por este motivo, se solicita analítica con las siguientes serologías: hepatitis y serología VIH negativo; *Brucella* anticuerpos IgG negativo; *Brucella* anticuerpos IgM positivo; *Coxiella burnetii* (fiebre Q) fase II anticuerpos IgG negativo; *Coxiella burnetii* (fiebre Q) fase II anticuerpos IgM negativo; *Rickettsia conori* anticuerpos IgM (fiebre botonosa) positivo.

Ante el resultado inicial de *Brucella* anticuerpos IgM positivo (sin aún tener el resultado de Rosa de Bengala *Brucella* anticuerpos), se recibe alerta desde laboratorio por lo que es valorado el paciente en urgencias hospitalarias donde se realizó radiografía de tórax sin datos de interés, electrocardiograma normal, solicitado hemocultivos y urocultivos que posteriormente fueron negativos. Ante la sospecha de brucelosis se decide tratamiento con doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 6 semanas y gentamicina 360 mg cada 24 horas intramuscular durante 2 semanas.



Figura 1 – Lesión con escara necrótica central y halo eritematoso en el gemelo izquierdo.

A la semana siguiente es valorado en consulta de Medicina Interna estando asintomático, con resultado de Rosa de Bengala *Brucella* anticuerpos negativo, ecocardiograma sin datos de endocarditis y resonancia magnética lumbar que no demuestra proceso infeccioso a ese nivel. Es dado de alta con diagnóstico final de infección por *Rickettsia* probablemente *africae*.

Comentario

Las *Rickettsias* son bacilos gramnegativos intracelulares obligados^{1,3,4}. Se encuentran distribuidos por todo el mundo dada la variedad de vectores como pulgas, piojos, garrapatas y ácaros. Dada sus manifestaciones clínicas, se pueden confundir con otras infecciones y no ser diagnosticadas y tratadas adecuadamente. Las del grupo fiebre maculosa se transmiten a través de la piel de una persona y ocurre al alimentarse una garrapata infectada; las del grupo tifo, su transmisión es por piojos o pulgas¹.

La *Rickettsia africae*¹ es transmitida por la picadura de la garrapata africana, y es causa frecuente de la fiebre en las personas que viajan al África subsahariana.

Aunque la mayoría de los casos de enfermedad por *Rickettsia africae* se han notificado en el África subsahariana, donde muchas personas viven en zonas rurales cerca de animales domésticos y salvajes de los que la garrapata se alimenta, también se encuentra distribuida por todo el continente africano. Los viajes y actividades turísticas a estas zonas aumentan la exposición a este vector, por lo que cada vez es mayor el número de casos de rickettsiosis por fiebre maculosa². Nuestro caso había viajado a Sudáfrica y alrededores y había estado en contacto con animales, como perros y caballos.

El diagnóstico es con frecuencia difícil por las manifestaciones poco específicas, aunque con el inicio temprano del tratamiento se produce una mejoría significativa en las primeras 48 horas³, siendo a menudo pautado el antibiótico de forma empírica sin alguna confirmación serológica posterior al diagnóstico. En algunos casos puede haber fiebre persistente relacionada con la enfermedad grave.

La confirmación serológica no es evidente hasta la segunda semana de la enfermedad³, por lo que, en los inicios del cuadro, cuando el paciente acude al médico con sintomatología compatible, la serología suele ser negativa.

El cuadro clínico⁴ se basa tanto en los datos epidemiológicos (visita a lugares endémicos, exposición), como en los síntomas y los datos de laboratorio.

Los síntomas al inicio son muy poco específicos⁴, e incluyen artromialgias, fiebre o dolor de cabeza. Posteriormente, puede aparecer el exantema, una o varias lesiones con escara conocida como “mancha negra” y en los casos graves evolucionar hasta la muerte.

Desde el punto de vista de laboratorio⁴, se puede observar alteraciones en el hemograma, como leucopenia, recuento de plaquetas bajos o alteración del perfil hepático.

El tratamiento^{4,5} de elección en adultos es la doxiciclina 100 mg dos veces al día, entre 7 y 10 días. El paciente de este caso había manifestado síntomas poco específicos, pero con una lesión en el gemelo izquierdo muy sugestiva. Ante la sospecha clínica desde atención primaria, se inició tratamiento empírico, con mejoría posterior, que se extendió hasta 21 días por reaparición de los síntomas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blanton LS. The rickettsioses: a practical update. *Infect Dis Clin North Am.* 2019;33(1):213-29. doi: 10.1016/j.idc.2018.10.010.
2. Zhang EY, Kalmath P, Abernathy HA, Giandomenico DA, Nolan MS, Reiskind MH, et al. *Rickettsia africae* infections in sub-Saharan Africa: A systematic literature review of epidemiological studies and summary of case reports. *Trop Med Int Health.* 2024;29(7):541-83. doi: 10.1111/tmi.14002
3. Stewart AG, Stewart AGA. An update on the laboratory diagnosis of *Rickettsia* spp. infection. *Pathogens.* 2021;10(10):1319. doi: 10.3390/pathogens10101319
4. Serrano González A, García Arjona R, Pérez Guerrero P, Rodríguez Rocca JS. Infecciones por *Rickettsia* y fiebre Q. *Medicina.* 2022;13(54):3163-72.
5. Mensa J, Gatell JM, García-Sánchez JE, Letang E, López-Sufí E, Marco F, editores. *Guía de Terapéutica Antimicrobiana 2018.* Barcelona: Elsevier; 2018.