



Clínica cotidiana

Infección por *Rickettsia conorii* en paciente con antecedente de picadura de *Rhipicephalus sanguineus*

Carolina Ferre Sánchez*, Paula de Bautista López, Pablo Boullon Cano, Marina González Álvarez, Idoya García Ochoa

Centro de Salud de Panaderas. Fuenlabrada, Madrid.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 27 de octubre de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Fiebre

Rash cutáneo

Rickettsia conorii

RESUMEN

El síndrome febril es una causa frecuente de consulta en atención primaria, pero su seguimiento y la forma de presentación deben valorarse cuidadosamente, ya que la persistencia del cuadro o la aparición de lesiones cutáneas atípicas pueden revelar enfermedades menos comunes. La fiebre botonosa mediterránea es una rickettsiosis endémica en los países mediterráneos, transmitida por la garrapata del perro (*Rhipicephalus sanguineus*), con mayor incidencia en los meses de verano. Se presenta el caso de un varón de 16 años, sin antecedentes personales de interés, cuidador de caballos, que acudió por fiebre de hasta 39 °C, artralgias, mialgias, cefalea y una lesión cutánea tras la extracción de una garrapata una semana antes. En la exploración destacaban un exantema maculopapuloso con afectación palmoplantar y una lesión papular con halo eritematoso en la pierna. Las pruebas complementarias fueron normales salvo la serología, positiva para *Rickettsia conorii*. La rápida mejoría clínica tras el inicio de doxiciclina, con desaparición de la fiebre en 48 horas y resolución de las lesiones cutáneas en una semana, confirmó el diagnóstico de fiebre botonosa mediterránea. Este caso resalta la importancia de reconocer la tríada clínica clásica —fiebre alta resistente a antitérmicos, exantema generalizado con afectación palmoplantar y mancha negra en el punto de inoculación— como clave diagnóstica en áreas endémicas, lo que permite instaurar precozmente un tratamiento eficaz y evitar complicaciones.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Rickettsia conorii infection in a patient with a history of *Rhipicephalus sanguineus* bite

ABSTRACT

Fever syndrome is a common reason for consultation in Primary Care, but its course and presentation must be carefully assessed, as prolonged fever or atypical skin lesions may indicate less frequent diseases. Mediterranean spotted fever is an endemic rickettsiosis in Mediterranean countries, transmitted by the dog tick (*Rhipicephalus sanguineus*), with

Keywords:

Fever

Skin rash

Rickettsia conorii

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carolina.ferre24@gmail.com (C. Ferre Sánchez).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.049>

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

higher incidence during summer months. We report the case of a 16-year-old male with no relevant medical history, working as a horse caretaker, who presented with fever up to 39 °C, arthralgia, myalgia, headache, and a skin lesion after removing a tick one week earlier. Physical examination revealed a maculopapular rash involving palms and soles and a papular lesion with an erythematous halo on the leg. Laboratory results were unremarkable except for positive serology for *Rickettsia conorii*. The rapid clinical improvement after initiating doxycycline, with fever resolution within 48 hours and disappearance of skin lesions within one week, confirmed the diagnosis of Mediterranean spotted fever. This case highlights the importance of recognizing the classical triad—high fever resistant to antipyretics, generalized rash with palmoplantar involvement, and a black eschar at the inoculation site—as a diagnostic clue in endemic areas, allowing early treatment and prevention of complications.

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

Descripción del caso clínico

Varón de 16 años, sin antecedentes personales de interés, trabajador en una granja escuela como cuidador de caballos. Consulta por fiebre de hasta 39 °C de tres días de evolución, acompañada de cefalea frontal opresiva, mialgias y artralgias generalizadas. Refiere la aparición de una lesión cutánea en la pierna derecha tras haber retirado una garrapata una semana antes. Niega síntomas respiratorios o digestivos, ni ingesta de agua de pozo o productos animales sin control sanitario.

A la exploración física presenta buen estado general, sin signos de afectación sistémica. Se observa un exantema maculopapuloso generalizado con afectación de palmas y plantas, y una lesión papular de 2 cm con halo eritematoso central en la pierna derecha (figura 1), compatible con lesión de inoculación o “mancha negra”. No se palpan adenopatías ni visceromegalias.

Se solicita analítica con hemograma, bioquímica, proteína C reactiva y serología. Las pruebas son normales, salvo serología positiva para *Rickettsia conorii* mediante inmunofluorescencia indirecta. Ante la sospecha de FBM, se inicia tratamiento con

doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante siete días. La evolución es favorable, con desaparición de la fiebre en 48 horas y resolución del exantema en una semana (figura 2).



Figura 1 – Lesión papular con halo eritematoso (“mancha negra”) en la pierna derecha tras la picadura de garrapata.



Figura 2 – Exantema maculopapuloso con afectación palmoplantar en fase de resolución.

Comentario

El síndrome febril es uno de los motivos más frecuentes de consulta en atención primaria. Aunque en la mayoría de los casos se debe a procesos virales autolimitados, la persistencia de la fiebre o la aparición de lesiones cutáneas atípicas deben alertar al clínico sobre posibles etiologías menos comunes. En los últimos años, las enfermedades transmitidas por vectores han cobrado relevancia en España, en parte por factores ambientales, el cambio climático y el contacto estrecho con animales domésticos^{1,2}.

La fiebre botonosa mediterránea (FBM) es una enfermedad infecciosa aguda causada por *Rickettsia conorii*, incluida en el grupo de las rickettsiosis del Mediterráneo. Se transmite al ser humano a través de la picadura de la garrapata del perro (*Rhipicephalus sanguineus*), con mayor incidencia en los meses cálidos^{3,4}. España constituye un área endémica reconocida, con predominio de casos en el sur y centro peninsular, especialmente durante los meses de mayo a septiembre⁵. El reservorio principal son los animales domésticos y la transmisión ocurre cuando una garrapata infectada inocular *Rickettsia conorii* al ser humano a través de su saliva^{6,7}.

Aunque el curso clínico suele ser benigno, el retraso diagnóstico puede derivar en complicaciones graves, especialmente en pacientes inmunodeprimidos, ancianos o con comorbilidad significativa⁸. En este contexto, el papel del médico de familia es fundamental para sospechar, diagnosticar y tratar precozmente esta patología.

El periodo de incubación varía entre 5 y 10 días. El cuadro clínico típico incluye fiebre alta, malestar general, cefalea y exantema maculopapuloso que se inicia en tronco y extremidades, extendiéndose de forma centrífuga con afectación palmoplantar⁹. La “mancha negra” o “*tache noire*” es una escara necrótica con halo eritematoso en el punto de inoculación, hallazgo clave presente en la mayoría de los casos¹⁰.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y epidemiológico. Las alteraciones analíticas más comunes incluyen leucopenia, trombocitopenia y elevación leve de las transaminasas, aunque en fases iniciales los resultados pueden ser normales¹¹. La confirmación se realiza mediante serología o técnicas moleculares (PCR), aunque la positividad serológica suele aparecer a partir de la segunda semana de evolución¹². Por ello, el inicio del tratamiento no debe retrasarse ante una sospecha clínica razonable.

La doxiciclina es el tratamiento de elección en adultos y niños, recomendándose mantenerla 48 horas tras la desaparición de la fiebre^{13,14}. En la mayoría de los casos se observa mejoría clínica rápida, como en el presente, donde la fiebre remitió en menos de 48 horas. El uso de macrólidos como alternativa es menos eficaz y se reserva para situaciones de contraindicación¹⁵.

El diagnóstico diferencial incluye otras rickettsiosis, la fiebre de Marsella, la fiebre exantemática africana, así como procesos virales o bacterianos que cursen con exantema¹⁶. En zonas endémicas, es esencial mantener un alto índice de sospecha ante la combinación de fiebre y exantema, especialmente si el paciente refiere contacto con animales o actividades rurales.

Desde atención primaria, la detección de estos casos exige una anamnesis dirigida que explore antecedentes de exposición ambiental, manipulación de animales o picaduras recién

tes, y una exploración física minuciosa de la piel y mucosas. La identificación temprana de la lesión de inoculación puede orientar el diagnóstico incluso antes de disponer de pruebas serológicas¹⁷.

Además, las estrategias de prevención en la comunidad —como el control veterinario de las garrapatas, la educación sobre medidas de protección personal y la inspección cutánea tras actividades al aire libre— son herramientas de gran impacto en salud pública^{18,19}.

En conclusión, la Fiebre Botonosa Mediterránea sigue siendo una enfermedad endémica en España y debe considerarse en el diagnóstico diferencial de cualquier síndrome febril con exantema, sobre todo en los meses cálidos y en pacientes con exposición a animales o picaduras de garrapatas. El reconocimiento clínico de la tríada característica —fiebre alta resistente a antitérmicos, exantema maculopapuloso con afectación palmoplantar y “mancha negra” en el punto de inoculación— permite establecer un diagnóstico precoz y aplicar un tratamiento eficaz con doxiciclina, evitando complicaciones.

En atención primaria, se proponen las siguientes estrategias diagnósticas y de detección precoz:

1. Anamnesis dirigida: incluir de forma sistemática preguntas sobre exposición a animales, picaduras de garrapatas y actividades rurales o de ocio en zonas endémicas.
2. Exploración física exhaustiva: revisar pliegues, cuero cabelludo y áreas de roce para detectar la lesión de inoculación o exantemas discretos.
3. Uso de criterios clínico-epidemiológicos: ante la tríada clásica, iniciar tratamiento empírico sin esperar confirmación serológica.
4. Coordinación asistencial: comunicar los casos sospechosos a Salud Pública para su registro y seguimiento epidemiológico.
5. Educación sanitaria al paciente: insistir en medidas preventivas (ropa protectora, repelentes, revisión cutánea) y control veterinario de mascotas.
6. Formación continua del personal sanitario: actualizar conocimientos sobre zoonosis emergentes y protocolos de diagnóstico rápido.

Estas medidas permiten mejorar la capacidad resolutive del médico de familia y garantizar un abordaje precoz, seguro y eficaz.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parola P, Raoult D. Ticks and tickborne bacterial diseases in humans: an emerging infectious threat. *Clin Infect Dis*. 2001;32(6):897-928.
2. Rodríguez V, Herrero MD, Pons MJ. Enfermedades transmitidas por garrapatas en España. *Med Clin (Barc)*. 2023;160(6):257-63.
3. Cascio A, Colomba C, Antinori S, Paterson DL, Titone L. Clarithromycin versus doxycycline for Mediterranean spotted fever. *Antimicrob Agents Chemother*. 2001;45(11):3276-8.

4. Conor A, Bruch A. Fièvre boutonneuse. Arch Inst Pasteur Tunis. 1910;3:1-26.
5. Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia epidemiológica de las rickettsiosis en España. Informe anual 2023. Madrid: ISCIII; 2024.
6. Oteo JA, Portillo A. Epidemiología y diagnóstico de las rickettsiosis en España. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2020;38(8):355-63.
7. Delgado S, Sánchez R, González P. Rickettsiosis en el medio mediterráneo: revisión actualizada. FMC. 2022;29(10):501-10.
8. Walker DH. Rickettsiae and rickettsial infections: the current state of knowledge. Clin Infect Dis. 2007;45(Suppl 1):S39-44.
9. Lizana CV, Flores AJR, Ochoa RA. Un exantema alarmante. FMC. 2022;29(7):375-83.
10. Isaula OF, Delgado A, Frías C. Fiebre y erupción en dos vecinos. Aten Primaria. 2020;52(5):355-6.
11. Socolovschi C, Raoult D, Parola P. Rickettsioses and the clinical spectrum of rickettsial disease. Clin Microbiol Rev. 2019;32(4):e00075-18.
12. Nascimento EM, Cardoso DL, Costa PS. Laboratory diagnosis of rickettsial infections. J Clin Microbiol. 2021;59(12):e01244-21.
13. Todd SR, Dahlgren FS, Traeger MS, Beltrán-Aguilar ED, Marianos DW, Hamilton C, et al. No visible dental staining in children treated with doxycycline for suspected Rocky Mountain spotted fever. J Pediatr. 2015;166(5):1246-51.
14. World Health Organization. Guidelines for the treatment of rickettsial diseases. Geneva: OMS; 2023.
15. Cascio A, Iaria C, Colomba C. Failure of antibiotic therapy in Mediterranean spotted fever: possible role of coinfection. Clin Microbiol Infect. 2020;26(5):688-92.
16. Pérez-Martínez L, Jiménez D, Sánchez M. Diagnóstico diferencial de la fiebre exantemática en Atención Primaria. Semergen. 2023;49(1):45-53.
17. Portillo A, Santibáñez S, García Á, Oteo JA. Educación y prevención de enfermedades transmitidas por garrapatas. Rev Esp Salud Pública. 2022;96:e202203038.
18. Piesman J, Eisen L. Prevention of tick-borne diseases. Annu Rev Entomol. 2008;53:323-43.
19. Estrada-Peña A, Cutler S, Potkonjak A. Impact of climate change on vector-borne diseases: the case of rickettsioses. Pathogens. 2022;11(9):989.