

ÍNDICE



Caso clínico



Diagnóstico diferencial



Fiebre botonosa mediterránea





Ciclo vital

→ Clínica

→ Diagn<mark>óstico</mark>



Tratamiento



Algoritmo de actuación frente a picadura de garrapata

CASO CLÍNICO

Varón de 50 años que acude a su médico de Atención Primaria por presentar fiebre termometrada desde hace unos **20 días (>38°C)** que cede con Paracetamol. El paciente reacude a Urgencias porque, en los últimos 3 días la fiebre es continuada cediendo parcialmente con tratamiento y acompañándose de **artralgias y mialgias y cefalea**. Niega disnea, no dolor torácico ni abdominal. No náuseas ni vómitos. Niega clínica miccional.

No alergias medicamentosas conocidas. Exfumador. No alcohol.

AP: No HTA, No DM, No DL. IQ: hernia inguinal bilateral.

Exploración: BEG. COC. NH, NC, NP. CyC: ligera **inyección conjuntival.**

AC: rítmico, sin soplos.

AP: mvc sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. RHA+. No signos de irritación peritoneal. Sin

masas ni megalias.

EEII: sin edemas, no TVP. Pulsos pedios conservados. Presenta **lesión necrótica rodeada de halo eritematoso en glúteo izquierdo.**

Al interrogar de nuevo al paciente refiere que por motivos laborales ha realizado salidas a **medio rural**, coincidiendo **4-5 días antes** del inicio del episodio febril. Comenta que notó que en la zona de la lesión descrita le había picado una **garrapata**, la cual se arrancó.

Ante la sospecha clínica de fiebre botonosa mediterránea se instauró tratamiento empírico con

Doxiciclina 100mg cada 12 horas durante 10 días más tratamiento antitérmico.

Hemograma: Leucocitos 5300 Hb 14.7

Plaquetas 141000 **VSG 44.**

Coagulación normal.

Bioquimica: **LDH 490** AST 53 ALT 49 PCR 116.

Resto normal.

Rx tórax: sin hallazgos patológicos.

Serología: positiva para Rickettsia conorii.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Enfermedad	Patógeno	Vector	Periodo de mayor actividad vectorial	Incidencia	Periodo de incubación	Clínica	Diagnóstico
Fiebre botonosa o exantemática mediterránea	Rickettsia conorii Rickettsia monacensis Rickettsia sibirica mongolitimonae	Rhipicephalus spp (garrapata de perro) Ixodes ricinus	Mayo-octubre	0,3-0,4	5 a 20	1º fase: fiebre, malestar general, cefalea, artromialgias e inyección conjuntival 2º fase (tras 3-5 días): exantema maculopapuloso diseminado (palmas y plantas). Mancha negra: lesión ulcerosa, con escara necrótica y halo eritematoso (hasta 75% casos)	Serológico, PCR, cultivo
Enfermedad de Lyme	Borrelia burgdorferi sensu lato	Ixodes ricinus	Mayo-octubre	0,3	3 a 32	1º fsae: eritema migratorio. 2º fase: nuevas lesiones anulares. Meningitis y meningoradiculitis periférica, neuritis de los pares craneales. Bloqueo AV. Artritis recurrente. 3º fase: encefalopatía, acrodermatitis crónica atrófica, artritis crónica de rodilla.	Serológico, PCR, cultivo
Debonel/Tibola	Riceckttsia rioja Rickettsia slovaca Rickettsia raoultii	Dermacentor marginatus	Octubre-mayo	Incidencia aumento	7	Escara necrótica en cuero cabelludo, en el lugar de la picadura, adenopatías craneales y laterocervicales posteriores muy dolorosas. Fiebre de bajo grado (25% casos).	Serológico, PCR, cultivo
Anaplasmosis humana	Anaplasma phagocytophilum	lxodes ricinus	Mayo-octubre	Poco frecuente	5 a 21	Síndrome pseudo-gripal, fiebre, escalofríos malestar general, cefalea y mialgia. Ocasionalmente conjuntivitis y adenopatías. Exantema (raro).	Serológico, PCR, cultivo
Babesiosis	Babesia divergens Babesia microtii	Ixodes ricinus	Mayo-octubre	Muy poco frecuente	7 a 14 (hasta 60)	Malestar, anorexia, fatiga, fiebre, escalofríos, diaforesis, náuseas, vómitos, cefalea, mialgias, adelgazamiento, artralgias, disnea, hiperestesia, inestabilidad emocional e incluso depresión. Ictericia y hepatoesplenomegalia	Serológico, PCR
Tularemia	Francisella tularensis	Dermacentor marginatus	Octubre-mayo	Rara por picadura	1 a 21	Fiebre, adenopatías, malestar general. Forma clínica típica: úlcero-ganglionar.	Serológico, PCR, cultivo
Fiebre hemorrágica Crimea-Congo	Virus de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo	Hyalomma marginatum	Mayo-octubre	Muy excepcional	1 a 3 (garrapata) 5-6 (persona- persona)	1º fase: fiebre, mialgia, lumbalgia, cefalea, fotofobia, vómitos, diarrea, dolor abdominal, dolor de garganta. 2º fase: (tras 2-4 días) agitación, somnolencia, depresión, debilidad, hepatomegalia. Otros: taquicardia, adenopatías, erupción petequial, equimosis y sangrado de mucosas que puede evolucionar a fallo hepático y de otros órganos y sistemas	Serológico, PCR, cultivo

FIEBRE BOTONOSA MEDITERRÁNEA INTRODUCCIÓN

Es una enfermedad aguda endémica descrita por primera vez por Connor y Bruch en 1910.

El agente causal es la Rickettsia conorii.

Se transmite por la picadura de una garrapata ixódide que es el vector y reservorio habitual (Rhipicephalus sanguineus o garrapata del perro) la cual se adhiere a la piel y clava la trompa para succionar sangre de los vasos superficiales y se desprende a los 10-12 días.

La enfermedad es leve y se caracteriza por una lesión inicial (mancha negra), fiebre de varios días a 2 semanas de duración y erupción generalizada maculopapulosa eritematosa.

EPIDEMIOLOGÍA

Es endémica en la cuenca mediterránea (sur de Europa, sur y este de África, India y

Oriente Medio),

incidencia en

con alta

Cataluña.

Aparece fundamentalmente. en época estival (julio a septiembre), con un 80% de los casos, coincidiendo con el ciclo biológico del vector. Clásicamente se considera enfermedad rural (56%), aunque cada vez es más frecuente en las zonas urbanas.

Se adquiere por vía cutánea, mediante la picadura de garrapatas infectadas por R. conorii.



Afecta ambos sexos, con

ligero predominio por el

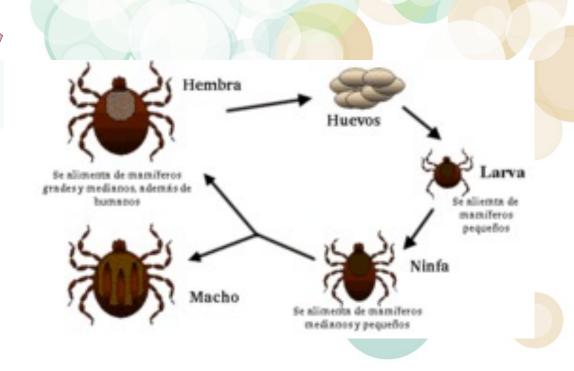
CICLO VITAL IXODES

Mudan a **NINFAS.** Tras alimentar y mudar surgirán los adultos (**machos y hembras**).

La hembra, tras el acoplamiento y engorde, pondrá varios miles de **huevos**, que después de su incubación, a favor de las condiciones de temperatura y humedad del medio, darán lugar a las larvas.

Aparecen las LARVAS que una vez alimentadas

Tras eclosión del **HUEVO**



Periodo de incubación de 5 a CLÍNICA 20 días 1° fase Malestar Inyección Artromialgias **Fiebre** Cefalea conjuntival general ✓ Aparece en el 90-97% de los Triada clásica: casos. **FIEBRE** Fiebre alta, >39°C, continua. ✓ Con ligeros descensos matutinos **MANCHA** y resistente a antitérmicos. **NEGRA** ✓ Desaparece entre el 2° y 4° día **EXANTEMA** iniciado el tratamiento antibiótico.

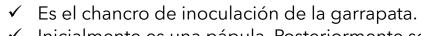
CLÍNICA

2° fase (tras 3-5 días)

Exantema

maculopapuloso diseminado (palmas y plantas) **Mancha negra**: con escara necrótica y halo eritematoso (hasta 75%)

Manifestaciones digestivas: diarrea, vómitos, dolor abdominal Infección grave: edemas generalizados, hemorragias graves, fracaso renal prerrenal, encefalopatía por edema cerebral.



- ✓ Inicialmente es una pápula. Posteriormente se convierte en una **zona necrótica** (escara negruzca) de 1-10mm, de bordes netos, con un halo eritematoso.
- ✓ Es indolora y ocasionalmente pruriginosa.
- En adultos se suele localizar en zonas cubiertas, pliegues de flexión de extremidades inferiores, zona interglutea, ingles, genitales y tronco.

Triada
clásica:
FIEBRE
MANCHA
NEGRA
EXANTEMA

CLÍNICA

2° fase (tras 3-5 días)

Triada
clásica:
FIEBRE
MANCHA
NEGRA
EXANTEMA

Exantema

maculopapuloso diseminado (palmas y plantas) **Mancha negra**: con escara necrótica y halo eritematoso (hasta 75%) Manifestaciones digestivas: diarrea, vómitos, dolor abdominal Infección grave: edemas generalizados, hemorragias graves, fracaso renal prerrenal, encefalopatía por edema cerebral.

- ✓ Aparece en el 90-96% entre el 3° y 5° día.
- ✓ Maculopápulas eritematosas, no pruriginosas, coloración rosa-rojiza y sin transformación hemorrágica.
- ✓ Se inicia en extremidades inferiores y se generaliza rápidamente, afectando al tronco, cuero cabelludo, región palmoplantar y, levemente, la cara.
- ✓ Persiste durante 15-20 días.





Diagnóstico por Inmunofluorescencía

directa

DIAGNÓSTICO

Cultivo

Serología

Diagnóstico **CLINICO** Diagnóstico de laboratorio

Buena anamnesis.
Identificar la triada clásica,
factores epidemiológicos de
picadura de garrapata o el
contacto con perros.

DIAGNÓSTICO

Cultivo

Serología

Diagnóstico de LABORATORIO

Diagnóstico clínico

Aumento de VSG

Diagnóstico por Inmunofluorescencía

directa

- Leucocitos: normales, leucopenia, raramente leucocitosis.
- Elevación enzimas hepáticas (GOT, GPT, GGT) sin insuficiencia hepática.
- Aumento de enzimas musculares (CPK, LDH).
- NO anemia ni trombopenia.

Diagnóstico por INMUNO. DIRECTA

DIAGNÓSTICO

Cultivo

Serología

Diagnóstico clínico

Diagnóstico de laboratorio

> Permite diagnóstico precoz biopsiando la mancha negra en los primeros días, visualizando capilaritis y el germen dentro de las células endoteliales.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico de Laboratorio

Diagnóstico por Inmunofluorescencía

> Inmunofluorescencia indirecta: es la técnica más especifica y sensible.

Cultivo

- Determina IgM diferenciando la infección aguda o la seropositividad residual.
- Se positiviza a partir de 7° día de aparición de exantema.
- Positivo a títulos superiores a 1/40.
- Se debe obtener una muestra en la primera consulta y en las 2 semanas del inicio de la clínica.

SEROLOGÍA

Diagnóstico clínico

directa

TRATAMIENTO

Importante iniciar el tratamiento lo antes posible

Dosis: 100mg cada 12 horas durante 7-10 días

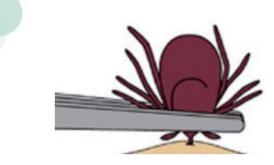
DOXICICLINA

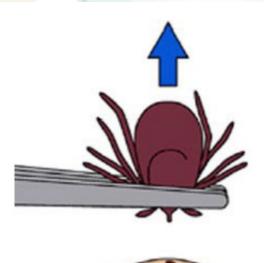
Acorta el periodo febril, disminuye los síntomas y evita complicaciones graves.

Mejoría clínica a las 24 horas y la fiebre cede en 2-4 días.

PROFILAXIS. EXTRACCIÓN DE GARRAPATA

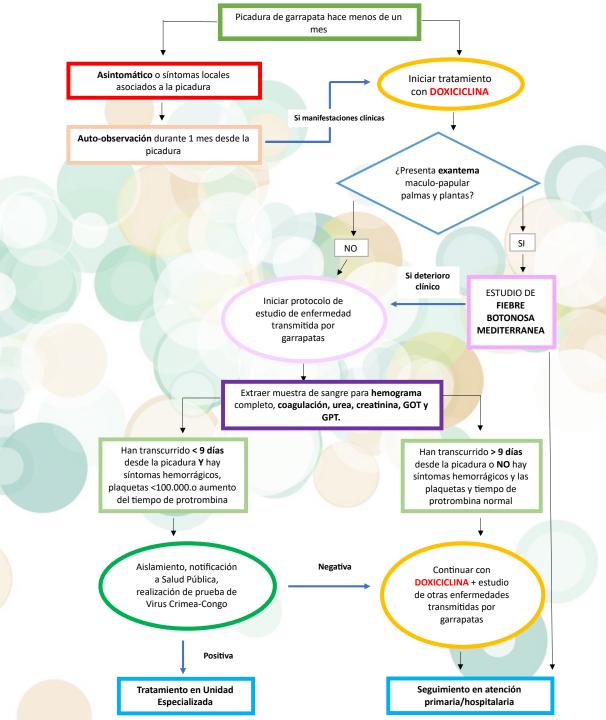
Use unas pinzas y agarre la garrapata cerca de la piel (en su cabeza). Tirar de la garrapata hacia arriba si girarla ni aplastarla Presiónela fijamente hasta que se suelte de su fuente de sujeción.







ALGORITMO
DE
ACTUACIÓN
ANTE
PICADURA DE
GARRAPATA



BIBLIOGRAFÍA

Guía de actuación ante picadura de garrapata. Ministerio de Sanidad. Octubre 2016.

Zhu Y, Fournier PE, Eremeeva M, Raoult D. Proposal to create subspecies of *Rickettsia conorii* based on multi-locus sequence typing and an emended description of *Rickettsia conorii*. BMC Microbiol. 2005 Mar 14;5:11.

Pretorius AM, Jensenius M, Birtles RJ. Update on spotted fever group *Ric- kettsiae* in South Africa. Vector Borne Zoonotic Dis. 2004 Fall;4(3):249-60.

Márquez-Jiménez FJ, Hidalgo-Pontiveros A, Contreras-Chova F, Rodríguez-Liébana JJ, Muniáin-Ezcurra MA. Las garrapatas (Acarina: Ixodida) como transmisores y reservorios de microorganismos patóge- nos en España. Enferm Infecc Microbiol Clin 2005;23:94-102.