

Fiebre botonosa mediterránea «like» por *Rickettsia sibirica mongolitimonae* en la consulta de atención primaria

Mediterranean spotted fever «like» due to *Rickettsia sibirica*
mongolitimonae in the primary care practice

Mercedes Cemeli Cano,* Ma. Luz Rodríguez Sanz,* Paula Vidal Lana,*
Leire Arlabán Carpintero,* Sara Laliena Aznar,† Eva Ma. Jiménez Pérez*

* Pediatra. CS Valdespartera, Zaragoza. España.

† Pediatra. CS Cuarte, Zaragoza. España.

RESUMEN

Se presenta el caso de un niño de seis años que acude a la consulta de atención primaria por fiebre y dos lesiones costrosas, una en el cuero cabelludo y otra en tronco, así como adenopatías céntrico-occipitales, tras picadura de una garrapata, en un lapso de 24 horas. El diagnóstico inicial es de una rickettsiosis, en concreto, de un cuadro de TIBOLA, que tras la aparición de exantema generalizado palmoplantar se cambió a fiebre botonosa mediterránea (FBM). Sin embargo, la serología de *Rickettsia conorii* fue negativa, pero la PCR (reacción en cadena de la polimerasa) de la escara fue positiva para *Rickettsia sibirica*, más común productora de FBM asociada a linfangitis o cuadros de FBM «like». Tras tratamiento con azitromicina se evidencia la desaparición de la fiebre en un lapso de 48 horas, más progresión de las lesiones cutáneas y adenopatías a lo largo de 20 días.

Palabras clave: fiebre botonosa mediterránea «like», linfadenopatía, rickettsiosis, *Rickettsia sibirica*.

ABSTRACT

We present the case of a six-year-old boy who was attended at primary care center due to fever and two scabby lesions, one on the scalp and the other on the trunk, as well as cervical-occipital lymphadenopathies, after a tick bite 24 hours ago. The initial diagnosis is rickettsiosis, specifically of TIBOLA, which, after the appearance of a generalized palmar and plantar rash, was changed to Mediterranean spotted fever (MBF). However, serology for *Rickettsia conorii* was negative but the eschar PCR (polymerase chain reaction) was positive for *Rickettsia sibirica*, the most common producer of FBM associated with lymphangitis or «like» FBM. After treatment with azithromycin, fever disappeared within 48 hours and more progressive, of skin lesions and lymphadenopathy over 20 days later.

Keywords: mediterranean spotted fever, lymphadenopathie, rickettsiosis, *Rickettsia sibirica*.

INTRODUCCIÓN

Las rickettsiosis transmitidas por picadura de garrapatas están aumentando su prevalencia en las consultas de atención primaria, a raíz de nuevas especies descritas en los últimos años. La más frecuente en nuestro medio es la infección por *Rickettsia conorii*, causante de la fiebre botonosa mediterránea (FBM). Sin embargo, debemos tener

en cuenta el aumento de casos del resto de Rickettsias en nuestro país, que pueden producir cuadros como TIBOLA (*tick-borne lymphadenopathy*) o DEBONEL (*dermacentor-borne necrosis eritema lymphadenopathy*) o FBM asociada a linfangitis (LAR: rickettsiosis asociadas a linfangitis), esta última producida por *Rickettsia sibirica* que fue aislada inicialmente en 1991 en Mongolia y que es transmitida por la garrapata *Hyalomma asiaticum*.¹

Citar como: Cemeli CM, Rodríguez SML, Vidal LP, Arlabán CL, Laliena AS, Jiménez PEM. Fiebre botonosa mediterránea «like» por *Rickettsia sibirica mongolitimonae* en la consulta de atención primaria. Rev Latin Infect Pediatr. 2022; 35 (3): 122-124. <https://dx.doi.org/10.35366/108136>

Recibido: 12-08-2022. Aceptado: 09-09-2022.



CASO CLÍNICO

Paciente varón de seis años, de origen español, sin antecedentes de interés ni viajes previos, que acude a consulta con fiebre, adenopatías cervico-occipitales bilaterales y dos lesiones cutáneas: una en el cuero cabelludo (*Figura 1*) y otra en el tronco con días de evolución. En la exploración se observa una lesión costrosa en el cuero cabelludo occipitoparietal, de 2 x 2 cm, y otra a nivel torácico izquierdo. De la misma manera, se observan dos adenopatías cervicales bilaterales, la mayor de ellas de aproximadamente 2 cm de diámetro, bien definidas, elásticas, no adheridas y ligeramente dolorosas a la palpación, sin otros hallazgos de interés. Los padres refieren que la picadura de la garrapata ocurrió el día anterior, mientras jugaba con algunos perros.

Ante la sospecha de TIBOLA, se inicia tratamiento con azitromicina con dosis de 10 mg/kg/día durante cinco días y se solicita serología para *Rickettsia conorii*, que es negativa.

Se recoge muestra de las lesiones cutáneas y es enviada al centro nacional de microbiología para la determinación de *Rickettsia spp.* mediante técnica de PCR (reacción en cadena de la polimerasa), con resultado positivo para *Rickettsia sibirica mongolitimoniae*.

A las 24 horas de la medicación pautada, inicia con un exantema macular confluyente generalizado palmoplantar, con persistencia de fiebre elevada, adenopatías y lesiones cutáneas. Se mantiene tratamiento antibiótico pautado ante la sospecha de FBM. El control posterior a las 48 horas se encuentra afebril con mejoría del exantema. La adenopatía de mayor tamaño y las escaras cutáneas persistieron hasta 20 días después con desaparición posterior.

DISCUSIÓN

Las rickettsiosis están aumentando su incidencia en nuestro entorno de atención primaria (AP) a raíz de nuevas especies descritas en los últimos años.^{2,3} La más frecuente en nuestro medio es la infección por *Rickettsia conorii*, que produce la FBM; sin embargo, hay que realizar un buen diagnóstico diferencial con otro tipo de *Rickettsias*: *R. slovacica*, responsable de la entidad llamada TIBOLA o *R. sibirica* que comparte similares características clínicas con la FBM asociada a linfangitis.

Aunque la infección por *Rickettsia conorii* fue aislada por primera vez en 1991 en Mongolia, la

primera confirmación serológica en humanos fue en el sur de Francia en 1996 y desde entonces ha sido descrita en diversos países europeos y africanos. Desde los primeros casos se ha intentado realizar un perfil epidemiológico y clínico que permitiera su diferenciación con el resto de especies en nuestro medio. La *Rickettsia sibirica* se presenta fundamentalmente en los meses de primavera, cuyo vector descrito es *Hyalomma asiaticum*.¹ Los reservorios son roedores y perros. A pesar de ser endémica en Asia Central y producir el tifus siberiano por garrapatas, en España está siendo considerada como una de las especies emergentes con riesgo alto.⁴

El cuadro clínico descrito con más frecuencia es el dermolinfangitis y adenopatías regionales.⁵ No obstante, tal y como muestra este caso, existe un gran polimorfismo clínico que probablemente dependa de las características del huésped y no tanto del patógeno.^{6,7}

La clínica se caracteriza por una erupción maculopapular difusa, cefaleas, inflamación conjuntival y una pequeña escara en el lugar de la picadura de la garrapata. El periodo de incubación fluctúa en torno a 4-7 días, con un intervalo de tres a 18 días. La picadura de las garrapatas puede progresar hacia una lesión ulcerada y necrosada; causa enfermedad rickettsial leve típica, con fiebre, cefalea, mialgia, linfadenopatía regional, síntomas en el sistema nervioso central y erupción, en ocasiones purpúrica; dura de seis a 10 días sin tratamiento.⁸



Figura 1: Lesión costrosa dérmica en cuero cabelludo.

El diagnóstico de sospecha se basa fundamentalmente en las características clínicas y epidemiológicas, ya que las pruebas de confirmación son limitadas. Aunque en muchos de los casos la serología resulta negativa, tal y como le ocurrió a nuestro paciente, se ha demostrado que en 45-60% de los casos se considera positiva mediante reacción cruzada para otras rickettsias. Además, el diagnóstico de certeza se obtiene mediante el crecimiento de *Rickettsia sibirica* en el cultivo de la lesión cutánea y detección molecular de ADN de la misma mediante PCR.⁹

En cuanto al tratamiento, se ha demostrado eficacia con pautas de doxiciclina o azitromicina, como ocurrió en nuestro caso, con resolución de la clínica y la sintomatología asociada. Destaca la persistencia de la clínica cutánea y la adenopatía casi un mes después de la instauración del tratamiento, similar a algunos artículos publicados en los que la persistencia de los síntomas puede mantenerse hasta 18 meses en ausencia de tratamiento.¹⁰

Para concluir, es importante recordar que infecciones por diferentes rickettsias pueden producir mismas manifestaciones clínicas. En España, el cuadro de FBM por *Rickettsia conorii* puede ser producido por *R. sibirica*, entre otras. De ahí, la necesidad de tener esa sospecha clínica y acceso a las pruebas diagnósticas microbiológicas necesarias.

REFERENCIAS

1. Ramos JM, Jado I, Padilla S, Masiá M, Anda P, Gutiérrez F. Human Infection with *Rickettsia sibirica mongolitimonae*, Spain, 2007-2011. *Emerg Infect Dis.* 2013; 19 (2): 267-269.
2. Oteo JA, Portillo A. Tick-borne rickettsioses in Europe. *Ticks Tick Borne Dis.* 2012; 3: 271-278.
3. Selmi M, Bertolotti L, Tomassone L. *Rickettsia slovaca* in *Dermacentor marginatus* and tick-borne lymphadenopathy, Tuscany, Italy. *Emerg Infect Dis.* 2008; 14: 817-820.
4. Portillo A, Ruiz-Arrondo I, Oteo JA. Artrópodos vectores en España y sus enfermedades transmisibles. *Med Clin (Barc).* 2018; 151 (11): 450-459.
5. Foissac M, Socolovschi C, Raoult D. Lymphangitis-associated rickettsiosis caused by *Rickettsia sibirica mongolitimonae*. *Ann Dermatol Venereol.* 2013; 140: 521-527.
6. Ramos JM, Jado I, Padilla S, Masiá M, Anda P, Gutiérrez F. Human infection with *Rickettsia sibirica mongolitimonae*, Spain, 2007-2011. *Emerg Infect Dis.* 2013; 19: 267-269.
7. Ibarra V, Portillo A, Palomar AM, Sanz MM, Metola L, Blanco JR, Oteo JA. Septic shock in a patient infected with *Rickettsia sibirica mongolitimonae*, Spain. *Clin Microbiol Infect.* 2012; 18: 283-285.
8. Mutz I. Las infecciones emergentes transmitidas por garrapatas. *Ann Nestlé [Esp].* 2009; 67: 123-134.
9. Sousa R, Pereira BI, Nazareth C, Cabral S, Ventura C, Crespo P et al. *Rickettsia slovaca* infection in humans, Portugal. *Emerg Infect Dis.* 2013; 19: 1627-1629.
10. Martínez Castellón D, Doste Larrull DI, Sanz Cardiel A, Rodríguez Mañas J. Rickettsiosis, un caso de TIBOLA. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2016; 70: 157-160.

Conflicto de intereses: los autores declaran no presentar conflicto de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Financiamiento: dicho trabajo no ha contado con ningún tipo de financiamiento.

Correspondencia:

Mercedes Cemeli Cano

E-mail: mcemeli@salud.aragon.es