

RESPUESTA AL CASO CLÍNICO ¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

doi: 10.35366/121976

Respuestas al caso clínico «Fiebre aguda con exantema: aproximación al diagnóstico diferencial»¹

Answers to the clinical case «Acute fever with rash: approach to differential diagnosis»

Asia Castro Pérez*

* Adscrita a Infectología, Hospital Infantil de Especialidades de Chihuahua. México.

¹ Sección a cargo del Dr. Giancarlo Hernán Cristerna Tarrasa. Servicio de Infectología Pediátrica.

Respuestas que sugieren al cuestionario

- Pregunta 1. a
Pregunta 2. a
Pregunta 3. d
Pregunta 4. c

La fiebre manchada de las montañas rocosas (RMSF, por sus siglas en inglés) es una enfermedad febril transmitida por garrapatas y causada por la bacteria *Rickettsia rickettsii*. Se trata de la rickettsiosis más grave y frecuente en América del Norte.

R. rickettsii es un cocobacilo intracelular obligado, inmóvil, débilmente gramnegativo, de tamaño pequeño (0.3-0.7 por 0.8-2.0 µm). Infecta principalmente las células endoteliales y de músculo liso en vasos pequeños y medianos, causando vasculitis generalizada. Esto genera lesiones petequiales en piel, aumento de la permeabilidad vascular, microhemorragias y consumo plaquetario, que pueden evolucionar a edema pulmonar, edema cerebral y daño multiorgánico.¹

EPIDEMIOLOGÍA

Los seres humanos no son reservorios naturales de *R. rickettsii*. La transmisión ocurre por la picadura de garrapatas infectadas, en las cuales

la bacteria no ocasiona enfermedad. En Estados Unidos, los vectores principales son la garrapata del perro americano (*Dermacentor variabilis*) y la garrapata de la madera de las montañas rocosas (*Dermacentor andersoni*). En México, el vector más importante es la garrapata café del perro (*Rhipicephalus sanguineus*). También se han identificado especies del género *Amblyomma* como posibles vectores, aunque su papel no está claramente definido. Todas las etapas activas de *R. sanguineus* (larva, ninfa y adulto) pueden transmitir la bacteria al humano. En contraste, en *Dermacentor*, sólo los adultos son responsables de la transmisión.²

La presencia de perros callejeros facilita la diseminación de garrapatas, aumentando el riesgo de infección en humanos. Los niños menores de 10 años representan una proporción importante de los casos, probablemente por su cercanía con animales y actividades al aire libre. Las garrapatas se encuentran en zonas montañosas, áreas de pasto, parques y zonas residenciales, con mayor actividad en primavera y verano.³

CUADRO CLÍNICO

El periodo de incubación es corto, de 3 a 12 días tras la mordedura de una garrapata infectada. La tríada clásica de fiebre, exantema y antecedente

<https://dx.doi.org/10.35366/121976>

Recibido: 24-09-2025. Aceptado: 03-10-2025.



de mordedura sólo aparece en una minoría de los pacientes. En un comienzo los síntomas incluyen fiebre de inicio súbito, cefalea, escalofríos, malestar general y mialgias. Pueden añadirse náusea, vómito, dolor abdominal, anorexia y fotofobia.⁴

El exantema característico aparece entre el segundo y el cuarto día posteriores al inicio de la fiebre. Es maculopapular y eritematoso. Inicia en tobillos, muñecas y antebrazos, extendiéndose a palmas, plantas, tronco y cara. Conforme avanza, las lesiones pueden tornarse petequiales. En niños menores de 15 años, el exantema es más frecuente y temprano. Otros hallazgos clínicos incluyen dolor abdominal que simula cuadros de apendicitis o colecistitis, diarrea, inyección conjuntival, edema periorbitario, hepatomegalia y esplenomegalia.

Las formas graves incluyen meningoencefalitis, lesión renal aguda, síndrome de distrés respiratorio agudo, necrosis cutánea, choque, arritmias y crisis convulsivas. También se han descrito vasculitis similares a la enfermedad de Kawasaki. Las secuelas neurológicas crónicas pueden ser parálisis, pérdida auditiva, neuropatía periférica, incontinencia y disfunción motora o cerebelosa. La gangrena cutánea puede resultar en amputación.⁵

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico definitivo se realiza con inmunofluorescencia indirecta (IFI), considerada el estándar de oro. En fases iniciales, la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) permite detectar ADN de *R. rickettsii*. Los hallazgos de labora-

torio incluyen trombocitopenia, hiponatremia y elevación leve de transaminasas. El líquido cefalorraquídeo suele mostrar pleocitosis linfocítica leve, proteínas discretamente elevadas y glucosa normal.⁶

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN FIEBRE Y EXANTEMA

Durante las fases iniciales, las enfermedades transmitidas por garrapatas son clínicamente indistinguibles de múltiples enfermedades virales exantemáticas, especialmente en la población pediátrica. Pueden simular gastroenteritis viral, infecciones del tracto respiratorio superior, neumonía, infecciones de vías urinarias, sepsis bacteriana, trombocitopenia inmune primaria, vasculitis idiopáticas o meningoencefalitis de origen viral o bacteriano. Se enlistan en la *Tabla 1* los diagnósticos diferenciales que se presentan con exantema y fiebre que debe sospecharse y descartarse.

PRONÓSTICO

El retraso en el inicio del tratamiento es el factor de riesgo más importante asociado con la mortalidad. La mortalidad general oscila entre 5 y 10% si el tratamiento se inicia temprano, pero puede alcanzar hasta 40-50% cuando se retrasa más allá de ocho a nueve días. Los factores de riesgo para desenlace fatal incluyen: menores de 10 años, mayores de 40 años, consumo crónico de alcohol y deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa.⁵

Tabla 1: Diagnósticos diferenciales en fiebre y exantema.

Infecciones bacterianas	Infecciones virales	Otras enfermedades
Meningococemia	Pie, mano, boca	Exantema por medicamentos
Sífilis secundaria	Roséola	Enfermedad de Kawasaki
Infección gonocócica diseminada	Varicela	Trombocitopenia inmune primaria
Endocarditis	Sarampión	Púrpura trombocitopénica
Escarlatina	Mononucleosis	Síndrome de choque tóxico
Enfermedad de Lyme	Rubéola	Eritema multiforme
Leptospirosis	Infección aguda por VIH	Síndrome de Stevens-Johnson
Tifus murino	Parvovirus B19	
Tifus endémico	Dengue	
Neumonía por <i>Mycoplasma</i>	Chikungunya	
Fiebre tifoidea o paratifoidea	Zika	
	Fiebres hemorrágicas virales	

PREVENCIÓN

Actualmente no existe vacuna contra la fiebre manchada de las montañas rocosas. La prevención se centra en evitar la mordedura de garrapatas mediante uso de ropa protectora, repelentes, revisiones frecuentes en piel, mascotas y ropa, así como control ambiental en viviendas y patios. El retiro oportuno de garrapatas antes de que se adhieran y piquen puede reducir el riesgo de transmisión, ya que se ha documentado que la infección ocurre después de un promedio de 2 a 20 horas de fijación de la garrapata.³

REFERENCIAS

1. Silva-Ramos CR, Hidalgo M, Faccini-Martínez AA. Clinical, epidemiological, and laboratory features of *Rickettsia parkeri* rickettsiosis: a systematic review. *Ticks Tick Borne Dis.* 2021; 12 (4): 101734.
2. Jorge Zavala C, Alfredo Ruiz S, Jorge Zavala V. Las rickettsias del grupo de las fiebres manchadas: Respuesta

inmune y sus proteínas inmunodominantes. *Rev Med Chil.* 2004; 132 (3): 381-387.

3. Biggs HM, Behravesh CB, Bradley KK, Dahlgren FS, Drexler NA, Dumler JS et al. Diagnosis and management of tickborne rickettsial diseases: rocky mountain spotted fever and other spotted fever group rickettsioses, ehrlichioses, and anaplasmosis - United States. *MMWR Recomm Rep.* 2016; 65 (2): 1-44.
4. Santamaría-Arza C, Reyes-Gómez U, Reyes-Hernández K, López-Cruz G, López-Días A, Quero-Hernández A et al. Rickettsiosis conceptos básicos. *Sal Jal.* 2018; 5 (2): 113-121.
5. Rathi N, Kulkarni A, Yewale V; For Indian Academy of Pediatrics Guidelines on Rickettsial Diseases in Children Committee. IAP guidelines on rickettsial diseases in children. *Indian Pediatr.* 2017; 54 (3): 223-229.
6. CENAPRECE. Programa de acción específico: Prevención y control de las rickettsiosis [Internet]. México: Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades; 2018. p. 54. Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PrevencionControlRickettsiosis2013_2018.pdf

Correspondencia:

Dra. Asia Castro Pérez

E-mail: asiacastro90@gmail.com

Ver caso clínico y preguntas
<https://dx.doi.org/10.35366/121973>