

# Afectación ocular en un caso de fiebre botonosa mediterránea

J. Colome<sup>1</sup>  
MC. Baubi<sup>2</sup>  
M. Forcadell<sup>2</sup>  
MT. Forteza<sup>2</sup>  
A. Pino<sup>2</sup>  
M. Shahin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Doctor en Medicina  
<sup>2</sup>Licenciado en  
Medicina  
Hospital Verge  
de la Cinta  
Tortosa

## Resumen

Presentamos un caso clínico de afectación ocular por fiebre botonosa mediterránea tras la picadura de una garrapata.

## Resum

Es presenta el cas d'un pacient amb afectació ocular per febre botonosa mediterrània secundari a la picada d'una paparra.

## Summary

The aim of this communication is to present a rickettsiosis clinical case with ocular pathology.

## Introducción

Las rickettsias del grupo de las fiebres exantemáticas son bacterias gramnegativas transmitidas por artrópodos que causan una variedad de enfermedades de distribución geográfica limitada<sup>1</sup>. En la península ibérica se han descrito dos enfermedades causadas por miembros de este grupo de patógenos: la fiebre botonosa mediterránea y el síndrome DEBONEL (Dermacentor-borne-necrosis-erythema-lymphadenopathy)<sup>2</sup> o TIBOLA (tick-borne lymphadenopathy)<sup>3</sup>. La patogenia común a todas consiste en una vasculitis de pequeños vasos por infección directa de células endoteliales, produciéndose una pléyade de focos de vasculitis multisistémica (nódulos perivasculares de Fraenkel<sup>4</sup>). Recientemente este género ha suscitado un destacado interés por su capacidad potencial de ser utilizadas como armas biológicas<sup>5</sup>.

## Caso clínico

Varón de 24 años de edad, de profesión pastor de ganado vacuno, que acude de urgencias por presen-

tar en extremidades superiores e inferiores y cara un exantema maculopapuloso de 4 días de evolución (Figura 1), acompañado de fiebre, cefalea y artromialgias.

Entre los antecedentes personales recordaba que hacía unos 10 días había sufrido una picadura por garrapata localizada en axila superior derecha.

En la exploración oftalmológica objetivamos una lesión pustulosa a nivel del párpado superior del ojo derecho (Figura 2) así como una episcleritis focal en área nasal del mismo ojo (Figura 3). El resto de la exploración se encontraba dentro de la normalidad. Las radiografías realizadas, así como los resultados de las analíticas de orina no objetivaron hallazgos patológicos y en la analítica de sangre se encontró una VSG y proteína C reactiva elevadas.

Se sospechó como diagnóstico inicial el de fiebre botonosa mediterránea pautando tratamiento tópico y sistémico con tetraciclinas, siendo la evolución del cuadro favorable. El resultado serológico posterior bajo inmunofluorescencia indirecta con positividad para las IgG e IgM para rickettsia connori confirmó la sospecha diagnóstica inicial.

Correspondencia:  
Jordi Colome  
Esplanetes, 144  
43500 Tortosa  
E-mail:  
4304481@comt.org

**Figura 1.**  
Lesiones en el dorso de las manos



**Figura 2.**  
Lesión maculopapulosa localizada en el párpado superior



**Figura 3.**  
Las lesiones de la mucosa conjuntival son secundarias a procesos vasculíticos



## Discusión

La fiebre botonosa es la rickettsiosis exantemática más frecuente en los países de la cuenca mediterránea. El agente causal es la rickettsia conorii. Puede parasitar diversos ácaros, que actúan como vectores. El vector principal de la enfermedad es la garrapata del perro (*Rhipicephalus sanguineus*). Los huéspedes habituales son pequeños mamíferos roedores y perros. El hombre se encuentra como un huésped accidental en el ciclo biológico de las garrapatas. Aunque casi en un 75% de los casos asocian una escara negra (tache noire) en la zona de la inoculación, este hallazgo no se identificó en este paciente.

Las manifestaciones oftalmológicas más frecuentes de las rickettsiosis son las conjuntivitis con microhemorragias causadas por vasculitis que se encuentran en 1/3 de los casos y que pueden presentarse desde una forma leve hasta granulomatosa. Con menor frecuencia se han descrito uveitis anteriores o posteriores, endoftalmitis, ingurgitación venosa, papiledema, exudados algodonosos, neuropatía óptico-isquémica, hemorragias retinianas, neurorretinitis y obstrucciones arteriales<sup>6</sup>.

## Bibliografía

1. Raoult D, Roux V. Rickettsiosis as paradigms of new or emerging infectious diseases. *Clin Microbiol Rev.* 1997;10:694-719.
2. Oteo JA, Ibarra V. DEBONEL (Demacentor-borne-necrosis-erythema-lymphadenopathy). ¿Una nueva enfermedad transmitida por garrapatas? *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002;20:51-2.
3. Raoult D, Lakos A, Fenollar, et al. Spotless rickettsiosis caused by Rickettsia slovaca and associated with Dermacentor ticks. *Clin Infect Dis* 2002;34:1331-6.
4. Bernabeu Wittel M, Segura Porta F. Enfermedades producidas por Rickettsia. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005;23:163-72.
5. Azad AF, Radulovic S. Pathogenic rickettsiae as bioterrorism agents. *Ann N Y Acad Sci* 2003;990: 734-8.
6. Raab EL, Leopold IH, Hodey HL. Retinopathy in Rocky Mountain spotted fever. *Am J Ophthalmol* 1969;68: 42.