

# Picadura palpebral de garrapata, manejo inicial y posibles complicaciones, con relación a un caso

## Tick bite on the eyelid, treatment and possible complications, case report

M. Castro Díaz<sup>1</sup>, A. Mustafá Ikhlāq<sup>1</sup>, R. Closa Clariá<sup>2</sup>, N. Roselló Silvestre<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residente de oftalmología. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona. <sup>2</sup>Oftalmólogo adjunto. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona.

### Correspondencia:

Manuel Castro Díaz

E-mail: [manuelcastro0902@gmail.com](mailto:manuelcastro0902@gmail.com)

### Resumen

**Introducción:** Se presenta el caso de un paciente de 71 años con una picadura inadvertida de garrapata en el párpado. Como medida inicial, se extrajo el insecto. Para esto se impregnó con aceite de parafina y se retiró procurando obtenerlo de forma íntegra. El paciente fue dado de alta con tratamiento profiláctico con doxiciclina oral y eritromicina pomada tópica, advirtiéndole sobre signos de alarma.

**Discusión:** Las picaduras de garrapata y sus complicaciones son poco frecuentes. Son más comunes en época estival y en ambientes rurales. En la práctica oftalmológica es poco frecuente ver este tipo de picaduras. Su importancia radica en que estos artrópodos pueden actuar como vectores provocando distintas zoonosis e intoxicaciones, de las que la más conocida es la Fiebre Botonosa Mediterránea, de curso benigno, aunque en un 10% de los casos se puede presentar con complicaciones graves.

**Conclusión:** Es importante conocer el manejo inicial y las posibles complicaciones que pueden producir las picaduras de garrapata para prevenir graves complicaciones sistémicas.

**Palabras clave:** Picadura. Garrapata. Párpados. *Ixodes Ricinus*. Zoonosis.

### Resum

**Introducció:** Es presenta el cas d'un pacient de 71 anys amb una picada inadvertida de paparra a la parpella. Com a mesura inicial, es va extreure l'insecte. Per a això es va impregnar amb oli de parafina i es va retirar, procurant obtenir-lo de forma íntegra. El pacient va ser donat d'alta amb tractament profilàctic amb doxiciclina oral i eritromicina pomada tòpica, advertint sobre signes d'alarma.

**Discussió:** Les picades de paparra i les seves complicacions són poc freqüents. Són més comuns en època estival i en entorns rurals. A la pràctica oftalmològica és poc habitual veure aquest tipus de picades. La seva importància radica que aquests artròpodes poden actuar com a vectors provocant diferents zoonosis i intoxicacions, de les que la més coneguda és la Febre Botonosa Mediterrània, de curs benigne encara que en un 10% dels casos es pot presentar amb complicacions greus.

**Conclusió:** És important conèixer el maneig inicial i les possibles complicacions que poden produir les picades de paparra per prevenir greus complicacions sistèmiques.

**Paraules clau:** Picada. Paparra. Parpelles. *Ixodes Ricinus*. Zoonosi.

### Abstract

**Introduction:** A case of a 71-year-old patient with an inadvertent tick bite in the eyelid is presented. As an initial measure, the insect was extracted. For this it was impregnated with paraffin oil and was removed trying to obtain it in full. The patient was sent home with prophylactic treatment with oral doxycycline and erythromycin topical, warning signs were warned.

**Discussion:** Tick bites and their complications are rare. They are more common in summer and in rural environments. As ophthalmologists we are little used to this type of bites. The importance is that these arthropods can act as vectors causing different zoonoses and poisonings, best known is Mediterranean Fever, of benign course although in 10% of cases it can be accompanied by serious complications.

**Conclusion:** It is important to know the initial treatment and possible complications that can cause tick bites to prevent serious systemic complications.

**Key words:** Bite. Tick. Eyelids. *Ixodes Ricinus*. Zoonosis.

## Introducción

Algunos insectos, de manera pasiva, pueden transmitir microorganismos patógenos de un vertebrado a otro mediante las picaduras, al buscar alimentarse de la sangre de su huésped. Éstos son conocidos como vectores. Los vectores más comunes en infecciones humanas son los mosquitos y las garrapatas, pudiendo transmitir virus, bacterias y parásitos. Las garrapatas son artrópodos pertenecientes a la familia de los arácnidos. Algunas garrapatas pueden transmitir enfermedades durante el proceso de ingestión de sangre.

En España, las enfermedades más frecuentemente transmitidas por garrapatas son algunas rickettsiosis y la borreliosis de Lyme. La *Ixodes ricinus*, un tipo de garrapata dura, es el principal vector de la enfermedad de Lyme (*Borrelia burgdorferi*)<sup>1</sup>, y en menor medida de la Anaplasmosis humana (*Anaplasma phagocytophilum*), la Babesiosis (*Babesia spp*) y la Fiebre Botonosa Mediterránea (*Rickettsia spp*)<sup>2</sup>.

## Caso clínico

Paciente varón de 71 años, granjero, que consultó por visión borrosa fluctuante de ojo derecho de 4 días de evolución, sin otra sintomatología oftalmológica ni sistémica asociada. Se objetivó una agudeza visual de la unidad en ambos ojos y presión intraocular normal. En la biomicroscopía se observó un parásito marrón de 3mm adherido entre las pestañas en tercio medio del párpado superior derecho (Figura 1), compatible macroscópicamente con una garrapata. El resto de la exploración oftalmológica fue normal.

Después de intentar fallidamente la extracción simple con pinzas de punta fina, se impregnó el insecto con aceite de parafina (Figura 2) y se procedió a la extracción lenta y cuidadosa, procurando obtenerlo de forma íntegra sin aplastar su cuerpo (Figura 3).



Figura 1. Garrapata entre pestañas del párpado superior.



Figura 2. Aplicación de aceite de parafina.



Figura 3. Izquierda: Extracción cuidadosa de la garrapata. Derecha: Garrapata común íntegra (*Ixodes ricinus*).

Se realizó una exploración general del resto del cuerpo del paciente, principalmente de las zonas de pliegues, descartando la presencia de más organismos. Se envió la muestra a microbiología, siendo informada como garrapata *Ixodes ricinus*. El paciente fue dado de alta con tratamiento profiláctico durante 5 días con doxiciclina oral 200 mg/día y eritromicina pomada tópica cada 8 horas, advirtiendo sobre posibles signos de alarma.

El paciente no desarrolló complicaciones en los 2 años posteriores a la visita.

## Discusión

En España, la época de mayor densidad de garrapatas es de mayo a octubre, y se localizan principalmente en zonas rurales. Es frecuente que la picadura sea indolora y que las garrapatas prefieran zonas cálidas y húmedas del cuerpo. Por este motivo, es importante que al encontrar una garrapata adherida a la piel se realice

una revisión meticulosa del resto del cuerpo, sobre todo de las zonas de pliegues<sup>3</sup>. Como oftalmólogos muchas veces la práctica clínica se limita a la exploración de los ojos y la región periocular; sin embargo, es importante considerar la exploración general y tener en cuenta las manifestaciones sistémicas de algunas patologías que se deben recordar frente a una picadura de garrapata, para poder sospecharlas y derivarlas de forma adecuada.

La enfermedad de Lyme, la Anaplasmosis humana, la Babesiosis y la Fiebre Botonosa Mediterránea son enfermedades muy poco frecuentes, y su contagio se relaciona de manera directa con el tiempo que permanece la garrapata adherida a la piel. Tienen en común que se presentan habitualmente como un cuadro pseudogripal con distinto grado de compromiso del estado general, asociado a exantema. En algunos casos, como en la enfermedad de Lyme, este cuadro se sigue de manifestaciones específicas como las neurológicas, como parálisis facial periférica que puede ser bilateral, radiculopatía con pleocitosis linfocitaria en líquido cefalorraquídeo (síndrome de Bannwarth) y, más raramente, pericarditis<sup>4</sup>. Por lo anterior, el diagnóstico requiere de un alto índice de sospecha o un antecedente claro de picadura de garrapata.

Para la extracción del artrópodo se recomienda evitar medidas como aceite, petróleo o calor, porque pueden ocasionar que regurgite y expulse su contenido más rápidamente hacia el torrente sanguíneo del paciente<sup>3</sup>. Sin embargo en el caso expuesto, después de varios intentos fallidos, se debió recurrir a aplicar aceite de parafina para facilitar la extracción íntegra del parásito, siempre cuidando de realizar una tracción perpendicular suave con las pinzas desde la zona más cercana a la piel y sin aplastar el cuerpo del artrópodo. Es recomendable comprobar la ausencia de restos adheridos a la piel y la integridad del aparato succionador de la garrapata. Se ha descrito que la dificultad para la extracción del insecto es una recomendación de profilaxis con doxiciclina oral<sup>3</sup>.

El contagio de las zoonosis está en directa relación con el tiempo de permanencia de la garrapata<sup>2</sup>. También se recomienda la pro-

filaxis si han pasado más de 72 horas desde la picadura, debido a que la transmisión de la mayoría de las enfermedades de la garrapata al humano ocurre dentro de las 36 a 72 horas.

Aunque la detección a través de métodos moleculares o inmunológicos ha mejorado, las enfermedades transmitidas por garrapatas siguen sin diagnosticarse de forma precoz, dificultando la evaluación del alcance del problema<sup>2</sup>. Es fundamental sospecharlas (fiebre, mal estado general, síndrome pseudo-gripal, erupción cutánea o síntomas hemorrágicos), procurando no dar de alta a un paciente al que se le extrae una garrapata si además presenta sintomatología sospechosa. La observación se debe realizar durante 60 días<sup>3</sup>.

## Conclusión

La mayoría de los casos de picadura de garrapata se presentan sin complicaciones asociadas y no generan mayores dificultades diagnósticas. Sin embargo, es muy importante tener claro qué es lo que no se debe hacer, además del porqué de lo que sí se ha de hacer. Debe evitarse tirar del insecto con unas pinzas hasta extraerlo, y deben tenerse presentes las consideraciones desarrolladas en esta revisión para la anamnesis, la inspección sistémica, la extracción y la profilaxis, con el objetivo de prevenir futuras complicaciones.

## Bibliografía

1. Portillo A, Santibáñez S, Oteo JA. Enfermedad de Lyme. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014;32(Supl 1):37-42.
2. Brouqui P, Bacellar F, Baranton G, Birtles RJ, Bjoërsdorff A, Blanco JR, et al. Guidelines for the diagnosis of tick-borne bacterial diseases in Europe. *Clin Microbiol Infect*. 2004;10:1108-32.
3. Buller E, Cabello J, Ibáñez MJ. Descriptive study of healthcare professionals' management of tick bites. *Medwave* 2014;14(1):e5898.
4. Madison-Antenucci S, Kramer L, Gebhardt L, Kauffman E. Emerging Tick-Borne Diseases. *Clinical Microbiology Reviews*. 2020;33:e00083-18.