

Complicación inusual de la fiebre botonosa mediterránea: uveítis sintomática

E. Fernández¹
A. Segura²
L. Sararols¹
G. Martínez¹
J. Díaz¹

¹Servicios de Oftalmología y ²Medicina Interna Hospital Vall d'Hebrón Barcelona

Resumen

Presentamos una paciente de 72 años que acudió a nuestro centro por cuadro febril con exantema cutáneo papuloso, pérdida de agudeza visual y signos de inflamación intraocular bilateral. La exploración oftalmológica mostró uveítis anterior y vitritis en ambos ojos con vasculitis retiniana en el área macular del ojo derecho. La serología fue diagnóstica de FBM. Con doxiciclina y corticoides evolucionó favorablemente. La uveítis sintomática en la FBM es excepcional.

Resum

Presentem una pacient de 72 anys que va acudir al nostre centre presentant un quadre febril amb rash cutani papulós, pèrdua d'agudesesa visual i signes d'inflamació intraocular bilateral. L'exploració oftalmològica va mostrar uveítis anterior i vitritis als dos ulls amb vasculitis retiniana a l'àrea macular de l'ull dret. La serologia va ésser diagnòstica de FBM. Amb doxiciclina i corticoids va evolucionar favorablement. La uveítis simptomàtica en la FBM és excepcional.

Summary

A 72 year old patient with fever, skin rash, decreased visual acuity and signs of bilateral intraocular inflammation is reported. Anterior uveitis and vitritis were observed in both eyes and retinal vasculitis in the macular area in RE. Serology was diagnostic for MSF. Doxycycline and cortisone were administered with resolution of the disease. Symptomatic uveitis in MSF is extremely rare.

La fiebre botonosa mediterránea (FBM), causada por *Rickettsia conorii* y transmitida por la garrapata del perro, es la rickettsiosis más frecuente de los países mediterráneos¹⁻³. Clínicamente se manifiesta como una enfermedad aguda, febril, de curso benigno, con cefalea, artromialgias, exantema maculopapuloso y una lesión de inoculación o mancha negra presente en el 75% de los casos. De forma excepcional se han descrito en la literatura diversas complicaciones oculares como uveítis, vasculitis retinianas con oclusiones arteriales y más frecuentemente venosas casi siempre asintomáticas⁴⁻¹⁰. Presentamos un caso de FBM que desarrolló uveítis con vasculitis retiniana sintomática.

Mujer de 72 años con antecedentes de HTA en tratamiento con diuréticos tiazídicos y espóndiloartropatía

cervicodorsal. Acudió a nuestro servicio de urgencias tras 9 días con fiebre de hasta 40°, escalofríos, sudoración, mialgias, cefalea y postración general que al tercer día se acompañó de un exantema maculopapuloso en tronco, extremidades, palmas y plantas. En la exploración física destacaba el exantema y la mancha negra en la región dorsolumbar derecha. Hemograma, bioquímica y VSG dentro de los parámetros normales. La IFI para la determinación de anticuerpos anti-*Rickettsia conorii* fue positiva a títulos 1/2560. Dado el cuadro clínico y el resultado de la serología se diagnosticó de FBM y se inició tratamiento con doxiciclina a dosis de 100 mg/12 horas durante 4 días.

Al segundo día de su ingreso, se consultó con nuestro Servicio de Oftalmología por disminución de agudeza

Correspondencia:
Estrella Fernández
Hospital Vall d'Hebrón
Servei d'Oftalmologia
Passeig Vall d'Hebrón,
119-229
08035 Barcelona

Figura 1.
Oclusión arteriolar con vasculitis y edema retiniano localizado

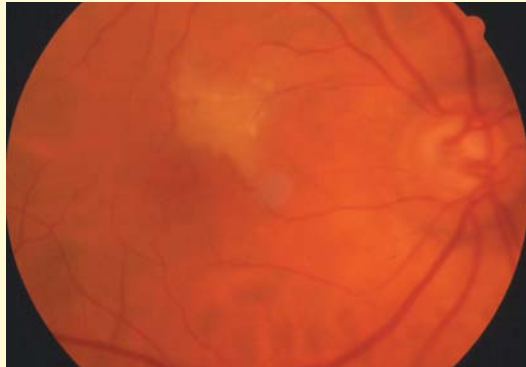
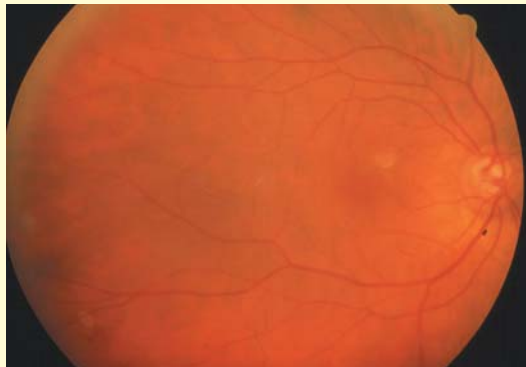


Figura 2.
Resolución parcial del edema retiniano y vasculitis



visual AO (0,25 OD/ 0,16 OI) y midesopsias en ambos ojos.

En el estudio oftalmológico se detectó una uveítis anterior bilateral +2 con vitritis +1 en ambos ojos, así como una lesión blancomarillenta retiniana yuxtamacular superior OD que no afectaba fovea acompañada de vasculitis arteriolar localizada (Figura 1). La AGF puso de manifiesto la presencia de periarteritis en el área macular superior del ojo derecho que se correspondía con los hallazgos oftalmoscópicos. Se añadió al tratamiento de doxiciclina, corticoides sistémicos (metilprednisolona 60mg/ día vía oral) y tópicos (dexametasona colirio, 1gota cada 4 horas en ambos ojos). Al séptimo día de tratamiento persistía vitritis bilateral y edema retiniano sobre el haz papilomacular superior, compatible con una zona de isquemia retiniana secundaria a la vasculitis. Los síntomas sistémicos habían remitido y la AV había mejorado a 0,4 / 0,4 para esta fecha.

A los 15 días de tratamiento persistía perivasculitis paramacular aunque el edema retiniano era menor, iniciándose la pauta descendente de corticoides (Figura 2).

A las 11 semanas en el fondo de ojo se objetivaba fibrosis perivascular arteriolar yuxtamacular con una AV de 0,6 / 0,8 y se finalizó el tratamiento.

En la actualidad la paciente no ha sufrido cambios oftalmoscópicos ni de AV, aunque se aprecia una leve alteración del epitelio pigmentado yuxtamacular superior OD.

La FBM es una enfermedad de interés creciente, de curso generalmente benigno. Si bien las uveítis asintomáticas superan el 60% según algunas series, en contadas ocasiones produce sintomatología ocular. Hay que tener en cuenta la capacidad de la FBM de producir vasculitis a nivel ocular ya que aunque estas se recuperen generalmente sin tratamiento, en ocasiones pueden llegar a producir trombosis venosas, infartos retinianos, exudados e inflamación ocular.

Bibliografía

1. Raoult D, Weiller JP, Chabnon A, Chautaud H, Gallais H, Casanova P. Mediterranean spotted fever: clinical, laboratory and epidemiological features of 199 cases. *Am J Trop Med Hyg* 1986;35:845-50.
2. Font B, Bella F, Espejo E, et al. Mediterranean spotted fever: a cooperative study of 227 cases. *Rev Infect Dis* 1985;7:635-42.
3. Font B, Espejo E, Muñoz T, Uriz S, Bella F, Segura F. Fiebre botonosa mediterránea. Estudio de 246 casos. *Med Clin (Barc)* 1991;96:121-5.
4. Pennell D, Grundy HC, Joy MD. Mediterranean spotted fever presenting as acute leucocytoclastic vasculitis. *Lancet* 1988;1:1393-4.
5. Espejo E, Bella F, Espauella J, Romanillos T. Mediterranean spotted fever presenting as oculoglandular syndrome. *Trans Soc Infect Microbiol clin Trop Med Hyg* 1988;82:642.
6. Adan A, López A, Moser C, Coca A. Use of steroids and heparin to treat retinal arterial occlusion in MFF. *J Infect Dis* 1988;158:1139.
7. Vicente V, Alberca J, Ruiz R, Herrero I, González R, Portugal J. Coagulation abnormalities in patients with MSF. *J Infect Dis* 1986;153:128-31.
8. Allio J, Ruis-Beltran J, Herrero I, Hernandez E, Guinaldo JV, Millan A. Retinal manifestations of Mediterranean spotted fever. *Ophthalmologica* 1987;195:31-7.
9. Rizo AE, Muñoz O, Cristóbal A, Miranda ML. A case of bilateral uveitis secondary to Mediterranean spotted fever. *Clin Inf Dis* 1992;14:624-5.
10. Rubio MT, Samperiz A, Alonso J, Escolar F, Olaz F. Complicación inusual de la fiebre botonosa mediterránea. Trombosis venosa profunda. *Rev Esp Microbiol clin* 1989;4:521-2.