

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Garrapata complicada



Complication of a Tick Bite

Historia clínica

Una mujer de 56 años, sin antecedentes de interés, acudió en el mes de octubre al Servicio de Urgencias por portar adherida al cuero cabelludo una garrapata (fig. 1). En los 15 días previos había estado en contacto con el medio rural. Se efectuó la extracción del hipostoma de la garrapata de forma íntegra mediante su tracción con una pinza roma. A las 48 h presentó, en la zona de la picadura, la aparición de una lesión indurada acompañada de varios picos de febrícula (37,8 °C), que fueron objetivados en Urgencias.

Exploración física

A la exploración presentaba una escara necrótica cubierta de una costra melicérica, sin la presencia de un eritema perilesional (fig. 2), además de una placa eritemato-edematosa, mal delimitada, que se extendía desde el punto de la picadura hasta la región labial y cubría toda la región frontal y periorbitaria (fig. 3). Presentaba unas adenopatías cervicales palpables, bilaterales, tanto anteriores como posteriores, muy dolorosas.

Pruebas complementarias

Se realizó una analítica sanguínea básica que incluyó el hemograma y la coagulación, sin alteraciones, y una eleva-



Figura 2



Figura 3



Figura 1

ción de las enzimas hepáticas GOT (43 UI/L), GPT (53 UI/L) y una discreta elevación de la PCR (5,37 mg/L). La serología para *Rickettsia conorii* y para *Borrelia burgdorferi* fue negativa. La garrapata extraída fue identificada como una hembra de *Dermacentor marginatus*.

¿Cuál es su diagnóstico?

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2022.07.045>

0001-7310/© 2023 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Diagnóstico

Escara necrótica y linfadenopatía por picadura de garrapata (también conocida como TIBOLA, por su nombre en inglés: *tick-borne lymphadenopathy*).

Evolución y tratamiento

Tras la administración de doxiciclina 200 mg diarios durante 15 días y la aplicación de ácido fusídico en crema sobre la costra melicérica, la paciente experimentó la desaparición de los síntomas y el desprendimiento de la escara necrótica, así como una normalización de la PCR y los valores de las enzimas hepáticas, previamente alteradas.

Comentario

La picadura de garrapata constituye un motivo de consulta relativamente frecuente en nuestro país, especialmente en la época estival¹. Existen más de 800 especies de garrapatas que se alimentan anclándose a la piel, con una predilección por los pliegues y el cuero cabelludo.

En un pequeño porcentaje de las picaduras de garrapata se pueden producir complicaciones de tipo «enfermedades transmitidas por garrapata» (ETG). Existe una cierta especificidad entre cada ETG y cada especie de garrapata. En nuestro medio las más frecuentes son la enfermedad de Lyme, transmitida por *Ixodes ricinus*, la fiebre botonosa del Mediterráneo, transmitida por *Rhipicephalus sanguineus*, y la escara necrótica y linfadenopatía por picadura de garrapata, transmitida por *D. marginatus*. Otras enfermedades menos frecuentes son la anaplasmosis humana o la babesiosis. Además, de forma esporádica, se han descrito casos de tularemia y de fiebre de Crimea-Congo².

En relación con la linfadenopatía por picadura de garrapata, ha sido descrita bajo diferentes denominaciones en la literatura: TIBOLA, DEBONEL (*dermacentor-borne necrosis eritema lymphadenopathy*) o SENLAT (*scalp eschar and neck lymphadenopathy*). Los principales agentes causales de esta enfermedad son la *Rickettsia slovaca*, la *Rickettsia raoultii* o la *Rickettsia rioja*, siendo su vector de transmisión las garrapatas del género *Dermacentor*, ampliamente distribuidas por España³. Al contrario que la mayoría de picaduras de garrapata, estas predominan durante el otoño y el invierno.

Debemos sospechar este cuadro cuando un paciente presenta antecedentes de picadura de garrapata, una escara

necrótica en el punto de la picadura y adenopatías laterocervicales y posteriores dolorosas, acompañadas de febrícula o fiebre de bajo grado. El diagnóstico es fundamentalmente clínico⁴. La analítica sanguínea puede mostrar una ligera transaminasemia. En algunos centros se dispone de métodos de identificación de la garrapata, así como serología específica y detección mediante reacción en cadena de polimerasa (PCR) de *Rickettsia slovaca* en la propia escara⁵.

Es importante iniciar el tratamiento ante la sospecha clínica sin esperar la confirmación diagnóstica. El tratamiento de elección se realiza con doxiciclina 100 mg cada 12 h durante 5-15 días.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Sanantonio Valdearcos F, Otero Reigada MC. TIBOLA: enfermedad emergente producida por picadura de garrapata. *Pediatr Aten Primaria*. 2015;17:e193-5.
2. Martínez-Castillón D, Doste-Larrull DI, Sanz-Cardiel A, Rodríguez-Mañas J. Rickettsiosis, un caso de TIBOLA. *Pediatr Aten Primaria*. 2016;18:157-60.
3. Pérez-Pérez L, Portillo A, Allegue F, Zulaica A, Oteo JA, Caeiro JL, et al. Dermacentor-borne Necrosis Erythema and Lymphadenopathy (DEBONEL): A case associated with *Rickettsia rioja*. *Acta Derm Venereol*. 2010;90:214-5.
4. Campayo Losa F, Almendros Vidal J, Leandro Fonseca AL, Olmos García JM. Fiebre y tumefacción cervical dolorosa tras picadura de garrapata. *Pediatr Integral*. 2016;20:347.
5. Santibáñez S, Portillo A, Santibáñez P, Palomar AM, Oteo JA. Usefulness of rickettsial PCR assays for the molecular diagnosis of human rickettsioses. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31:283-8.

L. Fernández de la Fuente*, S. Herrero Ruiz y B. Echeverría

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lfdelafuente@salud.madrid.org (L. Fernández de la Fuente).