



# medicina intensiva

www.elsevier.es/medicina-intensiva



## CARTAS AL DIRECTOR

### Síndrome de distrés respiratorio agudo secundario a fiebre botonosa mediterránea maligna

#### Acute respiratory distress syndrome secondary to malignant Mediterranean spotted fever

Sr. Director:

La fiebre botonosa mediterránea (FBM) es producida por el cocobacilo gramnegativo *Rickettsia conorii*. Se presenta como una enfermedad benigna; sin embargo, algunos pacientes desarrollan insuficiencia multiorgánica que puede conducir a la muerte. A esta forma de la enfermedad se denomina fiebre botonosa maligna. Presentamos el caso de un varón de 68 años de edad, agricultor, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 que consultó por fiebre, diarrea, vómitos y un episodio de pérdida transitoria de conciencia. A las 24 horas presentó disnea y un infiltrado alveolar en el lóbulo superior derecho. Se inició tratamiento con imipenem y levofloxacino. En la analítica plasmática destacó: urea de 82 mg/dl, creatinina de 1,5 mg/dl; leucocitos,  $7.200 \times 10^9/l$  (el 36% de cayados), y plaquetas,  $98.000 \times 10^9/l$ . A las 48 horas apareció una erupción cutánea maculopapular, eritematosa, no pruriginosa, no confluyente, generalizada, con afección de palmas y plantas, y una lesión en la cara lateral del muslo izquierdo, descamativa, de 1 cm de diámetro, con centro necrótico y halo eritematoso. Ante la sospecha de FBM, se administró doxiciclina. A las 72 horas presentó insuficiencia respiratoria grave, alteraciones en las pruebas de hemostasia y hemorragia digestiva alta, por lo que ingresó en medicina intensiva. Tras la administración de inhibidores de la bomba de protones y factores de la coagulación, la hemorragia digestiva cedió. Presentó un agravamiento progresivo de la insuficiencia respiratoria ( $PaO_2/FiO_2$ , 177), con aparición de un patrón alveolar pulmonar bilateral que requirió ventilación mecánica y decúbito prono. El análisis de lavado broncoalveolar descartó hemorragia. Se realizó una ecocardiografía que no mostró alteraciones. Al tercer día de su ingreso en medicina intensiva se añadió shock y se inició tratamiento con fluidoterapia energética, aminas vasoactivas e hidrocortisona (50 mg/6 h). A partir del sexto día mejoró progresivamente, aunque desarrolló miopatía del enfermo crítico. El vigésimo tercer día se le dio de alta y se recibió el resultado serológico positivo para *R. conorii*.

El vector principal de *R. conorii* es el ácaro *Rhipicephalus sanguineus*. Los huéspedes habituales son los pequeños roe-

dores y los perros; el hombre es un huésped accidental. Las pruebas serológicas que se emplean habitualmente dan un resultado tardío, puesto que se positivizan a las 2 semanas del inicio de los síntomas<sup>1</sup>. El diagnóstico precoz se basa en la epidemiología y la clínica (destaca la mancha negra o *tache noire*). El tratamiento puede realizarse con doxiciclina (100 mg/12 h) durante 7 días, aunque se describen también tandas cortas de sólo 1 día. Sólo un 2,5% de los casos presentan un curso grave, con una afección vascular generalizada que puede causar lesiones en riñones, hígado, bazo, pulmones, corazón, tracto gastrointestinal y sistema nervioso central. En ocasiones puede acompañarse de fenómenos tromboticos o coagulación intravascular diseminada<sup>2</sup>. La edad avanzada, la diabetes mellitus, la insuficiencia cardíaca, el alcoholismo, el retraso del tratamiento antibiótico adecuado y la subespecie *israelensis* de *R. conorii* conllevan una enfermedad grave<sup>3,4</sup>. El síndrome de distrés respiratorio agudo es secundario a vasculitis y su tratamiento con dosis altas de esteroides no está documentado. Aunque nosotros administramos hidrocortisona a nuestro paciente, se utilizaron dosis bajas con la finalidad de tratar el shock séptico. A pesar de los avances tecnológicos en el campo de la medicina, en muchos casos la semiología puede acercarnos a los diagnósticos correctos.

## Bibliografía

1. Beati L, Teyseire N, Raoul D. Kinetics of specific antibodies in Mediterranean spotted fever determined by Western blotting and microimmunofluorescence. *Acta Virol.* 1992;36:62-6.
2. Soriano V, Sabriá M, Davins J, Manterola JM. Complicaciones en la fiebre botonosa mediterránea: estudio prospectivo de 78 pacientes. *Rev Clin Esp.* 1990;186:361-2.
3. Giammanco G, Vitale G, Mansueto S, Capra G, Caleca MP, Ammatuna P. Presence of *Rickettsia conorii* subsp. *israelensis*, the causative agent of Israeli spotted fever, in Sicily, Italy, ascertained in a retrospective study. *JCM.* 2005;43:6027-31.
4. De Sousa R, Nóbrega SD, Bacellar F, Torgal J. Mediterranean spotted fever in Portugal: risk factors for fatal outcome in 105 hospitalized patients. *Ann N Y Acad Sci.* 2003;990:285-94.

Fernando Arméstar, Eduard Mesalles, José María Mançño y Lourdes Matas

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

Correo electrónico: 33800far@comb.es (F. Arméstar).