

MENINGITIS LINFOCITARIA POR FIEBRE BOTONOSA MEDITERRÁNEA

-Lourdes Calero Félix. Servicio de Neurocirugía. - María Dolores Castro Vilanova. Servicio de Neurología. - María José Fernández Pérez. Servicio de Neurología.- María Teresa Pérez Rodríguez. Unidad de Infecciosas. Servicio de Medicina Interna. HOSPITAL ÁLVARO CUNQUEIRO-VIGO.

INTRODUCCIÓN :

La fiebre botonosa mediterránea (FBM) es una enfermedad infecciosa aguda, cuyo agente causal es la *Rickettsia Conorii*, prevalente en el sur de Europa, África y zona sur occidental y sur central de Rusia. El perro actúa como reservorio y vector habitual de la garrapata. La enfermedad es habitualmente leve caracterizándose por una pápula (mancha negra), fiebre, cefalea, linfadenopatía regional y erupción generalizada maculopapulosa eritematosa. Las complicaciones pueden afectar a cualquier órgano, siendo las neurológicas como meningitis, meningoencefalitis, polirradiculopatías, miositis, infrecuentes .

CASO CLÍNICO:

- Mujer de 43 años, sin antecedentes medicos.
- Acude a Urgencias: Fiebre persistente de una semana de evolución con cefalea y fotofobia.
- La paciente residía en un medio rural y tenía perros en casa.
- EXPLORACIÓN FÍSICA:
 - Fiebre de 40º + máculas en tronco y extremidades que desaparecían a la vitreopresión + 2 pápulas halo eritematoso y centro necrótico en axila y glúteo derechos (Imagen 1-3).
 - Exploración neurológica: Rigidez de nuca con signos meníngeos negativos.
- Punción lumbar: Líquido claro. 18 leucocitos/mm³ (95% mononucleares), proteínas 43 mg/dL y glucosa 61 mg/dL. ADA normal y tinción Gram negativa.
- Sospecha clínica: Meningitis por fiebre botonosa.
- Diagnóstico: Serología para *Rickettsia Conorii*.
- Tratamiento: Doxiciclina 100mg cada 12 horas durante 7 días.

DISCUSIÓN:

- Causas más frecuentes de meningitis linfocitarias:
 - Enterovirus.
 - Herpes simple tipo 2.
 - Virus Varicela-Zóster (VVZ).
- Poco frecuente meningitis linfocitaria por *Rickettsia*. Clínicamente de meningitis vírica pero responde sólo al tratamiento antibiótico, siendo de elección la doxiciclina.
- Diagnóstico diferencial MENINGITIS + EXANTEMA CUTÁNEO:
 - Meningitis bacteriana: exantema petequeial agudo.
 - Meningitis por VHS.
 - Meningitis por *Rickettsia* : exantema 4 día fiebre y desaparece vitreopresión.
- El diagnóstico es principalmente clínico.
- Diagnóstico definitivo: inmunofluorescencia indirecta.
- Ante la sospecha clínica de infección por *R. Conorii* debe de iniciarse tratamiento antibiótico lo antes posible ya que acorta el período febril, pues disminuye los síntomas y evita complicaciones graves.



Imagen 1: Lesión axilar antes del tratamiento antibiótico.



Imagen 2: Lesión axilar después de 4 días de tratamiento antibiótico.



Imagen 3: Lesión glútea antes del tratamiento antibiótico.



Imagen 4: Lesión glútea después de 4 días de tratamiento antibiótico.

CONCLUSIONES:

1. La *R. Conorii* es una causa poco frecuente de meningitis linfocitaria que debe de tenerse en cuenta en áreas endémicas y zonas rurales ya que sólo responde al tratamiento antibiótico, siendo de elección la doxiciclina.
2. Con un diagnóstico clínico debe de iniciarse tratamiento antibiótico, incluso antes de la confirmación serológica, ya que mejora la clínica y evita complicaciones graves que aunque infrecuentes tienen elevada morbimortalidad.