



Nota clínica

TIBOLA: enfermedad emergente producida por picadura de garrapata

F. Sanantonio Valdearcos^a, M. C. Otero Reigada^b

Publicado en Internet:
10-julio-2015

Felicitación Sanantonio Valdearcos:
feli1855@gmail.com

^aPediatra. CS Vilamarxant. Valencia. España • ^bServicio de Pediatría. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

Resumen

Las enfermedades trasmitidas por garrapatas son poco frecuentes en nuestro medio. Presentamos un caso de linfadenopatía por picadura de garrapata (TIBOLA, por su nombre en inglés: *tick-borne lymphadenopathy*). Es una enfermedad emergente causada por *Rickettsia slovaca*. Se manifiesta como una escara necrótica en cuero cabelludo, en el lugar de la picadura, fiebre y múltiples adenopatías craneales y laterocervicales posteriores. La duración media del período de incubación desde la picadura es de siete días.

Ante un paciente con adenitis cervical y el antecedente de picadura de garrapata y/o escara en el cuero cabelludo el diagnóstico de TIBOLA es el más frecuente.

Palabras clave:

- TIBOLA
- *Rickettsia slovaca*
- Picadura de garrapata

Key words:

- TIBOLA
- *Rickettsia slovaca*
- Tick bite

Abstract

Tick-borne diseases are rare in our environment. We describe a case of tick-borne lymphadenopathy (TIBOLA), an emergent disease caused by *Rickettsia slovaca*. The patients have a necrotic eschar on the scalp, at the site of a bite, fever and multiple occipital and/or cervical lymphadenopathies. The medium duration of incubation since the bite is seven days.

In the case of a patient with cervical adenitis and history of tick bite and/or eschar scalp, the diagnosis of TIBOLA is the most common.

CASO CLÍNICO

Niña de 18 meses que consultó por una picadura de garrapata en la cabeza detectada 24 horas antes. La madre cree que pudo suceder 3-4 días antes, pues hicieron una salida al campo (mes de abril). No convivían con ellos animales domésticos (perros ni otras mascotas). La garrapata la retiraron manualmente, y era de unos 5 mm de diámetro. El día de la consulta inició fiebre y le notan unos bullos en la cabeza.

En la consulta, a la exploración presentaba buen estado general, aunque estaba irritable y algo decaída. En región parietooccipital izquierda se apreciaba una escara negruzca de unos 7 mm de diámetro con eritema leve. En el cráneo presentaba múltiples adenopatías mastoideas y cervicales posteriores de pequeño tamaño entre 1 y 1,5 cm de diámetro, ligeramente dolorosas a la palpación. El resto de exploración era normal y no presentaba exantemas.

En un primer momento se solicitó una analítica para estudio de picadura de garrapata y se recomendó

Cómo citar este artículo: Sanantonio Valdearcos F, Otero Reigada MC. TIBOLA: enfermedad emergente producida por picadura de garrapata. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015;17:e193-e195.

tratamiento con amoxicilina-clavulánico pensado en una posible sobreinfección de la picadura.

Controlada una semana después, persistía la escara, las adenopatías y la fiebre, los resultados de los análisis mostraron una leucocitosis con aumento de la velocidad de sedimentación globular (VS) hasta 20 mm/h y proteína C reactiva (PrCR) de 10 mg/dl, las serologías de *Borrelia burgdorferi* y *Rickettsia connori* fueron negativas. Ante la mala evolución del cuadro y por sospecha de rickettsiosis, se consultó el caso con los especialistas en enfermedades infecciosas de nuestro hospital de referencia y se decide tratamiento con ciprofloxacino oral, solicitándose nueva analítica con serología.

La paciente es controlada una semana más tarde, estando ya afebril y con buena evolución de las adenopatías, que regresan lentamente, solo persiste una pequeña zona de alopecia de unos 2 cm de diámetro. En la analítica de control se apreciaba una disminución de la leucocitosis y la VS.

El segundo control serológico diez días después mostraba un título de *R. connori*: IgG ≤ 1:40 e IgM 1:320. No se pudo remitir muestra para estudio de *R. slovaca*.

A los dos meses la niña estaba asintomática y la serología mostraba títulos en descenso frente a *R. connori* IgG 1:40 e IgM ≤ 1:40.

DISCUSIÓN

En los últimos años, dentro de las enfermedades emergentes están apareciendo nuevas enfermedades transmitidas por picadura de garrapata. Algunas están producidas por nuevas especies de *Borrelia* y otras por *Rickettsia*^{1,2}. Entre estas últimas está la enfermedad producida por *Rickettsia slovaca*, que se conoce como *tick-borne lymphadenopathy* (TIBOLA) o *dermacentor-bone, necrosis, erythema, lymphadenopathy* (DEBONEL).

La primera descripción de esta enfermedad fue en 1997: se trataba de una mujer que había estado en la zona de los Pirineos y que presentaba una escara negruzca en cuero cabelludo, adenopatías occitales y síntomas generales³. Esta enfermedad

se produce siempre tras la picadura de una garrapata de la especie *Dermacentor*, que es habitual en la Península Ibérica y otras zonas de Francia. Se aisló por primera vez en Eslovaquia, en 1968⁴.

Esta especie de garrapata vive en mamíferos de pelo largo, vacas, cabras y ovejas en su época adulta, que es en invierno, mientras que en sus estadios más inmaduros, durante la primavera, vive en roedores⁵. En nuestro medio, el contagio es más frecuente en primavera y algo menos en invierno. Por su predilección por el pelo largo, se cree que es más frecuente entre mujeres y niños, afectando siempre a la parte superior del cuerpo y sobre todo a la cabeza.

Tras la picadura de la garrapata, con un periodo de incubación de unos siete días, se presenta el cuadro clínico característico. Comienza con una escara al principio amarillenta y melicérica que luego pasa a negruzca por la necrosis; además, se van presentando múltiples adenopatías occitales y cervicales posteriores de 1-1,5 cm de diámetro, bastante dolorosas, junto con cefalea, decaimiento y, en aproximadamente la mitad de los casos, fiebre⁶.

La analítica suele ser normal, en algunos casos puede aparecer leucocitosis, leucopenia y/o trombopenia. En cuanto a la serología, es muy frecuente que tenga reacciones cruzadas con diversas especies de *Rickettsia*, como *R. connori*, como en nuestro caso⁷. El diagnóstico definitivo se practica en laboratorios especializados donde se realiza serología para *R. slovaca* y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) específica, que en nuestra paciente no se pudo realizar.

En cuanto al tratamiento, hay escasa experiencia; en principio se cree que lo más adecuado sería doxiciclina durante diez días en mayores de ocho años y un macrólido (azitromicina o claritromicina) en menores de ocho años.

El objetivo de esta nota clínica es dar a conocer esta enfermedad que puede ser fácilmente confundida con una impetiginización de la picadura de garrapata, como nos pasó en este caso. Ante un paciente con adenitis cervical y el antecedente de picadura de garrapata y/o escara en el cuero cabelludo el diagnóstico de TIBOLA es el más frecuente.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

DEBONEL: *dermacentor-bone, necrosis, erythema, lymphadenopathy* • **PCR:** reacción en cadena de la polimerasa • **PrCR:** proteína C reactiva • **TIBOLA:** *tick-borne lymphadenopathy* • **VS:** velocidad de sedimentación globular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raoult D, Lakos A, Fenollar F. Spotless Rickettsiosis caused by Rickettsia slovaca and associated with dermacentor ticks. Clin Infect Dis. 2002;34:1331.
2. Sexton DJ. Other spotted fever group rickettsial infections. En: UpToDate [en línea] [consultado el 09/07/2015]. Disponible en www.uptodate.com/contents/other-spotted-fever-group-rickettsial-infections
3. Raoult D, Derbis P, Roux V, Xu W, Maurin M. A new tick-transmited disease due to Rickettsia slovaca. Lancet. 1997;350:112-3.
4. Rehacek J. Rickettsia slovaca, the organism and its ecology. Acta SC Nat Brno. 1984;18:1-50.
5. Márquez-Jiménez FJ, Hidalgo Pontiverosa A, Rodríguez Liébana JJ, Muniaín-Ezcurra MA. Las garrapatas (Acerina: Ixodida) como transmisores y reservorios de microorganismos patógenos en España. Enfer Infec Microbiol Clin. 2005;23:94-102.
6. Lakos A. Tick borne lymphadenopathy a new rickettsial disease? Lancet. 1997;350:1006.
7. Lakos A. Tick borne lymphadenopathy (TIBOLA). Wein Klin Wochenschr. 2002;114:648-54.