

# Escara necrótica y linfadenopatías cervicales tras una picadura de garrapata: TIBOLA

B. Croche Santander<sup>1</sup>, C. Flor Parra<sup>2</sup>, A. Méndez Santos<sup>1</sup>, T. Navarro<sup>1</sup>, A. Tena<sup>2</sup>, T. Tort Pérez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital «Virgen de la Merced». Osuna (Sevilla). <sup>2</sup>Servicio de Pediatría. Centro de Salud Puebla de Cazalla. Puebla de Cazalla (Sevilla)

## Resumen

La linfadenopatía por picadura de garrapata (TIBOLA, por sus siglas en inglés: *tick-borne lymphadenopathy*) es una enfermedad emergente causada por *Rickettsia slovaca*. Es una zoonosis transmitida por la picadura de la garrapata *Dermacentor marginatus*. Los pacientes afectados presentan una escara necrótica rodeada de un halo eritematoso en el cuero cabelludo, así como adenopatías regionales dolorosas. Presentamos el caso de una niña de 4 años de edad con escara necrótica y linfadenopatías cervicales dolorosas tras una picadura de garrapata.

©2014 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

## Palabras clave

*Rickettsia slovaca*, *Dermacentor marginatus*, escara necrótica, linfadenopatía

## Abstract

**Title:** Necrotic eschar and neck lymphadenopathy after tick bite: TIBOLA

Tick-borne lymphadenopathy (TIBOLA) is an emerging disease caused by *Rickettsia slovaca*. It is a zoonosis transmitted to humans by *Dermacentor marginatus* tick-bite. Patients presents with a necrotic eschar surrounded by a perilesional erythematous halo on the scalp and painful regional lymphadenopathies. We present a case of a 4-years old girl with necrotic eschar on the scalp and painful cervical lymphadenopathy after tick bite.

©2014 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

## Keywords

*Rickettsia slovaca*, *Dermacentor marginatus*, necrotic eschar, lymphadenopathy

## Introducción

El TIBOLA (*tick-borne lymphadenopathy*), también llamado DEBONEL (*Dermacentor-borne necrosis eritema lymphadenopathy*), es una enfermedad emergente en nuestro medio causada por *Rickettsia slovaca* y transmitida al ser humano por la picadura de una garrapata llamada *Dermacentor marginatus*.

## Caso clínico

Presentamos el caso de una niña de 4 años de edad, sin antecedentes personales de interés, derivada a nuestro centro por presentar en el cuero cabelludo adenopatías cervicales bajas dolorosas 5 días después de la picadura de una garrapata. Clínicamente, refería fiebre de bajo grado y dolores en los miembros inferiores. En la exploración física se apreciaba un excelente estado general, y destacaba la existencia de una escara necrótica en el cuero cabelludo rodeada por un halo eritematoso, dolorosa a la palpación (figura 1). La paciente mostraba adenopatías laterocervicales bajas visibles, de 2,5 cm de diámetro, dolorosas a la palpación y con un eritema en la piel suprayacente (figura 2). En el área occipital presentaba igual-



**Figura 1.** Escara necrótica en el cuero cabelludo con un halo eritematoso en el lugar de la picadura de garrapata

mente adenopatías dolorosas, pero de menor tamaño. No se identificaron otros hallazgos patológicos. En la analítica sanguínea mostraba un hemograma normal, con un perfil general,



**Figura 2.**  
Adenopatía cervical  
baja, con un  
discreto eritema en  
la piel suprayacente

renal y hepático, así como cifras de CPK y LDH, sin hallazgos relevantes. Los valores de proteína C reactiva eran de 2 mg/L. Ante la sospecha diagnóstica de TIBOLA, se extrajo una muestra para la serología y se realizó tratamiento antibiótico con azitromicina por vía oral durante 5 días. Los resultados de la serología mostraron negatividad para citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, *Bartonella henselae*, *Francisella tularensis*, *Borrelia burgdorferi* y *Rickettsia* spp. Por falta de disponibilidad no fue posible realizar una serología específica para *R. slovaca* ni llevar a cabo la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). La evolución de la paciente fue favorable, con desaparición de las adenopatías en un periodo de 4 semanas, aunque permaneció la placa alopecica en el cuero cabelludo.

## Discusión

El TIBOLA, o DEBONEL, es una nueva rickettsiosis producida por *R. slovaca* y transmitida por la picadura de la garrapata *Dermacentor marginatus*. El primer caso fue descrito en 1996, en Francia, por Raoult et al<sup>1</sup>. Se trata de una enfermedad emergente en Europa, convirtiéndose actualmente en la segunda causa más prevalente de rickettsiosis transmitida por la garrapata tras la fiebre botonosa mediterránea<sup>2</sup>. Se han descrito casos en España, Francia, Italia, Hungría y Portugal<sup>3-5</sup>. Concretamente en España, se han publicado casos en casi toda su geografía, ya que el artrópodo vector está presente en toda la península ibérica, si bien la mayoría de éstos corresponden a La Rioja y Cataluña<sup>6-8</sup>.

La enfermedad es más frecuente en los meses fríos (desde finales de otoño a mediados de primavera), que es cuando el vector está más activo. De forma característica, es más frecuente en población pediátrica<sup>7</sup>. El 95% de las picaduras se produce en la cabeza, dado que la garrapata cuando ataca al ser humano busca zonas con pelo que estén a una altura accesible, como el cuero cabelludo de los niños<sup>7</sup>. El periodo de in-

cubación es de 5 días, con un rango de 1-15 días. Una vez se produce la picadura, aparece una lesión costrosa alrededor que puede presentar una secreción melicérica. A continuación dicha lesión evoluciona en unos días hacia una escara necrótica rodeada por un halo eritematoso, que puede ser dolorosa. Otro dato clínico característico es la aparición en todos los casos de adenopatías regionales dolorosas, mayores de 1,5 cm, más frecuentemente localizadas en las áreas cervical y occipital. Raramente aparece exantema macular en las extremidades, edema facial o astenia. La fiebre afecta a menos del 25% de los pacientes, y suele ser de bajo grado<sup>2</sup>. No existen datos característicos de laboratorio, aunque pueden encontrarse discretamente elevados los niveles de CPK, LDH, transaminasas y reactantes de fase aguda<sup>2,7</sup>.

El diagnóstico debe establecerse fundamentalmente en función de criterios clínicos y epidemiológicos, dada la habitual falta de disponibilidad para la determinación de anticuerpos frente a *R. slovaca* o a la realización de PCR en muestras de sangre o escara. Existe la posibilidad de apoyar el diagnóstico a partir de la positividad por reacción cruzada frente a *Rickettsia coronii*, pero su negatividad no descarta la posibilidad de que se trate de un TIBOLA<sup>7</sup>.

El tratamiento de elección es doxiciclina 10 mg/kg/día cada 12 horas (máximo 100 mg/12 h) durante 7-14 días. Dado que la enfermedad se presenta fundamentalmente en pacientes pediátricos, pueden emplearse como alternativa los macrólidos, principalmente azitromicina en dosis de 10 mg/kg/día (máximo 500 mg/24 h) durante 5 días, o claritromicina 15 mg/kg/día cada 12 horas (máximo 500 mg/12 h) durante 7-10 días<sup>9</sup>. La evolución con el tratamiento adecuado suele ser favorable, con resolución de la sintomatología en 1-2 meses. Como secuela puede aparecer una placa alopecica persistente en el lugar de la inoculación hasta en un tercio de los pacientes<sup>2</sup>. Aunque más raramente, también se han descrito casos de fatiga crónica tras esta enfermedad<sup>4</sup>.

En cuanto a las medidas de profilaxis, se recomienda evitar las zonas de maleza, utilizar ropa clara que permita identificar al artrópodo antes de que se ancle a la piel, exponer la menor superficie corporal (usar calzado protector y pantalón largo), desinfectar los animales parasitados y realizar una cuidadosa inspección de las ropas, la piel y el cuero cabelludo en busca de garrapatas tras salidas al campo. Tras la picadura de una garrapata, ésta se debe extraer precozmente y proceder a una observación clínica estrecha del sujeto afectado. No existe suficiente evidencia para recomendar una profilaxis antibiótica tras una picadura de garrapata<sup>10</sup>.

A modo de conclusión, queremos subrayar la importancia de incluir en las regiones endémicas el TIBOLA dentro del diagnóstico diferencial en los pacientes que presenten, tras la picadura de una garrapata, una escara necrótica en el cuero cabelludo y adenopatías dolorosas en las zonas cervical u occipital. ■

## Bibliografía

1. Raoult D, Berbis P, Roux V, Xu W, Maurin M. A new tick-transmitted disease due to *Rickettsia slovaca*. *Lancet*. 1997; 350: 112-113.
2. Oteo JA, Portillo A. Tick-borne rickettsioses in Europe. *Ticks Tick Borne Dis*. 2012; 3: 271-278.
3. Lakos A. Tick-borne lymphadenopathy-a new rickettsial disease? *Lancet*. 1997; 350: 1.006.
4. Raoult D, Lakos A, Fenollar F, Beytout J, Brouqui P, Fournier PE. Spotless rickettsiosis caused by *Rickettsia slovaca* and associated with *Dermacentor* ticks. *Clin Infect Dis*. 2002; 34: 1.331-1.336.
5. Selmi M, Bertolotti L, Tomassone L, Mannelli A. *Rickettsia slovaca* in *Dermacentor marginatus* and tick-borne lymphadenopathy. Tuscany. Italy. *Emerg Infect Dis*. 2008; 5: 817-820.
6. Oteo JA, Ibarra V, Blanco JR, Martínez de Artola V, Márquez, FJ, Portillo A, et al. Dermacentor-borne necrosis erythema and lymphadenopathy: clinical and epidemiologic features of a new tick-borne disease. *Clin Microbiol Infect*. 2004; 10: 327-331.
7. Porta FS, Nieto EA, Creus BF, Espín TM, Casanova FJ, Sala IS, et al. Tick-borne lymphadenopathy: a new infectious disease in children. *Pediatr Infect Dis J*. 2008; 7: 618-622.
8. Alcalá Minagorre PJ, Sánchez Bautista A, Andreu López M, Loeda Ozores C. Infección por *Rickettsia slovaca* tras la picadura de una garrapata. *An Pediatr (Barc)*. 2006; 65: 384-392.
9. Ibarra V, Blanco JR, Portillo A, Santibáñez S, Metola L, Oteo JA. Effect of antibiotic treatment in patients with DEBONEL/TIBOLA. *Ann N Y Sci*. 2005; 1063: 257-258.
10. Oteo JA, Blanco JR, Ibarra V. ¿Podemos prevenir las enfermedades transmitidas por garrapatas? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2001; 19: 509-513.