

## TIBOLA: presentación de un caso clínico de esta entidad emergente

A. Beltrán Rosel<sup>1</sup>, V. Cañadas Olmo<sup>2</sup>, L. Vázquez Álvarez<sup>2</sup>, B. López Alonso<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Microbiología. <sup>2</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Comarcal de Vinaroz.

<sup>3</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Vinaroz (Castellón)

### Resumen

Las rickettsiosis se encuentran dentro de las denominadas enfermedades emergentes. En nuestro país, el principal agente etiológico es *Rickettsia conorii*, que produce, en los meses de verano, una característica costra negra en el punto de inoculación y se acompaña de fiebre y exantema cutáneo. Algunas especies recientemente descubiertas de *Rickettsia*, como *Rickettsia slovaca*, producen cuadros clínicos con características diferentes respecto a la fiebre botonosa mediterránea. Ante un cuadro de linfadenitis y antecedente de picadura de garrapata debe sospecharse el cuadro clínico conocido como TIBOLA (*tick-borne lymphadenopathy*) o DEBONEL (*Dermacentor-borne, necrosis, erithema, lymphadenopathy*). El principal vector, *Dermacentor marginatus*, se encuentra en toda España, aunque la mayoría de casos publicados proceden del norte del país. Describimos el caso de un niño de 3 años de edad, con un bultoma cervical anterior de gran tamaño, localizado en la línea media, y se analizan los hallazgos clínicos y analíticos encontrados, así como el diagnóstico serológico.

**Palabras clave:** Linfadenopatía, *Dermacentor marginatus*, TIBOLA, *Rickettsia slovaca*.

### Abstract

*Title:* TIBOLA: reporting of a new clinical case of this emergent entity

Rickettsioses are emerging diseases. In our country, the main causative agent is *Rickettsia conorii*. Some of the pathogenic species of *Rickettsia*, like *Rickettsia slovaca*, cause clinical profile with different characteristics respect to the Mediterranean spotted fever. In presence of lymphadenopathy and

Fecha de recepción: 14/05/13. Fecha de aceptación: 10/07/13.

**Correspondencia:** A. Beltrán Rosel. Servicio de Microbiología. Hospital Comarcal de Vinaroz. Avenida Gil Atrocillo, s/n. 12500 Vinaroz (Castellón). Correo electrónico: beltran\_ant@gva.es

**Cómo citar este artículo:** Beltrán Rosel A, Cañadas Olmo V, Vázquez Álvarez L, López Alonso B. TIBOLA: presentación de un caso clínico de esta entidad emergente. Acta Pediatr Esp. 2014; 72(5): e171-e174.

inoculation eschar associated should be suspected the clinical profile known as TIBOLA (tick-borne lymphadenopathy) or DEBONEL (Dermacentor-terminal, necrosis, erythema, lymphadenopathy). The main vector, *Dermacentor marginatus*, is found throughout Spain, although most of published cases are from the north of the country.

We report the case of a 3 years old male with middle-sided cervical adenopathic conglomerate, and discusses the clinical and analytical findings and diagnosis confirmation with serological test.

**Keywords:** Lymphadenopathy, *Dermacentor marginatus*, TIBOLA, Rickettsia slovaca.

## Caso clínico

Niño de 3 años de edad, que inicia, durante la última semana del mes de abril, un cuadro febril, diagnosticado inicialmente de faringoamigdalitis aguda, para el que recibe tratamiento con amoxicilina-clavulánico. A los 2 días acude de nuevo a la consulta de su pediatra debido a la persistencia de la sintomatología y la aparición de un bultoma cervical anterior. En la exploración física se observó una garrapata adherida al cuero cabelludo, que fue extraída en ese momento. Acudió al servicio de urgencias de nuestro hospital remitido por su médico de atención primaria. Con la sospecha de rickettsiosis, se inició tratamiento con azitromicina en suspensión de 250 mg/5 mL, en dosis de 5,5 mL/24 h durante 5 días, y se le dio el alta con el diagnóstico de linfadenopatía locorregional asociada a picadura de garrapata. Cuatro días más tarde acudió de nuevo al servicio de urgencias debido a una mala evolución de su afección (aumento del bultoma y persistencia de la fiebre) e ingresó en la planta de pediatría.

En la exploración efectuada en el momento del ingreso (11 días tras el comienzo de la sintomatología) se detectó una lesión costrosa puntiforme sin halo eritematoso en el cuero cabelludo de la región parietal derecha. En la región cervical presentaba un bultoma duro, caliente y doloroso, de 6 x 3 cm de tamaño en la línea media anterior y lateral izquierda, y pequeñas adenopatías laterocervicales izquierdas. No desarrolló en ningún momento exantema cutáneo, cefalea ni síndrome meníngeo.

En la analítica realizada en el momento del ingreso se observaba leucocitosis, trombocitosis, valores de proteína C reactiva de 9,32 mg/dL, una velocidad de sedimentación globular de 102 mm/h y valores normales de transaminasas. La ecografía cervical mostró hallazgos inespecíficos. Se realizó una punción-aspiración con aguja fina de la masa, obteniéndose tejido fibroso con infiltrado inflamatorio de predominio linfocitario y escasos eosinófilos.

Se completaron 5 días de tratamiento con azitromicina, y se continuó con amoxicilina-clavulánico ante la sospecha de una sobreinfección bacteriana durante 14 días más. A los 2 meses el paciente sigue

asintomático, no presenta alopecia residual en el área de la picadura y se ha constatado una reducción del bultoma hasta 5 x 5 mm.

Se enviaron dos muestras de suero, recogidas a los 10 y 20 días tras el comienzo de la sintomatología, y una muestra de biopsia de la adenopatía al laboratorio de referencia\*. En el primer suero se detectó IgM anti-*R. conorii* (IFI) con valores de 1/40. En ambas muestras (+10 y +20 días) se detectaron anticuerpos IgG anti-*R. conorii* (títulos de 1/256) y anticuerpos de tipo IgG anti-*R. slovaca* (títulos de 1/1.024). En la muestra de biopsia se logró amplificar un fragmento del gen *gltA*, y su secuenciación determinó una homología del 99% con *R. slovaca*, lo que permitió el diagnóstico.

## Discusión

Las rickettsiosis se encuentran dentro de las denominadas enfermedades emergentes. A pesar de que *R. slovaca* se detectó inicialmente en garrapatas *Dermacentor marginatus* hace muchos años, el primer caso en humanos no fue publicado hasta 1997. El porcentaje de garrapatas infectadas por *R. slovaca* es variable según el área geográfica.

El cuadro clínico se denomina indistintamente como TIBOLA (*tick-borne lymphadenopathy*) o DEBONEL (*Dermacentor-borne, necrosis, erythema, lymphadenopathy*). Al menos tres especies, *R. slovaca*, *R. rioja* y *R. raoultii* (todas ellas han sido detectadas en España) producen este cuadro clínico<sup>1</sup>, y *D. marginatus* es el principal vector.

Esta especie de garrapata en sus estadios inmaduros vive en madrigueras y se alimenta de pequeños mamíferos, mientras que los adultos lo hacen principalmente sobre mamíferos de mayor tamaño<sup>2</sup>. Se encuentra distribuida por todo el territorio peninsular con predominio en el norte. El periodo de máxima actividad de las garrapatas adultas es otoño-invierno en el norte y primavera en el sur peninsular. Hay que tener presente que esta especie de garrapata puede estar también implicada en la transmisión de la tularemia (*Francisella tularensis*)<sup>2</sup>, enfermedad potencialmente mortal pero con una incidencia muy baja en nuestro medio. En la mitad de los casos se puede recoger el antecedente de picadura previa y es interesante destacar que la especie *Dermacentor* tiene predilección por las zonas altas del cuerpo (mama, axila, brazo), pero sobre todo por la cabeza. Por razones desconocidas, existe un mayor riesgo en mujeres y niños, tal vez porque el vector tiene una preferencia natural por hospedadores de pelo largo. Tras un periodo de incubación de 1-15 días (media de 4 días) pueden aparecer signos locales de infección. Es típica la aparición de un exudado amarillento de aspecto melicérico y posteriormente se desarrolla la característica necrosis y escara negra, que puede rodearse de un halo eritematoso y presentar un comportamiento similar al del eritema migratorio observado en la enfermedad de Lyme<sup>3</sup>. Las

adenopatías pueden ser únicas o múltiples (lo más frecuente) y, por lo general, son dolorosas. Raramente se observa edema facial<sup>1</sup>. La mitad de los pacientes presenta fiebre.

La analítica suele ser normal en la mayoría de los casos, pero en una pequeña proporción puede observarse un aumento ligero de transaminasas y aparecer leucopenia y/o trombopenia. Las complicaciones son poco frecuentes, a pesar de que algunos pacientes pueden presentar una astenia prolongada o una alopecia localizada persistente. La serología puede provocar reacciones cruzadas con diversas especies de *Rickettsia*, como *R. conorii* (que es la habitualmente detectada en nuestro medio) y otras. En nuestro caso se observaron títulos de 1/256 frente a *R. conorii*. Se han notificado casos en diversos puntos de la geografía española por *R. slovaca*<sup>3</sup>, lo que subraya el hecho de que todo el territorio español constituye una zona de potencial transmisión de esta enfermedad.

El tratamiento de elección es la administración de doxiciclina durante 14 días (200 mg/12 h), y en embarazadas y niños menores de 8 años azitromicina en dosis de 10 mg/kg/24 h durante 5 días.

## Bibliografía

1. Parola P, Rovey C, Rolain JM, Brouqui P, Davoust B, Raoult D. *Rickettsia slovaca* and *R. raoultii* in tick-borne rickettsioses. *Emerg Infect Dis*. 2009; 15: 1.105-1.108.
2. Márquez-Jiménez FJ, Hidalgo-Pontiverosa A, Contreras-Chovab F, Rodríguez-Liébanana JJ, Muniain-Ezcurra MA. Las garrapatas (Acarina: Ixodida) como transmisores y reservorios de microorganismos patógenos en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005; 23(2): 94-102.
3. Oteo JA, Ibarra V. DEBONEL (Dermacentor-borne-necrosis-erythema lymphadenopathy). ¿Una nueva enfermedad transmitida por garrapatas? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2002; 20(2): 51-52.