

DIAGNÓSTICO PRECOZ DE FIEBRE RECURRENTE POR FROTIS DE SANGRE PERIFÉRICA

D. Bardán Rebollar, J. Coín Ruiz, M.M. Alcalá Peña, A. Contento Gonzalo, P.L. Ruiz Sánchez, A.I. Heiniger Mazo.
Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Anamnesis: Mujer de 12 años, que acude a Urgencias por cuadro febril de 4 días de evolución, acompañado de cefalea frontal opresiva, dolor lumbar y dos episodios de vómitos. Como antecedente personal, hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo. Referían tener un perro en casa desde 10 días antes del episodio actual, con controles veterinarios adecuados. La exploración al ingreso no mostraba ningún hallazgo significativo.

Exploraciones complementarias en urgencias: Leucocitos 6.900/ μ L (92.4% neutrófilos, 3.0% linfocitos, 1.9% monocitos, 1.2% eosinófilos, 0.8% basófilos); Hb 12.2 g/dL, VCM 85.5 fL, plaquetas 24.000/ μ L. Bioquímica de sangre con perfil hepático normal. PCR 348.3 mg/L, procalcitonina 2.86 ng/mL. TP 74%, TP 15.1 seg, TP ratio 1.26, INR 1.3, TPTA 43.3 seg, APTT ratio 1.44. Paul Bunnell y Rosa de Bengala negativos. Se solicita frotis de sangre periférica para estudio de trombopenia, donde se observan unas formaciones filamentosas con marcadas ondulaciones que se identifican como Borrelia.

Diagnóstico: Infección por Borrelia (Fiebre recurrente endémica).

Evolución: Tras la visualización directa de espiroquetas en sangre periférica, se inició tratamiento antibiótico con doxiciclina intravenosa. A las 2 horas de inicio, presentó un vómito, seguido de disminución brusca y progresiva del nivel de conciencia, taquicardia, palidez, hipotensión y sudoración profusa, por lo que es trasladada a UCI en situación de edema pulmonar con datos de shock cardiogénico; evolucionó de manera favorable, con control ecocardiográfico posterior normal. En las pruebas complementarias realizadas durante su ingreso, el estudio serológico fue positivo para *B. burgdorferi* y la PCR en sangre periférica lo fue para *B. hispanica*. El cuadro desencadenado fue catalogado como reacción de Jarisch-Herxheimer, por lo que se modificó la antibioterapia a Ceftriaxona hasta completar 21 días de tratamiento, sin nuevas incidencias.

Comentarios: La fiebre recurrente endémica es causada por Borrelia y transmitida por garrapatas del género Ixodes; típicamente aparece en verano y el cuadro clínico de fiebre, cefalea y vómitos se relaciona con la presencia de la espiroqueta en el torrente circulatorio. Se autolimita en relación con la aparición de anticuerpos, pero días después, otra Borrelia con diferentes antígenos de membrana (por seroconversión), origina un cuadro similar, de ahí las recurrencias. En las pruebas de laboratorio suele aparecer trombocitopenia, anemia moderada con recuento leucocitario normal y prolongación de los tiempos de coagulación. En este caso, la visualización directa del frotis de sangre periférica para confirmar los datos del hemograma, coincidiendo con un episodio febril, sirve como método diagnóstico precoz, al observarse Borrelia. La doxiciclina es el tratamiento de elección, y su alternativa las cefalosporinas de tercera generación. La reacción de Jarisch-Herxheimer se ha descrito en más del 50% de los casos de fiebre recurrente endémica, normalmente en las tres primeras horas de la administración de antibióticos, independientemente de la dosis empleada.