

GUÍA DE ACTUACIÓN ANTE PICADURA DE GARRAPATA

Octubre de 2016

Guía elaborada por:



Y revisada por:



Guía de actuación ante picadura de garrapata

Las picaduras de garrapata constituyen un motivo de consulta muy frecuente, sobre todo en la época estival. En general, tras la picadura se produce una lesión local leve autolimitada (pápula pruriginosa, eritema) que no requiere asistencia sanitaria. Con menor frecuencia aparece una lesión cutánea más extensa (celulitis, úlcera necrótica) que puede precisar tratamiento local.

Sólo en un pequeño porcentaje de picaduras de garrapata se producen complicaciones (enfermedades transmitidas por garrapatas, ETG). Estas pueden ser:

- Enfermedades infecciosas.
- Reacciones alérgicas.
- Neurotoxicidad por garrapatas.

Figura 1: Diferentes lesiones asociadas a la picadura de garrapata.



Pápula pruriginosa tras picadura garrapata



Eritema crónico migrans (Lyme)



Eritema crónico migrans (Lyme)



Escara y exantema de la Fiebre botonosa



Exantema planta pie típico Fiebre botonosa



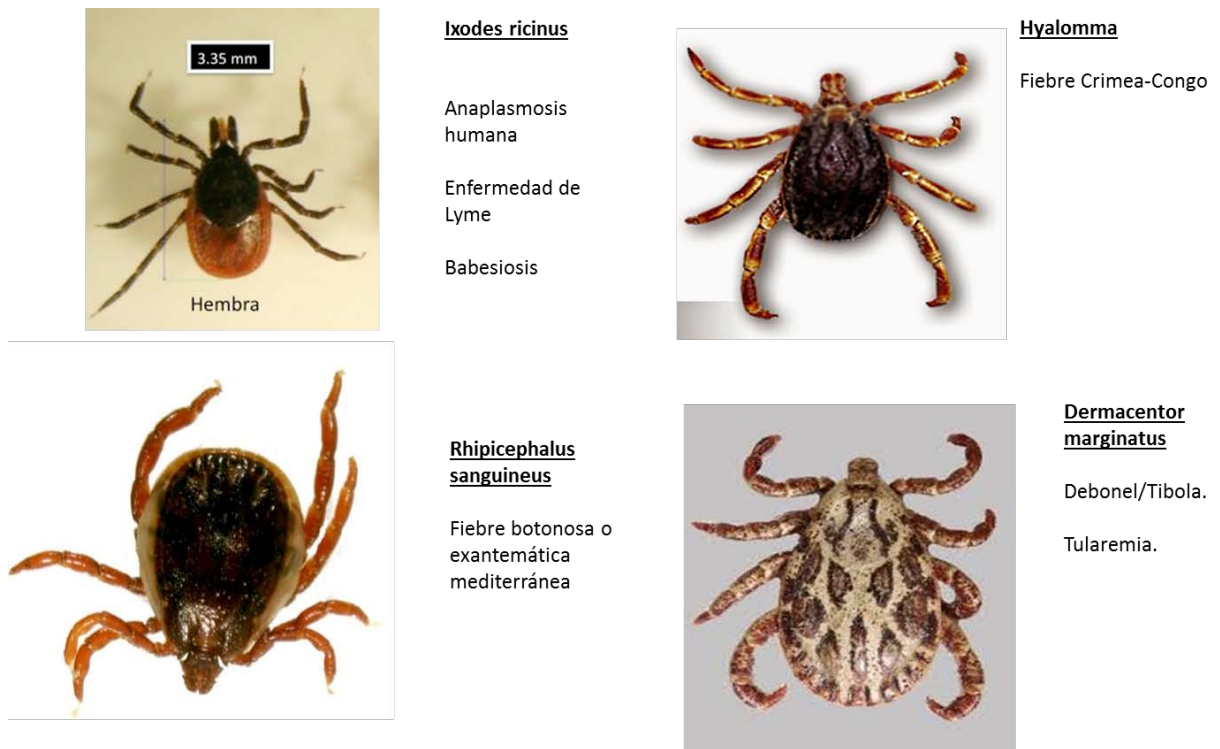
Escara necrótica (DEBONEL/TIBOLA)

Fuente: Imágenes cedidas por José Antonio Oteo. Hospital San Pedro (La Rioja).

No todas las garrapatas transmiten enfermedades, ni pican a humanos. Existe una cierta especificidad y cada especie de garrapata transmite (en el caso de que esté infectada) un determinado agente patógeno.

En España, las enfermedades infecciosas transmitidas por garrapatas (EITG) más frecuentes son la fiebre botonosa o exantemática mediterránea y la enfermedad de Lyme y Debonel/Tibola. Otras menos frecuentes son la anaplasmosis humana o la babesiosis. Además, de forma esporádica se han descrito casos de tularemia y fiebre de Crimea-Congo. Aunque no se haya detectado ningún caso, existe también el riesgo potencial de transmisión de otros patógenos como *Candidatus Neohrlichia mikurensis* y *Borrelia miyamotoi*. Las características clínicas y epidemiológicas de las infecciones transmitidas por garrapatas se describen en la tabla 1. En la figura 2 se muestran imágenes de las distintas garrapatas relacionadas con las enfermedades más frecuentes.

Figura 2: Garrapatas y enfermedades más frecuentes relacionadas con la picadura.



Fuente: CIBIR. Centro de Rickettsiosis y enfermedades transmitidas por artrópodos vectores.

Ante un paciente que acuda con una picadura de garrapata se le explicará que el riesgo de desarrollar una enfermedad es mínimo, y solo en el caso de que presente signos y síntomas se seguirá un algoritmo que se adjunta en el anexo. En todo caso se le invitará a que mantenga la observación durante 4 semanas desde la fecha de la picadura (el máximo periodo de incubación de las EITG es de 32 días), indicando que si aparecen manifestaciones clínicas debe acudir a su médico.

Si la garrapata se encuentra anclada a la piel se la extraerá cuidadosamente con pinzas de borde romo según el esquema que se adjunta en la figura 3 y se desinfectará con povidona yodada o clorhexidina. Se desaconseja la retirada de las garrapatas fijadas por los sistemas tradicionales (algodón con alcohol, aceite, vaselina, petróleo, anestésicos, cortarlas con una tijera, tirar con los dedos de ellas, aplicar calor, etc..), ya que han sido considerados de riesgo, facilitando el contagio de los patógenos que pudieran albergar. Nunca se debe tirar la garrapata. No esperar a que se desprenda, debe eliminarla lo antes posible. Ésta puede ser una muestra clínica de gran valor y orientar las posibilidades diagnósticas. Se puede conservar en un bote con papel húmedo y en el caso de que se desarrollen complicaciones se puede enviar para su clasificación y posible estudio de los microorganismos que vehicula.

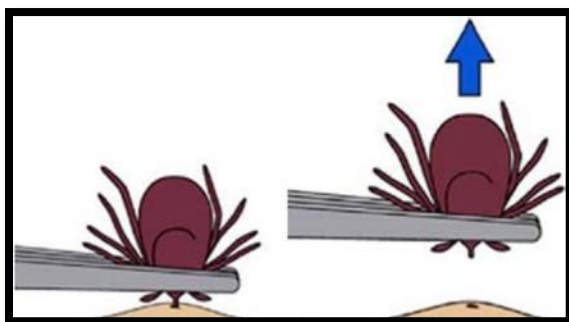


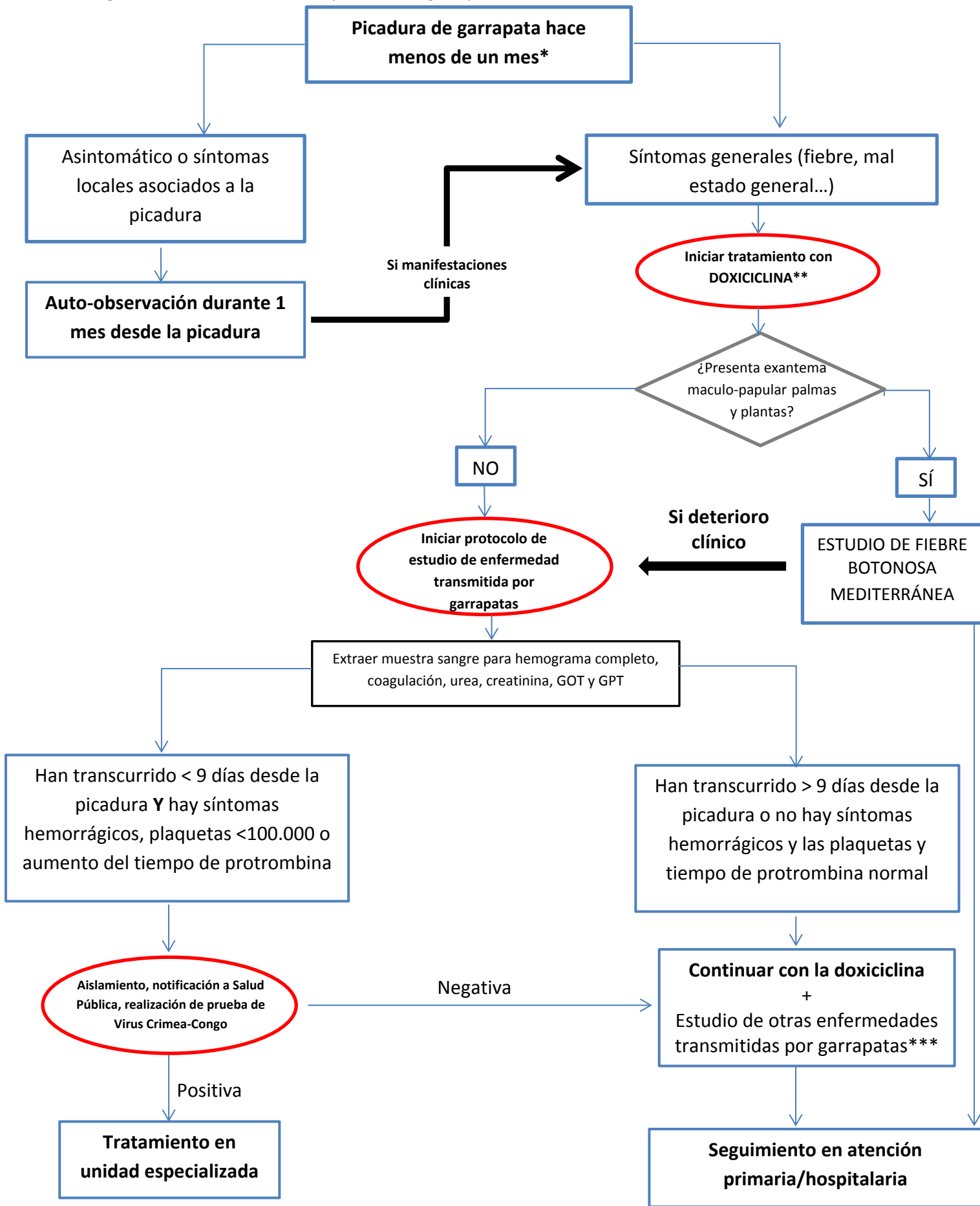
Figura 3: Método para la extracción de la garrapata.

Fuente: CDC y Oteo JA, Martínez de Artola V, Gómez-Cadiñanos R, Casas JM, Blanco JR, Rosel L. Evaluación de los métodos de retirada de las garrapatas en las Ixodidiasis humanas. Rev Clin Esp 2006; 196:584-587

Tabla 1: Enfermedades transmitidas por garrapatas a considerar en el diagnóstico diferencial de la FHCC. Revisado por José Antonio Oteo, Hospital La Rioja.

| Enfermedad | Patógeno | Vector | Periodo de mayor actividad vectorial | Incidencia (casos/100,000 consultas hospitalarias-año) | Periodo de incubación (días) | Clínica | Diagnóstico |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Fiebre botonosa o exantemática mediterránea y similares | <i>Rickettsia conorii</i> <i>Rickettsia monacensis</i> <i>Rickettsia sibirica</i> <i>Rickettsia mongolitimonae</i> | <i>Rhipicephalus spp.</i> (garrapata de perro) <i>Ixodes ricinus</i> | Mayo - octubre | 0,3-0,4 | 5 a 20 | 1ª fase: fiebre, malestar general, cefalea, artromialgias e inyección conjuntival. 2ª fase (tras 3-5 días): exantema maculopapuloso diseminado (palmas y plantas). Mancha negra: lesión ulcerosa, con escara necrótica y halo eritematoso (hasta 75% casos). | Serológico, PCR, cultivo |
| Enfermedad de Lyme | <i>Borrelia burgdorferi sensu lato</i> | <i>Ixodes ricinus</i> | Mayo - octubre | 0,3 | 3 a 32 | 1ª fase: eritema migratorio. 2ª fase: nuevas lesiones anulares. Meningitis y meningoradiculitis periférica, neuritis de los pares craneales. Bloqueo AV. Artritis recurrente. 3ª fase: encefalopatía, acrodermatitis crónica atrófica, artritis crónica de rodilla. | Serológico, PCR, cultivo |
| Debonel/Tibola | <i>Rickettsia rioja</i> <i>Rickettsia slovaca</i> <i>Rickettsia raoultii</i> | <i>Dermacentor marginatus</i> | Octubre - mayo | Incidencia en aumento | 7 | Escara necrótica en cuero cabelludo, en el lugar de la picadura, adenopatía/s craneales y laterocervicales posteriores muy dolorosas. Fiebre de bajo grado (25% casos). | Serológico, PCR, cultivo |
| Anaplasmosis humana | <i>Anaplasma phagocytophilum</i> | <i>Ixodes ricinus</i> | Mayo - octubre | Poco frecuente (coinfeción) | 5 a 21 | Síndrome pseudo-gripal, fiebre, escalofríos, malestar general, cefalea y mialgia. Ocasionalmente conjuntivitis y adenopatías. Exantema (raro). | Serológico, PCR, cultivo |
| Babesiosis | <i>Babesia divergens</i> <i>Babesia microtii</i> | <i>Ixodes ricinus</i> | Mayo - octubre | Muy poco frecuente (manifestaciones clínicas en inmunodeprimido) | 7 a 14 (hasta 60) | Malestar, anorexia, fatiga, fiebre, escalofríos, diaforesis, náuseas, vómitos, cefalea, mialgias, adelgazamiento, artralgias, disnea, hiperestesia, inestabilidad emocional e incluso depresión. Ictericia y la hepatoesplenomegalia (similar a la malaria). | Serológico, PCR |
| Tularemia | <i>Francisella tularensis</i> | <i>Dermacentor marginatus</i> | Octubre - mayo | Rara por picadura (contacto animales) | 1 a 21 | Fiebre, adenopatías, malestar general. Forma clínica típica: úlcero-ganglionar. | Serológico, PCR, cultivo |
| Fiebre hemorrágica Crimea-Congo | Virus de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo | <i>Hyalomma marginatum</i> (o persona-persona) | Mayo - octubre | Muy excepcional | 1 a 3 (garrapata) 5-6 (persona-persona) | 1ª fase: fiebre, mialgia, lumbalgia, cefalea, fotofobia, vómitos, diarrea, dolor abdominal, dolor de garganta. 2ª fase (tras 2-4 días): agitación, somnolencia, depresión, debilidad, hepatomegalia. Otros: taquicardia, adenopatías, erupción petequeal, equimosis y sangrado de mucosas que puede evolucionar a fallo hepático y de otros órganos y sistemas. | Serológico, PCR, cultivo |

Anexo: Algoritmo de actuación ante la picadura de garrapata.



*Si la garrapata se encuentra anclada a la piel se extraerá cuidadosamente con pinzas de borde romo.

**En el caso de niños, el tratamiento será con amoxicilina y azitromicina, solas o en asociación.

*** Si existen hemorragias o deterioro clínico a pesar de la doxiciclina considerar de nuevo la activación del protocolo de FHCC.