

Caso clínico

Un Caso Clínico de Artralgia Severa por Rickettsiosis Tratado con Rhus toxicodendron 6CH y Chamomilla matricaria 6CH

*Iván Renato Zúñiga Carrasco

Resumen

Las rickettsias son microorganismos que infectan a gran cantidad de especies de mamíferos y artrópodos que les sirven como vectores. El modo de transmisión es por la picadura de una garrapata, piojo o pulga infectada, la cual tiene que succionar sangre para que las rickettsias se vuelvan infectantes para las personas. Otro mecanismo es la contaminación de escoriaciones en la piel o en las mucosas al entrar en contacto con los tejidos de las garrapatas aplastadas o sus heces. El periodo de incubación es de 3 a 14 días; no existe transmisión directa de persona a persona. La garrapata se mantiene infectante toda su vida, que dura 18 meses. A continuación se reporta el caso clínico de un paciente de la Península de Yucatán (sur de México), diagnosticado con *Rickettsia* spp. y atendido exitosamente con dos medicamentos homeopáticos.

Abstract

*Rickettsias are microorganisms that infect many species of mammals and arthropods that serve as vectors. The mode of transmission is by the bite of a tick infected flea or louse, which must suck blood to become infective rickettsiae to humans. Another mechanism is the contamination of skin abrasions or mucous from the crushed tick tissues or feces. The incubation period is 3 to 14 days; there is no direct transmission from person to person. The tick remains infective throughout his life that lasts 18 months. We describe the clinical case of a patient from the Yucatan Peninsula (south of Mexico), diagnosed with *Rickettsia* spp reported. and successfully dressed with two homeopathic medicines.*

PALABRAS CLAVE:

Rickettsia,
Rickettsiosis,
Homeopatía, Artralgia,
Rhus toxicodendron,
Chamomilla matricaria.

KEYWORDS:

Rickettsia, Rickettsiosis,
Homeopathy, Arthralgia,
Rhus toxicodendron,
Chamomilla matricaria.

*Médico egresado de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional. Médico epidemiólogo por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud. Cursa la maestría en Dirección de Gobierno y Políticas Públicas, Universidad del Sur.

Recibido: julio, 2014. Aceptado: agosto, 2014

Introducción

El género *Rickettsia* está constituido por especies de cocobacilos Gram negativos pleomórficos, inmóviles y aerobios, que se comportan como patógenos intracelulares obligados y están relacionados serológicamente. Se tiñen razonablemente bien con los métodos de Giemsa, Castañeda y Giménez, y débilmente con la tinción de Gram.

Las rickettsiosis constituyen un grupo de enfermedades zoonóticas de distribución geográfica heterogénea cuya severidad varía desde formas benignas y autolimitadas hasta infecciones de elevada mortalidad. La mayoría de los casos se adquieren por picadura de garrapatas, piojos o pulgas que están infectadas por el microorganismo. El hombre es un huésped accidental en el ciclo biológico de las rickettsias, mismo en el que habitualmente intervienen diversos mamíferos (reservorios) y artrópodos. Diferentes mamíferos, esencialmente roedores, venados, ganado y perros, contribuyen a perpetuar la infección y a cerrar el ciclo biológico de la bacteria.

Un hecho de especial interés en relación a la epidemiología de las rickettsiosis reside en que la distribución de una especie determinada, en general, coincide con la distribución de la garrapata. Sin embargo, las bases de la asociación entre determinadas especies de *Rickettsia* y de garrapatas no se conocen a detalle. Las rickettsias de mayor importancia epidemiológica son: a) *Rickettsia prowazekii*, agente etiológico del tifus epidémico, cuyo principal vector es el piojo del cuerpo humano; b) *R. typhi*, causante del tifus murino o endémico; los roedores son su principal reservorio mientras que sus principales vectores son las pulgas de la rata y el gato, y c) *R. rickettsii*, agente de la fiebre maculosa de las Montañas Rocosas que es transmitido principalmente por la garrapata, ectoparásito cuyo principal reservorio es el perro.

Los principales síntomas de una rickettsiosis aparecen entre los seis y 10 días después de la picadura, siendo habituales: fiebre, cefalea, artralgias, mialgias, anorexia, escalofríos, dolor abdominal, náuseas, ictericia, vómito, diarrea, tos, rinitis, faringitis, otitis, conjuntivitis, hematemesis, erupciones maculopapulares, prurito, adenomegalia, leucocitosis y una o varias escaras en el punto de inoculación. En los casos más severos las rickettsiosis suelen acompañarse de edema pulmonar, neumonía intersticial y erupción hemorrágica. También se pueden producir miopericarditis, meningitis, afectación hepática (hepatomegalia, transaminasemia, plaquetopenia). Las alteraciones del sistema nervioso

central son relativamente frecuentes, pudiendo provocar distintos cuadros clínicos como ataxia, afasia y hemiplejía. Algunas de estas alteraciones derivan en importantes secuelas, como sordera, pérdida de visión y paraplejía, entre otros defectos neurológicos.

Si bien los principales signos clínicos varían de acuerdo con la especie implicada, los daños tienen un mismo origen y derivan de la vasculitis por la multiplicación bacteriana en las células endoteliales. Asimismo, hay que tener en cuenta que, además de la cepa causante de la infección y del vector, puede influir el estado inmunitario del paciente. En México las serovariedades de *Rickettsia* predominantes son: *R. felis*, *R. akari*, *R. rickettsii*, *R. prowazekii* y *R. typhi*^{1, 2, 3}.

Definiciones operacionales

Caso sospechoso. Toda persona que presente fiebre acompañada de cualquiera de los siguientes signos o síntomas: hiperemia faríngea, rash cutáneo, vómito, dolor abdominal y diarrea; en las personas que puedan referirla se añadirá la presencia de cefalea, además de que se tomará en cuenta la procedencia de áreas en las que se identifiquen los vectores o se haya confirmado la ocurrencia de la enfermedad.

Caso probable. Todo caso sospechoso que adicionalmente presente dos o más de los siguientes factores:

- Alteraciones neurológicas (indiferencia al medio, irritabilidad, estupor, coma, convulsiones, signos meníngeos; en menores de 18 meses: presencia de fontanela abombada, signo de “sol naciente”); alteraciones del citoquímico del LCR compatibles con infección bacteriana.
- Choque.
- Púrpura y/o sangrado a cualquier nivel.
- Alteraciones hepáticas (ictericia, aumento de las bilirrubinas por encima del estándar del laboratorio clínico, y/o hipoalbuminemia, y/o elevación de transaminasas).
- Alteraciones hematológicas: plaquetopenia (<100,000/mm³), bandemia absoluta >500, aumento de los tiempos de coagulación (por arriba del estándar del laboratorio clínico), anemia.

- Hiponatremia (Na sérico menor a 135 meq/l).
- Elevación de DHL mayor a 350 UI.
- Acidosis (metabólica y/o respiratoria).

Caso confirmado. Todo caso probable en el que se confirme la presencia de *Rickettsia spp.* mediante pruebas de laboratorio debidamente avaladas y autorizadas por la autoridad competente.

Caso descartado. Todo caso probable en el que no se identifique la presencia de *Rickettsia spp.* a través de las pruebas de laboratorio.

Los antibióticos indicados por la terapéutica alopática son la doxiciclina, las tetraciclinas y el cloranfenicol. Las tetraciclinas han sido consideradas como los medicamentos de primera elección para el tratamiento de la rickettsiosis, pero tienen limitaciones para su uso; por ello se empleará la doxiciclina a dosis única de 200 mg en cualquier grupo de edad como tratamiento del tifus epidémico. El mismo esquema se emplea con fines de profilaxis^{4,5}.

En las últimas décadas el crecimiento de la Homeopatía ha sido considerable en varios países desarrollados, como es el caso de algunos de Europa; de hecho, en ese continente ocupa el segundo lugar como método médico no convencional, después de la acupuntura. La terapéutica homeopática es individualizada, lo que significa que no recurre a protocolos médicos estandarizados y que es difícil utilizar los procedimientos científicos habituales para probar su efecto terapéutico⁶.

Según Caro⁷ “la Homeopatía es una medicina cuyo objetivo es curar de acuerdo a las leyes naturales. Estas leyes respetan los mecanismos de defensa que la naturaleza ha otorgado a los seres vivos desde su nacimiento. Utiliza como medicamentos sustancias vegetales, animales y minerales (estos elementos también son utilizados por la medicina natural y la herbolaria), que estimulan el sistema inmune; no tiene efectos secundarios”. Asimismo, añade, “la Homeopatía no actúa de manera empírica, actúa como una medicina biológica, que respeta los fundamentos, las relaciones y las conexiones de las leyes naturales. El médico homeópata considera al individuo en su totalidad [...]. Es respetuoso con los diagnósticos clásicos y los datos derivados de la exploración física y de otras pruebas, y de hecho los utiliza, pero considerará paliativo cualquier uso de la terapéutica alopática”.

Caso clínico

Paciente masculino de 44 años de edad; refiere que el 19 de enero de 2014 inició con la aparición de fiebre persistente (39° C), sed, escalofríos, cefalea, dolor retro ocular, conjuntivitis, erupción cutánea puntiforme con enrojecimiento en cara anterior y posterior de tórax, fotofobia, mialgias y severas artralgiás en articulaciones menores: manos y pies. El paciente labora de cantinero en un hotel de la Rivera Maya, por lo que habitualmente tiene contacto con extranjeros.

Acudió a la Unidad de Medicina Familiar no. 11 Playa del Carmen, del Instituto Mexicano del Seguro Social, comentándole al médico de urgencias que se trataba de un probable caso de faringoamigdalitis; sólo se le prescribieron diclofenaco 50 mg cada ocho horas, y paracetamol 500 mg cada seis horas; no hubo alivio a sus molestias. Acudió con un médico particular, el cual le prescribió dexametasona 9 mg una ampula diaria por tres días; ketoprofeno 50 mg cada 12 horas, por 7 días; omeprazol 20 mg una vez al día, y ceftriaxona 1 g cada 24 horas por 3 días; esta medicación tampoco alivió las molestias.

El 6 de febrero de 2014 ingresó al servicio de urgencias del Hospital General de Zona no. 18 IMSS Playa del Carmen, donde se le diagnosticó fiebre en estudio; se decidió su ingreso al servicio de Medicina Interna ya que las molestias persistían; no se presentó cambio alguno con la administración de dexametasona ni con la fiebre, la cual continuó en 39° C. Hasta el 14 de febrero de 2014 persistieron las artralgiás en articulaciones menores, las cuales mejoraron con el movimiento y tuvieron una discreta recuperación con naproxeno 500 mg cada 8 horas, siendo valorado con una escala visual análoga (EVA) de 9; asimismo, se registró disminución de la fuerza muscular 4/5 debido al dolor.

Ante el fracaso del tratamiento alopático y después de 10 días de hospitalización, el paciente acudió con un médico homeópata el mismo día de su egreso, ya que persistía la sintomatología antes mencionada. Se le realizó una exploración física, se tomó una historia clínica enfocada en los datos de sus síntomas mentales con respecto a su padecimiento y el tipo de dolor articular que estaba cursando. Como datos importantes: diabetes *mellitus* de 11 años de evolución; negó: hipertensión arterial sistémica, enfermedades reumáticas, autoinmunes, cardiovasculares, neoplásicas, crisis convulsivas e infecciones de transmisión sexual; COMBE (-); controlado con insulina glargina 18 U SC, cada 24 horas.

Por su profesión, su carácter antes de la enfermedad era optimista, dinámico, sociable y extrovertido; al comenzar el padecimiento se volvió intolerante, impaciente y necesitaba tener a alguna persona a su lado para que le ayudara a deambular. No toleraba el dolor articular, el cual se manifestaba principalmente durante el reposo, y mejoraba al caminar.

Se repertorió y se le prescribieron Rhus toxicodendron 6CH y Chamomilla matricaria 6CH. Ambos medicamentos se administraron en solución, siendo la dosis 25 gotas cada ocho horas, dejando pasar una hora entre uno y otro. Se citó al paciente 10 días después de su egreso del hospital, comentando que la mejoría a su sintomatología fue considerable: comenzó a tener movilidad a la deambulación, las artralgias habían disminuido hasta un EVA 2; podía caminar sin ayuda de otra persona a la semana de tomar dichos medicamentos. Dos semanas después del inicio del tratamiento homeopático, en el servicio de Medicina Interna le comentaron que no suspendiera dicha terapéutica, ya que se le prescribió por seis meses, hasta que desaparecieran los dolores articulares.

Rhus toxicodendron es un medicamento homeopático cuya patogenesia nos remite a dolores habitualmente de tipo reumático: se agravan al comenzar el movimiento (después de estar quieto o en reposo, al levantarse de la cama, luego de permanecer sentado, etcétera), pero van mejorando conforme la actividad de la parte afectada continúa. El paciente tiene un irresistible deseo de moverse o cambiar de posición constantemente, lo que le proporciona un gran alivio aunque por poco tiempo: necesita volver

a moverse debido a que el dolor se incrementa de nuevo durante el lapso de reposo; esta condición es usualmente peor de noche, cuando se está menos activo que durante el día.

Asimismo, el individuo presenta dolores como si se hubiera luxado o torcido; como si le arrancaran un músculo o tendón de su inserción; como si los huesos o el periostio fueran raspados con un cuchillo. También se refiere dolor después de acalorarse caminando y de enfriarse con rapidez, o por tocar las partes afectadas. Generalmente las dolencias se acompañan de rigidez. Dolor en las muñecas al sujetar algo. Dolor en las rodillas, de tipo reumático, estando sentado o al levantarse de la silla⁸.

Por su parte, Chamomilla matricaria se caracteriza por la presencia de una excesiva, enorme sensibilidad, en especial a los dolores, que resultan intolerables. Las articulaciones se presentan doloridas y cansadas; sin fuerzas en pies y manos. En este sentido, y debido a que el paciente del que se habla en este caso clínico reportaba artralgias dolorosas e incapacitantes, se optó por administrar Chamomilla como medicamento complementario, siguiendo lo dicho por Vannier: “**intolerancia al dolor**; por la más pequeña sensación se lamenta y lanza gemidos; si está acostado se mueve de un lado a otro; está enloquecido y desesperado”⁹.

Los resultados de su biometría hemática, niveles de glucosa, alanina transaminasa y aspartato aminotransferasa, se muestran en las tablas 1 y 2.

| Fecha | Hemoglobina | Hematocritos | Plaquetas | Leucocitos | Linfocitos |
|----------|-------------|--------------|-----------|------------|------------|
| 31/01/14 | 14.1 | 37 | 333 | 9.2 | 13 |
| 6/02/14 | 12.9 | 39.1 | 388 | 9.1 | 14 |
| 7/02/14 | 11.6 | 36.8 | 373 | 8.7 | 16 |
| 8/02/14 | 11.6 | 35.4 | 354 | 9.7 | 15 |
| 10/02/14 | 12.4 | 38.4 | 351 | 9.1 | 18 |

Tabla 1. Resultados de la biometría hemática, reportados del 31 de enero al 10 de febrero de 2014.

| Fecha | Glucosa | ALT | AST |
|----------|---------|-----|-----|
| 6/02/14 | 531 | 29 | 11 |
| 7/02/14 | 144 | --- | --- |
| 8/02/14 | --- | 19 | 9 |
| 10/02/14 | 302 | 24 | 7 |

Tabla 2. Evolución de los niveles de glucosa, alanina transaminasa (ALT) y aspartato aminotransferasa (AST), del 6 al 10 de febrero de 2014.

Reacciones febriles **negativas**, factor reumatoide **negativo**, VDRL **negativo**, ELISA VIH **no reactor**, urocultivo **negativo**, gota gruesa **negativa**, prueba dengue **negativa**. Radiológicamente no había datos de neoplasia o sugestivos de tuberculosis, en ultrasonido de hígado y riñón se reportaron nefropatía crónica difusa bilateral, y a nivel hepático: proceso inflamatorio crónico inespecífico, ya que el paciente es diabético controlado desde hace 10 años. No refirió alergias. Proteína C reactiva 4.5 (0.0-0.9), EGO: Glucosa 4(+) 2000 mg/dl, Ph 5.0, Leucos, nitritos, proteínas, bilirrubinas, eritrocitos (-), urobilinogeno (+-) normal, células epiteliales +, bacterias +. Cifras bajas de cloro, sodio, magnesio, calcio (92, 130, 1.6, 7.9 mmol/l respectivamente). Tinción Gram **negativo**, hemocultivo **negativo** sin desarrollo a los 7 días. **Negativo** a TORCH (toxoplasma, rubeola, citomegalovirus, herpes); todos estos resultados los presentó al momento de su consulta con el médico homeópata.

Ante la alerta de fiebre chikungunya en las islas del Caribe, y por ser la Riviera Maya un área de turismo mundial, se decidió tomar como caso sospechoso hasta descartar o confirmar, ya que el paciente, clínicamente, cumplía con la definición operacional. Se notificó el caso a nivel estatal, jurisdiccional y delegacional de manera inmediata. La Jurisdicción Sanitaria no. 2 Benito Juárez, como parte del control de vectores, decidió hacer una visita domiciliaria al paciente, se revaloró clínicamente junto con su familia, se fumigaron las manzanas que rodean la casa del paciente, se tomó muestra para envío al Centro de Investigaciones Regionales Dr. Hideyo Noguchi, se procesó por inmunofluorescencia-indirecta (IFI) IgM, dando **positivo** para Rickettsia spp en dilución 1:128; después de este resultado la Jurisdicción Sanitaria no le dio seguimiento al caso ni se tipificó, ya que se realizaron acciones de bloqueo intradomiciliario, se practicaron nebulizaciones intradomiciliarias no sólo en la habitación del caso, sino también peridomiciliarias.

Discusión

La Península de Yucatán es una región de constante movimiento turístico y migratorio tanto interno como externo. La presencia de enfermedades emergentes o reemergentes es latente, por lo cual la sospecha de cualquier padecimiento de notificación debe ser inmediata para evitar brotes entre la población, los cuales podrían generar no sólo morbi-mortalidad sino disminución de turismo. Asimismo, la aplicación de la medicina homeopática debe correr a cargo de un profesionista del ramo y debe evitarse su demeritamiento, descrédito y denigración, ya que en este caso pudimos apreciar que la Homeopatía brindó una mejoría al paciente: mejoró su salud y su calidad de vida, permitiéndole volver a desempeñar sus actividades tanto personales como laborales sin secuelas ni complicaciones, pues en el mes de julio acudió al servicio de Epidemiología para comentar que sus síntomas eran casi nulos y su estado de ánimo era óptimo. En su expediente se reportó desde el mes de abril, no haber acudido a cita de medicina interna.

Referencias

1. Blanco JR, Jado I, Marín M, Sanfeliu I, Portillo A, Anda P, *et al*. Diagnóstico microbiológico de las infecciones por patógenos bacterianos emergentes: Anaplasma, Bartonella, Rickettsia, Tropheryma whipplei. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. Nov 2008; 26(9): 573-580. doi: 10.1157/13128275.
2. Ramal C; Díaz E; López J. Rickettsiosis, enfermedad emergente en Loreto. Evidencia serológica de 20 casos. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. Ene-Mar 2007; 24(1): 99-100.
3. Field CJ, Seijo MJ. Rickettsiosis en Baja California. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*. 2011; 28(2): 44-50.
4. Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Aviso epidemiológico Rickettsiosis: Incremento de casos de Rickettsiosis en Coahuila. México: Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; 15 Nov 2012. Reporte no.: CoNaVE/07/RICKETTSIOSIS.
5. Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2002, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector. *Diario Oficial de la Federación*, p. 20-56 (21 Jul 2003).
6. Foladori G. El reto de las enfermedades infecciosas al paradigma biomédico. *Nómadas, Revista Crítica de Ciencia Sociales y Jurídicas* [internet]. Jul-Dic 2005 [citado 10 Jun 2014]; 12: [aprox. 17 p.]. Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/nomadas/12/gfoladori.html>
7. Caro Lozano J; Zúñiga Carrasco IR, Zaragoza Jiménez CA. Homeopatía en México: contexto histórico y praxis. *Boletín de Epidemiología de la Secretaría de Salud*. May 2007; 24(20): 1-4.
8. Vannier L. Compendio de materia médica homeopática. Ciudad de México: Porrúa, 1996.
9. *Ibid*.