Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):939

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-041 - QUÉ DIFÍCIL ES CUANDO NO EXISTE SOSPECHA CLÍNICA

M. Gallego Villalobos[1], J. Valdés Bécares[1], G. Sierra Dorado[2], V. Arenas García[1], I. Maderuelo Riesco[1], C. Tarrazo Tarrazo[1], J. Garrido Sánchez[1] y S. Fuente Cosio[1]

[1]Medicina interna; [2]Microbiología. Hospital San Agustín. Avilés (Asturias).

Resumen

Objetivos: Valorar las características clínicas de dos pacientes diagnosticados de fiebre Q aguda sin sospecha epidemiológica.

Material y métodos: Se recogen los datos clínicos de dos pacientes diagnosticados de fiebre Q aguda entre enero y mayo de 2017.

Resultados: Caso 1. Mujer de 47 años, trabajadora de hostelería. Ingresa por cuadro de fiebre y dolor en los costados. Deterioro clínico y gasométrico rápido que precisa ingreso en UCI. Se observan infiltrados bilaterales. En los estudios realizados se recibe una serología positiva para fiebre Q que se confirma en la segunda muestra. En la analítica sólo presenta una discreta elevación de las transaminasas. Presentó buena evolución clínica tras tratamiento con levofloxacino y clindamicina. Caso 2. Varón de 70 años que es remitido a planta tras ingreso en UCI por taponamiento cardiaco. No contactos con animales, medio urbano. Dos ingresos consecutivos por derrame pericárdico, el segundo de ellos con taponamiento cardiaco que preciso realización de ventana pericárdica. En el TAC se observan adenopatías mediastinicas y en la analítica discreta alteración de pruebas hepáticas. Los resultados serológicos se recibieron cuando los pacientes ya habían sido dados de alta. Precisando una segunda muestra para confirmación.

Discusión: La fiebre Q es una zoonosis de distribución mundial producida por Coxiella burnetii. Puede manifestarse como una infección aguda o crónica. La C. burnetii infecta una gran cantidad de huéspedes habituales (vacas, conejos, cabras, perros, gatos y conejos). Y no habituales como reptiles, mamíferos y garrapatas. Es un germen muy infeccioso. El ser humano es un huésped accidental, se infecta habitualmente por el contacto con ganado ovino y bovino, mediante la inhalación de aerosoles contaminados o el consumo de leche o productos lácteos sin higienizar. Otras formas de transmisión son esporádicas. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad son muy variables. Existe una forma aguda, con tres manifestaciones características cuadro seudogripal autolimitado, neumonía y hepatitis. La neumonía suele producirse en pacientes mayores e inmunodeprimidos. Otras manifestaciones pueden ser exantema maculo-papular, pericarditis, miocarditis, meningitis aséptica, síndrome de Guillain Barre. La fiebre Q crónica puede afectar al corazón, hueso, hígado, aparece meses o años después de la infección aguda. La forma más característica es la Endocarditis. Los hallazgos de laboratorio son inespecíficos. El diagnóstico se realiza por la determinación de anticuerpos IgG; igM e IgA. La seroconversión se detecta a los 7-15 días del comienzo de los síntomas. Un título elevado frente a antígenos en fase II sugiere infección

reciente. Un título de IgG elevado frente a antígenos de la clase I se asocia a infección crónica.

Conclusiones: El diagnóstico de fiebre Q es a veces muy complejo, sobre todo cuando no existe una epidemiologia sospechosa. Los hallazgos de laboratorio son muy inespecíficos y ayudan poco al diagnóstico. A esto se une que los resultados serológicos tienen un alto número de falsos positivos. Es una infección que puede pasar desapercibida y que si no se trata correctamente puede llegar a cronificarse. Cuando la clínica y la epidemiologia son poco sospechosas el diagnóstico puede ser muy complejo y retrasarse mucho en el tiempo el inicio de un tratamiento correcto.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.