



<https://www.revclinesp.es>

182 - DESCRIPCIÓN DE CASOS DE FIEBRE Q INGRESADOS EN UN HOSPITAL COMARCAL DE CANTABRIA: CONOCERLA ES PODER DIAGNOSTICARLA

Sara Martín Yeves, Lucía Avelleira Villegas, Sonia López Garrido, Ana Arnaiz García, María Ezquerra Marigómez, Manuela Anta Fernández, Raquel Portilla Chocarro y José Manuel Méndez Legaza

Hospital Sierrallana, Torrelavega, España.

Resumen

Objetivos: La fiebre Q es una antropozoonosis causada por *Coxiella burnetii*. Se transmite por vía aérea de animales a personas. España es el país con más casos anuales de Europa. Se trata de una enfermedad de declaración obligatoria (EDO). Tras un periodo de incubación de 2-3 semanas, la infección aguda cursa con fiebre, hepatitis, neumonía o de forma asintomática en el 60% de los casos. Aproximadamente entre el 1-5% pueden desarrollar fiebre Q crónica. La letalidad por secuelas de fiebre Q puede alcanzar el 15%.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo de los casos de fiebre Q ingresados en nuestro hospital en el servicio de M. Interna desde el año 2019 al 2023. Revisando de forma retrospectiva los casos con serologías y cuadro clínico compatible con fiebre Q, recogiendo las manifestaciones clínicas, el mecanismo de transmisión y tratamiento.

Resultados: En este periodo de tiempo se diagnosticaron en nuestro hospital un total de 8 pacientes, de los cuales 7 fueron hombres con una mediana de edad 64,7 años (DE 19,94), la mayoría procedente del medio rural (Reinosa-Campoo). El 75% de los casos preciso de ingreso hospitalario. En cuanto a los antecedentes médicos, solo un 37,5% sufría DM de base, ninguno tenía patología hematológica y solo uno de ellos había sufrido una neoplasia de órgano sólido, ya en remisión. Ninguno de los pacientes se encontraba inmunodeprimido ni por tratamiento corticoide ni quimioterapia. Los pacientes referían contacto con animales en un 75% de los casos: uno de ellos con animales domésticos (perro, gato), en dos de los casos con animales no domésticos y en dos pacientes contacto con animales de ambas clases. Solamente en un caso se objetivo picadura de garrafa. La clínica más frecuente fue la fiebre (62,5%) y la astenia (75%). Se describieron artralgias en un solo caso y ninguno refería mialgias ni cefalea. Desde el punto de vista respiratorio, presentaron tos y neumonía en la mitad de los casos. Dos casos presentaron endocarditis pero solo uno de ellos precisó cirugía al respecto. En cuanto al diagnóstico, las IgM fase II fueron positivas en el 37,5% de los casos. Las IgG fueron positivas a títulos de 1/80 en un paciente, 1/160 en dos pacientes, 1/320 en tres y más de 1/800 en uno. En relación a las combinaciones de antibióticos, la más frecuente consistió en ceftriaxona + doxiciclina. Otras pautas utilizadas fueron: ceftriaxona y doxiciclina en solitario y doxicilina con hidroxicloroquina. Uno de nuestros pacientes requirió traslado a nuestro hospital de referencia de tercer nivel pero todos fueron dados de alta a su domicilio, asintomáticos en seis de los ocho afectados, tras una media de 19,38 días de ingreso (DE 22,22). Tras el alta, varios meses después, solo uno de los pacientes fue diagnosticado de neuropatía óptica.

Conclusiones: La FQ es frecuente en nuestro medio, sobre todo en varones de edades medias. Hay factores ambientales que pueden condicionar la distribución espacial. La afectación pulmonar fue predominante. No se observaron complicaciones importantes en el curso de la infección.