Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):1093

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-127 - ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE UNA SERIE DE CASOS DE FIEBRE Q ENTRE 2010 Y 2014 EN LA PROVINCIA DE ÁVILA

M. Otero Soler[1], J. Gil Domínguez[1], C. Rodríguez Blanco[1], A. de la Vega Lanciego[1], C. Machado Pérez[1], M. Pedromingo Kus[1], M. Tolmos Estefanía[1], E. Navarro Nieto[2]

[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

Resumen

Objetivos: La fiebre Q es una zoonosis causada por Coxiella burnetti. El objetivo de este estudio fue describir las características epidemiológicas, clínicas, el diagnóstico, seguimiento serológico y tratamiento de esta infección en Ávila.

Métodos: Se revisaron de forma retrospectiva las serologías de Coxiella burnetti solicitadas entre 2010-2014. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, pruebas complementarias, títulos de anticuerpos frente Coxiella burnetti y tratamiento. Se consideró caso clínico cuando, existiendo clínica compatible presentaba uno de los siguientes criterios serológicos por IFI: elevación de 4 veces el título de IgG fase II entre la fase aguda y la convalecencia; un título de IgM fase II ? 1/24 y de IgG fase II ? 1/128; un título de IgG fase II ? 1/128 cuando en la fase aguda la serología era negativa; un título de IgG fase II ? 1/128 si solo se había realizado una determinación. También se analizó aquellos que cumplían criterios serológicos de fiebre Q crónica (IgG en fase I ? a 1/1.024).

Resultados: Se analizaron 39 casos de fiebre Q. La mediana de edad fue 56 años, siendo 23 pacientes (59%) mayores de 50 años. El 77% eran varones y el 23% mujeres. En el medio rural vivían 25 pacientes (64%) y 14 en el medio urbano (36%). El 82% precisaron ingreso. Tuvieron contacto con animales un 20,51%, el 2,56% no lo tuvieron, y en el 76,92% no constaba ese dato. 19 pacientes (48,7%) presentaba comorbilidad, siendo la más frecuente la HTA en 11 (28%), y solo 4 casos tenían neoplasia. Los síntomas más frecuentes fueron: fiebre en 26 (66,6%), tiritona en 9 casos (23%), tos en 17 (43,5%), disnea en 14 de ellos (35,9%) y artralgias en 11 (28,2%). Las formas clínicas más frecuentes fueron: fiebre en 13 pacientes (33,3%), formas clínicas clasificadas como “otras”: 10 (25,6%); de ellos, tres fueron pericarditis y un caso de fiebre Q crónica, el resto fueron infecciones respiratorias no consolidantes; neumonía en 9 (23%) y hepatitis en 4 (10%). En cuanto a las pruebas complementarias, 30 pacientes (77%) tenían elevación de reactantes de fase aguda (VSG y/o PCR); así como leucocitosis en 16 (41%). Se realizó ecocardiograma en 10 pacientes (25%), presentando valvulopatía 3 (30%). Se trataron de forma dirigida con doxiciclina 5 casos (13%) y 3 de ellos durante 15 días o más. Se realizó seguimiento serológico en 8 pacientes (20,5%), sin una uniformidad en la periodicidad.

Discusión: En nuestra serie predominaron los varones mayores de 50 años, a diferencia de lo descrito en la literatura, siendo más frecuente su incidencia en adultos jóvenes. Aunque en consonancia con ésta, hubo más casos en el medio rural. Los estudios refieren que las formas clínicas más frecuentes son la fiebre, neumonía y hepatitis. En este análisis hay un alto porcentaje de pacientes que no se han podido clasificar en ninguno de

estos cuadros, destacando infecciones respiratorias y 3 pacientes con pericarditis por Coxiella burnetti que supone un 7,6% del total. Solo se detectó un caso de fiebre Q crónica con valvulopatía previa. Un bajo porcentaje de los pacientes recibieron un seguimiento serológico reglado. Además en muchos de ellos el tratamiento establecido no fue dirigido frente a fiebre Q, sino empírico para neumonía; datos que apoyan el hecho del difícil diagnóstico de esta enfermedad debido a la variabilidad de la presentación clínica, el retraso en la seropositividad y la variabilidad de estos criterios, lo que dificulta el establecimiento de un tratamiento adecuado.

Conclusiones: La fiebre Q es una enfermedad de difícil diagnóstico que requiere una alta sospecha clínica apoyada por datos serológicos y epidemiológicos. Existe variabilidad en la forma de presentación clínica y en los criterios serológicos. Es necesario un adecuado tratamiento y seguimiento serológico para evitar progresión a formas crónicas.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.