Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):333

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-037 - PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE FIEBRE Q EN UN PERÍODO DE 10 AÑOS EN LA PROVINCIA DE ÁVILA

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

[1]Medicina Interna, [2]Análisis Clínicos. Complejo Asistencial de Ávila. Ávila.

Resumen

*Objetivos:*El objetivo fue describir las características epidemiológicas, clínicas, el diagnóstico, seguimiento serológico y tratamiento de la fiebre Q en Ávila en un período de 10 años.

*Material y métodos:*Se revisaron de forma retrospectiva las serologías de *Coxiella burnetti* solicitadas entre el 1 de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2014. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, pruebas complementarias, títulos de anticuerpos frente *Coxiella burnetti* y tratamiento. Se consideró caso clínico de fiebre Q aguda 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 recogieron aquellos que cumplían criterios serológicos de fiebre Q crónica (IgG en fase I ? 1/1.024).

*Resultados:*Se recogieron 65 casos diagnosticados de fiebre Q. La media de edad fue 53 años, con una desviación típica de 19. 43 pacientes (67%) eran varones y 21 (33%) eran mujeres. Vivían en el medio rural 39 pacientes (61%) y 25 en el medio urbano (39%). El período de inverno fue la época predominante, diagnosticándose un 32,8% de los casos y el verano fue la segunda estación en frecuencia con un 28% de los mismos. Tuvieron contacto con animales un 14% (9 pacientes) y en el 79,70% de las historias no constaba ese dato. De la muestra analizada, 23 pacientes (35,99%) presentaba comorbilidad tipo hipertensión arterial, diabetes, cirrosis, insuficiencia cardiaca y/o EPOC; 14% (9 pacientes) tenían neoplasia, y ninguno de ellos VIH. Solo 4 pacientes (6%) presentaban valvulopatía cardiaca conocida previa. Los síntomas de presentación más frecuentes fueron: fiebre en 51 casos (80%), tiritona en 16 (25%); tos en 41 pacientes (64%), disnea en 30 (47%), artralgias en 19 (29,70%), náuseas, dolor abdominal y diarrea en 22 casos (34%). Las formas clínicas más habituales fueron el síndrome febril en 25 casos (38%); neumonía en 20 pacientes (31,25%), hepatitis en 7 casos (11%), neumonía más hepatitis en 5 casos (7,8%). Solo se detectó un caso de fiebre Q crónica. No hubo ningún fallecimiento ni ninguna endocarditis registrada. En el estudio de pruebas complementarias destacar que 43 (67,20%) tenía elevación de reactantes de fase aguda (VSG y/o PCR); así como leucocitosis en 24 pacientes (37,5%). Se trataron con doxiciclina 13 pacientes (20,30%) y con quinolonas 23 pacientes (36%). Se realizó seguimiento serológico en 12 pacientes (18,75%) sin una uniformidad característica en la periodicidad, pero con una media de la misma de 12 semanas.

*Discusión:*En nuestra serie predominaron los varones sin comorbilidades relevantes, al igual que en la literatura. A diferencia de otros estudios no se encontraron más casos en primavera. Existe una gran

heterogeneidad en la presentación clínica de la enfermedad, pudiendo estar relacionado con la virulencia de la cepa y la vía de adquisición de la infección. Así según el área geográfica se encuentran patrones distintos de presentación. En nuestro estudio la forma más frecuente fue el síndrome febril, seguido por la neumonía y hepatitis. Solo se realizó seguimiento serológico en un 18,75% de los casos, similar a datos publicados en otras series. Es relevante hacer dicho seguimiento para detectar aquellos casos que desarrollan cronicidad. Solo una quinta parte de los pacientes recibieron tratamiento con doxiciclina, porcentaje inferior a otros estudios. Puede influir en este resultado el retraso en el diagnóstico serológico y el inicio de otros tratamientos empíricos.

*Conclusiones:*La fiebre Q es una enfermedad de difícil diagnóstico que requiere una alta sospecha clínica apoyada por datos serológicos y epidemiológicos. Es necesario un adecuado tratamiento y seguimiento serológico para evitar su progresión a formas crónicas.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.