

de cáncer renal papilar tipo II y leiomiomatosis (un criterio es suficiente) son: un diagnóstico de 2 de los 3 tumores mencionados a continuación: leiomiomatosis cutánea, leiomiomas uterinos y/o tumores renales de histología papilar tipo II, ya sea en el mismo individuo o en un pariente de primer grado<sup>2</sup>. Nuestra paciente fue estudiada por su hermana.

En estos pacientes heterocigotos, para la mutación del gen FH, las actividades preventivas incluyen<sup>5,6</sup>:

- Evaluación dermatológica anual o bienal.
- Evaluación ginecológica anual.
- Resonancia magnética abdominal anual (preferible a una tomografía computarizada).

Consideramos que la atención primaria es el lugar ideal para la sospecha diagnóstica de estos casos, puesto que la relación con el paciente es longitudinal e integral, participando del cuidado de los distintos problemas de salud del paciente a lo largo de su vida.

## Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

A la Dra. María Jesús Gallego Uriel por sus aportaciones.

## Bibliografía

1. Dice-apper. [consultado 19 Feb 2016] Disponible en: <http://dice-apper.semfy.es/web/buscador.php>
2. Robles Díaz L, Balmaña J, Garrell Lluís I, Grandes Velasco S, Graña Suárez B, Guillén Ponce C, et al. Consenso en cáncer hereditario entre la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y las sociedades de atención primaria (SEMFC, SEMERGEN y SEMG). *Med Gen y Fam (digital)*. 2012;1:333–42.
3. Ljungberg B, Bensalah K, Bex A, Canfield S, Dabestani S, Hofmann F, et al. Guidelines on renal cell carcinoma. *European Association of Urology*. 2014. Actualizado Abr.
4. Haas NB, Nathanson KL. Hereditary kidney cancer syndromes. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2014;21:81–90.
5. Menko FH, Maher ER, Schmidt LS, Middleton LA, Aittomäki K, Tomlinson I, et al. Hereditary leiomyomatosis and renal cell cancer (HLRCC). *Renal cancer risk, surveillance and treatment*. *Fam Cancer*. 2014;13:637–44.
6. Pithukakorn M, Toro JR. Hereditary Leiomyomatosis and Renal Cell Cancer. *GeneReviews*® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2016. 2006 [actualizado 6 Ago 2015].

A.L. Aguilar-Shea\*, M.S. González-Expolio,  
M.C. Vicén Pérez y F.J. Martínez-Aguayo

*Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Puerta de Madrid, Atención Primaria de Madrid, Alcalá de Henares, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [antonio.aguilar@salud.madrid.org](mailto:antonio.aguilar@salud.madrid.org)  
(A.L. Aguilar-Shea).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.03.010>  
1138-3593/

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Exantema variceliforme en el transcurso de una fiebre Q



### Varicelliform exanthema during a Q fever

Sr. Director:

Los exantemas son frecuentes en infecciones tanto bacterianas como virales, aunque en algunos casos resultan excepcionales, como es el caso del exantema papular asociado a brucelosis, que tuvimos oportunidad de comunicar<sup>1</sup>, y este caso de exantema variceliforme asociado a fiebre Q.

La fiebre Q es una zoonosis causada por la *rickettsia Coxiella burnetii*. Entre las manifestaciones frecuentes de la fiebre Q se contemplan, en la fase aguda, el síndrome gripal, la neumonía y la hepatitis, siendo menos frecuentes la meningoencefalitis, la endocarditis y la pericarditis<sup>2</sup>. Se han comunicado también casos de vasculitis de grandes vasos<sup>3</sup>. Entre las manifestaciones cutáneas que aparecen entre el 5-20% de los casos se contemplan el exantema, el eritema nudoso y la púrpura. Es raro que el exantema sea localizado

y de tipo variceliforme o, al menos, no lo hemos encontrado descrito en la revisión realizada.

Presentamos el caso de un varón de 56 años, que acude a consulta por presentar un cuadro de 5 días de evolución consistente en malestar general intenso, artromialgias, fiebre alta de predominio vespertino, cefalea intensa y sudoración profusa, especialmente nocturna, sin ningún olor especial. No presentaba tos, dolor torácico, diarrea, molestias urinarias, ni otra sintomatología. En la exploración se aprecia exantema de tipo variceliforme que afecta a cuero cabelludo, zona frontal, zona hemifacial derecha, hombro y hemitórax derecho. Las lesiones son maculo-pápulas y vesículas, en escaso número, y recuerdan a las lesiones de varicela (figs. 1 y 2). Algunas lesiones tienen zona central con costra y halo periférico eritematoso (fig. 3). Entre sus antecedentes destaca el ser criador de canarios para concursos de canto y el haber estado el mes previo a la aparición de los síntomas en zona rural, donde se había dedicado a la caza de murciélagos y a labores de campo. La exploración fue normal con la excepción de las lesiones cutáneas. No presentaba adenopatías. Las auscultaciones cardíacas y pulmonares fueron normales. No presentaba



**Figura 1** Lesión vesículo-costrosa en zona frontal izquierda.



**Figura 2** Lesiones vesiculosas en zona hemifacial derecha.

visceromegalias ni masas abdominales. En la analítica el hemograma fue normal, con leucocitos  $5,13 \times 10^3/\mu\text{l}$  y fórmula normal. En bioquímica todos los parámetros fueron normales a excepción de leve elevación de GPT (ALT) 43 UI/l (referencia de laboratorio 35 UI/l), con el resto de parámetros hepáticos normales GOT (AST) 33 UI/l, GGT 65 UI/l, FA 73 UI/l, bilirrubina total 0,47 mg/dl. Serologías: citomegalovirus anticuerpos (Ac) IgG+, IgM-, mononucleosis Ac Epstein-Barr, Ac VCA IgM-, Ac EBNA+, serología varicelazóster, Ac IgG+, IgM-, sífilis *Treponema pallidum* IgG-, *Coxiella burnetii* (fiebre Q) Ac IgG fase II: positivo 1/320 (técnica IFI). Repetida la analítica a los 14 días presentaba: serología *Coxiella burnetii* (fiebre Q) Ac IgG fase II: positivo 1/1.280, con normalización del resto de parámetros de hemograma y bioquímicos. Tras los 14 días, el paciente estaba asintomático y con las lesiones residuales en fase



**Figura 3** Lesión con zona central costrosa de 2 mm y halo periférico eritematoso en hemitórax derecho.

de costra. Aunque el paciente no tenía ya fiebre y había mejorado su sintomatología general, se decidió, tras la confirmación serológica realizar tratamiento con doxiciclina 200 mg/día durante 14 días, por la persistencia de lesiones cutáneas en fase residual. No presentaba factores de riesgo que hicieran pensar en la posible cronificación de la infección.

El diagnóstico de fiebre Q de nuestro paciente se basa en la clínica, el patrón epidemiológico y el serorrefuerzo con cuadruplicación de títulos fase II IgG (IFI) de 1/320 a >1/1.280. Aplicamos los mismos criterios diagnósticos serológicos que los comunicados por otros autores de una revisión exhaustiva y retrospectiva de 54 casos<sup>4</sup>, y que utilizaron el mismo laboratorio de referencia.

Las manifestaciones más frecuentes de la fiebre Q en nuestro medio son el síndrome febril o pseudogripal, la hepatitis y la neumonía<sup>5,6</sup>. Hay un porcentaje importante de casos que son descubiertos por la serología, pero han resultado asintomáticos. Otros casos son descubiertos en fase de cronicidad. La gran variabilidad clínica parece que pueda depender del genotipo del microorganismo con virulencias diferentes<sup>2</sup>. Aunque no es una manifestación frecuente de la fiebre Q, las lesiones cutáneas se describen como maculopápulas o *rash* purpúrico. La aparición de lesiones cutáneas del tipo descrito, variceliforme, junto con cuadro febril y sintomatología general y con un contexto epidemiológico apropiado deben inducirnos a incluir la fiebre Q en el diagnóstico diferencial. Un adecuado índice de sospecha en atención primaria podría favorecer un diagnóstico y tratamiento correctos y contribuir a evitar en parte los casos de cronicidad.

## Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses para ningún autor.

## Bibliografía

1. Morera-Montes J, Toribio-Dapena SR, Ramos-Díaz N, Badala-Marcano G. Exantema maculo-papuloso y brucelosis. *Rev Clin Esp*. 1991;188:431.

2. Raoult D. Clinical manifestations and diagnosis of Q fever. Uptodate. Literature review current through: oct 2015. [consultado 18 Nov 2015] Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-q-fever?>
3. Baziaka F, Karaïskos I, Galani L, Barmpouti E, Konstantinidis S, Kitas G, et al. Large Wessel vasculitis in a patient with acute Q-fever: A case report. IDCases. 2014;1:56–9.
4. Rui-Seco MP, López-Rodríguez M, Estébanez-Muñoz M, Pagan B, Gómez-Cerezo JF, Barbado-Hernández FJ. Fiebre Q: 54 nuevos casos de un hospital terciario de Madrid. Rev Clin Esp. 2011;211:240–4.
5. Ramos JM, Masía M, Rodríguez JC, Gutiérrez F. Fiebre Q aguda en la Comunidad Valenciana. Estudio de 30 casos. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2005;23:507–13.
6. Roca B, Fiebre Q. An Med Interna (Madrid). 2007;24:558–60.

J. Morera-Montes, M.J. Lucena Martín, M. Gómez-García\* y S. Castellanos-Redondo

*Medicina Familiar, Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), Centro de Salud Mirasierra, Área Norte, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mangomezg@telefonica.net](mailto:mangomezg@telefonica.net) (M. Gómez-García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.03.011>  
1138-3593/

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## La realización de densitometrías sin criterio aumenta la prescripción innecesaria de fármacos para la osteoporosis



### Performing densitometry uncritically increases unnecessary prescription of drugs for osteoporosis

Sr. Director:

Muchas Guías de Práctica Clínica, tales como la U. S. *Preventive Services Task Force* americana (USPSTF), recomiendan realizar densitometrías por *dual-energy X-ray absorptiometry* (DXA) a las mujeres mayores de 65 años o menores de esta edad pero con riesgo elevado de fractura<sup>1</sup>. Esta práctica permite la prescripción de medicación contra la osteoporosis a las mujeres según los resultados de la DXA. El problema es que la utilización de esta prueba genere un sobrediagnóstico y un sobretratamiento de este factor de riesgo de fractura; y que la medicación no sea acorde con los resultados de la DXA y los factores de riesgo de fractura por fragilidad ósea en la mujer. La densidad mineral ósea es un predictor de fractura en ausencia de fracturas previas, y un dato para detectar a los pacientes en riesgo de fragilidad ósea. Sin embargo, el método DXA no es absoluto, y la información aportada por este puede inducir un exceso de prescripción inapropiado<sup>2</sup>.

Un estudio recientemente publicado analiza los datos aportados por una cohorte retrospectiva (13 centros de atención primaria de Sacramento, EE. UU.) utilizando bases de datos electrónicas que identificaron a mujeres entre 40-85 años a las que se les practicó un cribado mediante DXA entre enero de 2006 y diciembre de 2011, al tiempo que se identificaba el tipo de tratamiento prescrito (nuevas prescripciones)<sup>3</sup>.

Las mujeres eran clasificadas según la presencia de 6 factores de riesgo: índice de masa corporal inferior a 20, utilización de corticoides, osteoporosis secundaria, fractura de alto riesgo previa (humeral o de Colles), artritis

reumatoide, o abuso de alcohol. Según la técnica aplicada se calcularon los «T-scores», que se clasificaron en normal (T mayor de  $-1,0$ ), osteopenia (T entre  $-2,5$  y  $-1,0$ ) y osteoporosis (T inferior a  $-2,5$ ). Para la interpretación de la DXA se utilizó la cara anteroposterior de la columna lumbar y del cuello femoral como los puntos, según la *International Society for Clinical Densitometry* (ISCD), donde practicar la prueba para instaurar el diagnóstico<sup>3</sup>.

Se incluyeron 6.150 mujeres en el cribado de DXA, de las cuales 1.912 (31,1%) recibieron un tratamiento nuevo para la osteoporosis. El 20,4% de las mujeres (1.254) tenían uno o más factores de riesgo de osteoporosis. De esta población, según la DXA, el 14,2% (871) tuvieron osteoporosis en los lugares fijados por la ISCD, 2.016 (32,8%) osteoporosis en otros lugares no admitidos, y 3.263 (53,1%) mujeres tuvieron osteopenia aislada o «T-scores» normales<sup>3</sup>.

La mayoría de las mujeres con osteoporosis según la ISCD (73,5%) recibieron algún nuevo fármaco antiosteoporótico, de la misma manera que la mitad de aquellas con osteoporosis en un lugar distinto a lo indicado por la ISCD (o no admitido para el diagnóstico) supusieron el 50,3% de las nuevas prescripciones, y aquellas mujeres con osteopenia, el 15,8%<sup>3</sup>.

Por otro lado, de las 6.150 DXA realizadas, 3.696 (60,1%) se efectuaron en mujeres entre 40-64 años sin factores de riesgo de osteoporosis en las que no hubiera estado recomendado el cribado según la USPSTF. De las 1.912 mujeres que iniciaron un nuevo tratamiento (50,9% sin factores de riesgo), 1.272 (66,4%) tuvieron DXA o sin osteoporosis o con osteoporosis en sitios no reconocidos<sup>3</sup>.

Según este estudio, dos tercios de los nuevos tratamientos para la osteoporosis eran potencialmente inapropiados según los postulados actualmente aceptados por las Guías de Práctica Clínica<sup>3</sup>.

Aunque se trata de un estudio local y sus resultados no pueden generalizarse, sí son indicativos del comportamiento de los médicos y de las pacientes en este aspecto. Tal vez porque se trate de un diagnóstico magnificado, donde se confunda el factor de riesgo con la enfermedad (la fractura ósea), y una cierta medicalización de la sociedad lleven a alcanzar estos resultados en la indicación inapropiada de la DXA y la prescripción sin indicación de medicación para la osteoporosis.