



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/4738 - LA IMPORTANCIA DE UNA ANAMNESIS EXHAUSTIVA TENIENDO EN CUENTA ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

M. Arques Pérez^a, D. Martínez Revuelta^b, N. Santos Méndez^c, M. Carlos González^d, L. Alli Alonso^e y J. Cepeda Blanco^f

^aMédico de Familia. SUAP El Sardinero. Santander. Cantabria. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria. ^fMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 53 años ganadero acude a atención primaria por clínica de picos febriles de hasta 38,5 °C, sudoración profusa, cefalea frontal de carácter opresivo y astenia de una semana de evolución agravado este último día. No refiere antecedentes personales de interés salvo trabajar como ganadero.

Exploración y pruebas complementarias: En exploración física constantes normales. No apreciamos exantemas, picaduras, nódulos subcutáneos ni adenopatías. Auscultación cardiopulmonar y palpación abdominal anodina. Exploración neurológica normal. Se solicitó hemograma, bioquímica, sedimento urinario, serología para hepatitis, Brucella y Coxiella burnetti, y radiografía de tórax. Se trató al paciente con paracetamol 1 g. Una semana después presenta mejoría clínica aunque persiste leve cefalea. Presenta hemograma normal, leucocitos, 9.500; neutrófilos, 53%; linfocitos, 25%; monocitos 14%; eosinófilos, 0,5%; VSG, 34, bioquímica (AST, 74; ALT, 120; GGT, 113; FA, 133; LDH, 733; resto normal), serología pendiente. En la radiografía de tórax no existen hallazgos de interés. Dos semanas después los síntomas eran mínimos, la serología negativa para hepatitis B y C, y Brucella, y positiva para Coxiella burnetti (IFI IgG 1/257 e IFI IgM +). Ante estos resultados se le diagnostica fiebre Q, y se pauta doxiciclina, 100 mg/12 h durante 14 días.

Juicio clínico: Fiebre Q.

Diagnóstico diferencial: Virasis con cefalea. Proceso expansivo intracraneal. Brucelosis. Fiebre Q.

Comentario final: La fiebre Q es una zoonosis producida por Coxiella burnetti endémica en España. Se contagia por inhalación de las secreciones animales. La ausencia del exantema característico de las rickettsiosis, junto con una clínica presente en un 50% de los casos nos pone ante un cuadro más frecuente de lo que pensamos pudiéndose confundir con una virasis. Debemos

valorarlo ante procesos febriles con cefalea y alteraciones del estado general, y sobre todo cuando se asocien a posibles antecedentes epidemiológicos. La fiebre Q en su forma aguda es asintomática en un 50% de los casos, la forma sintomática puede presentar fiebre, cefalea, mialgias, náuseas, artralgias y tos seca, así como neumonitis siendo uno de los posibles diagnósticos diferenciales de la neumonía atípica. A su vez se puede encontrar alteraciones hepáticas y cardíacas.

Bibliografía

1. Fiebres tíficas. En: Farreras P, Rozman C, eds. Medicina interna. 13ª ed. Barcelona: Mosby-Doyma Libros, 1995; p. 2401-3.

Palabras clave: Fiebre. Rickecttsia.