



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/871 - FIEBRE Q: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Acedo Rivero<sup>a</sup>, M. Crespo Cañete<sup>b</sup>, L. Gómez Sánchez<sup>c</sup> y J. Pérez de Navarro Zambrana<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Interna. Hospital Punta Europa. Algeciras. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 35 años sin antecedentes personales de interés, que acude a Urgencias por cuadro febril de hasta 39 °C de 3-4 días con tos y expectoración purulenta, dolor torácico y costal de características pleuríticas. Hace dos semanas acudió a Urgencias por el mismo motivo, se le realizó Radiografía de tórax observándose un infiltrado en hilio pulmonar derecho diagnosticándose de neumonía para lo cual ha estado en tratamiento con cefuroxima.

**Exploración y pruebas complementarias:** Aceptable estado general. Eupneico. Saturación: 98%. Fc: 95 lpm. TA: 125/60. ACP: rítmico sin soplos, murmullo vesicular conservado con algún roncus aislado. Analítica: leucocitosis con desviación a la izquierda, ligera elevación de las transaminasas y una proteína C reactiva alta. Radiografía de tórax: infiltrado a nivel de lóbulo medio derecho. TAC tórax: normal. Ingresó en Medicina Interna y se solicitaron serologías para neumonías atípicas, antígenos de Legionella y neumococo, cultivo de esputo, hemocultivos... Durante su estancia estuvo en tratamiento con moxifloxacino y tras 5 días mejoró clínicamente por lo que se procedió a su alta domiciliaria con diagnóstico de infección respiratoria recurrente y manteniendo moxifloxacino vía oral. En la cita de revisión el paciente ya estaba asintomático y de los resultados pendientes cabe destacar que la serología fue positiva para Coxiella burnetii fase II.

**Juicio clínico:** Fiebre Q.

**Diagnóstico diferencial:** Neumonía típica o atípica. Tuberculosis. Gripe.

**Comentario final:** La fiebre Q está producida por la rickettsia Coxiella burnetii. Las principales fuentes de infección son las vacas, las ovejas y las cabras. La fiebre Q puede adoptar dos formas, una aguda y otra crónica. En la forma aguda, las manifestaciones principales son fiebre, cefalea, astenia, hepatitis y neumonía y en la crónica la endocarditis. La serología por inmunofluorescencia indirecta continúa siendo el procedimiento diagnóstico más empleado. La inespecificidad de la sintomatología y el carácter autolimitado de la infección dificultan el diagnóstico clínico y determinan que muchos casos pasen inadvertidos.

### Bibliografía

1. Fraile Fariñas MT, Muñoz Collado C. Infección por Coxiella burnetii (fiebre Q). Enferm Infect Microbiol Clin. 2010;28(Supl 1):29-32.
2. Roca B. Fiebre Q. An Med Interna (Madrid). 2007;24(11).

**Palabras clave:** Fiebre Q. Neumonía. Síndrome febril.