

424/1379 - CEFALEA Y FIEBRE. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Arjol López¹, D. González Trujillo², E. Mohamed Buhoy³ e I. Uldemolins Gómez³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP de Soria. ²Médico de Familia. Equipo de Atención Primaria Soria Sur. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Soria Sur.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 40 años que acude a la consulta de Atención Primaria con cefalea holocraneal de 3 semanas de evolución. Comenzó tras proceso vírico que duró 15 días, con 4 días de fiebre alta y postración, incluido síncope. La cefalea comenzó justamente después y previamente no ha presentado nunca síntomas de este tipo. En consulta, exploración neurológica normal, afebril. Dadas las características atípicas de la cefalea, se decide derivación preferente al Neurólogo. Antes de ser llamado para consulta especializada, acude al Servicio de Urgencias por una cefalea brusca, mareos y febrícula, desde donde tras realización de TC por ausencia de respuesta a perfusión analgésica, se ingresa en Neurología para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: TC craneal: signos incipientes de edema en los surcos de la convexidad. Analítica en planta de hospitalización: elevación de las transaminasas. IgM (fase II) Coxiella burnetti (+). PCR C. burnetti (+). Eco abdominal: normal. LCR: no alteraciones en el perfil citobioquímico. Ecocardiograma: dentro de los límites de normalidad.

Orientación diagnóstica: Infección aguda por Coxiella burnetti.

Diagnóstico diferencial: Toxoplasmosis. Brucelosis. Leptospirosis.

Comentario final: El pronóstico de esta infección cuando se diagnostica de forma temprana es bueno. Sin embargo, cuando se diagnostica por sus complicaciones crónicas (más de 6 meses), aumenta la tasa de mortalidad, pues el 60% de los casos se manifiesta como una endocarditis y el resto como una osteomielitis o una hepatitis granulomatosa. El papel del médico de Atención Primaria en este tipo de pacientes es vital para detectar los casos de cefaleas con signos de alarma y que son subsidiarias de ser derivadas de forma preferente al neurólogo. Criterios de alarma: inicio súbito, características atípicas, intensidad/frecuencia creciente, resistencia a la analgesia, asociación a trastornos de comportamiento, focalidad neurológica, crisis epilépticas, edema de papila, fiebre, signos meníngeos, empeoramiento reciente, asociación a tos, cambios posturales, esfuerzo físico o de predominio nocturno, edades extremas de la vida y pacientes oncológicos o inmunodeprimidos.

Bibliografía

1. Peña-Irún Á, González Santamaría AR, Munguía Rozadilla F, Herrero González JL. Fiebre Q: Descripción de un caso. Semergen. 2013;39(5):e12-e14.
2. Pérez-Arellano JL, Carranza Rodríguez C, Gutiérrez C, Bolaños Rivero M. Epidemiología de la fiebre Q en España. Rev Esp Quimioter. 2018;31(5):386-405.

Palabras clave: Cefalea. Fiebre Q. Atención primaria.