

424/1329 - FIEBRE SIN FOCO COMO DEBUT DE FIEBRE Q

A. Tierra Rodríguez¹, J. Capón Álvarez², S. Álvarez Colinas³ y P. dos Santos Gallego¹

¹Médico de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada 2. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 50 años sin antecedentes de interés (vive en medio rural), con fiebre persistente (39,5 °C) de diez días sin otra clínica.

Exploración y pruebas complementarias: Destacaba hipotensión 93/60 sin datos de sepsis. No presentaba adenopatías, lesiones cutáneas ni alteraciones en la exploración física. Tenía leucocitosis con elevación de transaminasas (GOT 111, GPT 141, GGT 84) y de reactantes de fase aguda (PCT 1,4 y PCR 10). Se decidió ingreso para ampliar estudio. El resto de pruebas (serologías, batería autoinmune, quantiferon, cultivos, radiografía simple tórax-abdomen y ECG) fueron normales. El TAC body mostró una discreta hepatosplenomegalia y las serologías iniciales de zoonosis fueron negativas. Ante fiebre de origen intermedio sin etiología filiada se inició antibioterapia empírica con ceftriaxona y doxiciclina por sospecha de hepatosplenomegalia secundaria a proceso infeccioso con riesgo de zoonosis, presentando resolución analítica y de la fiebre. Al mes de seguimiento ambulatorio la analítica era normal y se mantenía asintomático, pero las serologías de control revelaron positividad para Coxiella burnetii IgG en fase II de 1/4.096.

Orientación diagnóstica: Fiebre Q.

Diagnóstico diferencial: Fiebre de origen desconocido, gripe, hepatitis, neumonía, endocarditis, enfermedad de Lyme, rickettiosis, brucellosis, leptospirosis.

Comentario final: La fiebre Q es una infección zoonótica causada por Coxiella burnetii que aparece generalmente en personas que viven en medio rural. Las manifestaciones clínicas son variables, desde ausencia de síntomas hasta fiebre (aveces inexplicable), neumonía, hepatitis e incluso endocarditis o meningoencefalitis. El 85% de los pacientes pueden tener hipertransaminasemia. El diagnóstico se establece mediante pruebas serológicas, cuando IgM \geq 50 o IgG en fase II es \geq 200 en el momento agudo. Lo más frecuente es que se produzca un fenómeno de seroconversión, es decir, solo se detectan los anticuerpos a partir de las 3 semanas (aumentan IgG en fase II hasta cuatro veces), lo cual dificulta el diagnóstico y tratamiento inicial. El pronóstico de la fiebre Q generalmente es bueno con el tratamiento adecuado, siendo el antibiótico de elección doxiciclina. El 20% pueden desarrollar síndrome de fatiga crónica post-fiebre Q.

Bibliografía

1. Angelakis E, Raoult D. Q Fever. Vet Microbiol. 2010;140(3-4):297-309.

Palabras clave: Fiebre. Coxiella. Hepatoesplenomegalia.