



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

452/117 - ¿NEUMONÍA O PROCESO VIRAL?

P. Isarre García de Jalón¹, L. Vilasoa Núñez², B. Pérez Moreno³, C. Muniesa Urbistondo³, J. Letosa Gaudó³, F. Angoso Berrocal⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bombarda. Zaragoza. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Universitat. Zaragoza. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Almunia de Doña Godina. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 45 años que comienza con tos escasa no productiva y dolor torácico subclavicular izquierdo inespecífico consultando en varias ocasiones a su médico de atención primaria. Empeoraba con el movimiento y la radiografía de tórax era estrictamente normal por lo que el cuadro impresionó de cuadro catarral viral con dolor osteomuscular y mialgias asociadas. Se decidió entonces tratamiento sintomático con antiinflamatorios no esteroideos. A los cinco días persistía la clínica y apareciendo además disnea y pico febril de 39 °C por lo que la paciente acude por sus propios medios a Urgencias. Allí se repitió la radiografía apareciendo una condensación en LSI y elevación de reactantes de fase aguda. Ante estos hallazgos la paciente pasó a sala de observación de urgencias con antibioterapia intravenosa y ante la mejoría clínica de la paciente a las horas se acordó darle alta con amoxicilina/clavulánico 875/125 mg vía oral. A los cuatro días y ante aumento de fiebre y disnea fue derivada a Urgencias de nuevo.

Exploración y pruebas complementarias: La paciente se encontraba con gran afectación del estado general, palidez y fiebre de 39 °C a pesar de antitérmicos. La auscultación pulmonar esta vez reveló crepitantes en campo superior izquierdo. La auscultación cardíaca, otorrinolaringológica, cervical y abdominal sin alteraciones. En la analítica destacaba una PCR 19 mg/dL (similar a cuatro días antes) sin leucocitosis ni aumento de neutrofilia. La gasometría arterial reveló una alcalosis respiratoria con pO₂ de 72 mmHg. En la radiografía de tórax persistía el aumento de densidad en LSI prácticamente sin cambios respecto a la radiografía realizada 4 días antes. Se extrajeron cultivos y serologías para neumonía. Finalmente se acordó ingreso ante evolución tórpida y mala respuesta a tratamiento. Se decidió tratamiento antibiótico intravenoso con ceftriaxona + azitromicina (PROA) a la espera de cultivos. Los cultivos fueron negativos. En cuanto a las serologías únicamente fue positiva la PCR para *Coxiella burnetii*, siendo negativa para VIH, VRS, *Legionella*, *Chlamydia* y *Mycoplasma*.

Juicio clínico: Neumonía por fiebre Q.

Diagnóstico diferencial: Proceso catarral, neumonía atípica, dolor osteomuscular.

Comentario final: Finalmente, ante la PCR positiva para *Coxiella burnetii* se decidió modificar la antibioterapia administrando únicamente doxiciclina. La evolución clínica y radiológica de la paciente fue satisfactoria. El caso nos llamó la atención porque la clínica era sugestiva de un cuadro viral con malestar, mialgias y tos escasa sin otras alteraciones. Pero la evolución posterior hacia fiebre, disnea y a la aparición de crepitantes en la AP sugirió la posibilidad de neumonía como diagnóstico final. Hecho que finalmente se

confirmó con la condensación pulmonar radiográfica y con la PCR positiva para *Coxiella burnetti*. Conviene recordar que la neumonía es una presentación frecuente de la fiebre Q. Se trata de casos con escasa clínica respiratoria y clínica extrapulmonar: mialgias, dolor de cabeza... Razón por la cual muchas veces son etiquetados como cuadros virales no pautándose antibioterapia.

Bibliografía

Raoult D, Marrie T. Q fever. Clin Infect Dis. 1995;20(3):489-95.

Million M, Raoult D. Recent advances in the study of Q fever epidemiology, diagnosis and management. J Infect. 2015;71 Suppl 1:S2-9.

Palabras clave: Fiebre Q. NAC. Neumonía por gérmenes atípicos. Infección viral.