

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Alonso-Fernández M, Mediavilla-Bravo JJ, López-Simarro F, Comas-Samper JM, Carraminana-Barrera F, Mancera-Romero J, et al. Evaluación de la realización del cribado del pie diabético en Atención Primaria. *Endocrinol Nutr.* 2014;61:311-7.
2. Desmond EA, Chou LB. Current concepts review: Lisfranc injuries. *Foot Ankle Int.* 2006;27:653-60.
3. Crim J. MR imaging evaluation of subtle Lisfranc injuries: The midfoot sprain. *Magn Reson Imaging Clin N Am.* 2008;16:19-27.
4. Baena Camús L, Álvarez Sigano L, García López E. Artropatía de Charcot. *FMC.* 2013;20:423-4.
5. González Lema I, Portela Romero M. Fractura-luxación de Lisfranc. *FMC.* 2015;22:106-7.
6. Sherief TI, Mucci B, Greiss M. Lisfranc injury: how frequently does it get missed? And how can we improve? *Injury.* 2007;38:856-60.
7. Stavlas P, Roberts CS, Xypnitos FN, Giannoudis PV. The role of reduction and internal fixation of Lisfranc fracture-dislocations: A systematic review of the literature. *Int Orthop.* 2010;34:1083-91.
8. Ly TV, Coetzee JC. Treatment of primarily ligamentous Lisfranc joint injuries: Primary arthrodesis compared with open reduction and internal fixation A prospective, randomized study. *J Bone Joint Surg Am.* 2006;88:514-20.
9. Wukich DK, Joseph A, Ryan M, Ramirez C, Irrgang JJ. Outcomes of ankle fractures in patients with uncomplicated versus complicated diabetes. *Foot Ankle Int.* 2011;32:120-30.
10. Clement S, Braithwaite SS, Magee MF, Ahmann A, Smith EP, Schafer RG, et al., American Diabetes Association Diabetes in Hospitals Writing Committee. Management of diabetes and hyperglycemia in hospitals. *Diabetes Care.* 2004;27:553-91.

E. Esteban^{a,*}, J. Palacio^b y R. Estella^c

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Delicias Sur, Sector Zaragoza III, Zaragoza, España

^b Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Ernest Lluch Martín, Calatayud, Zaragoza, España

^c Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eezubero@gmail.com (E. Esteban).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.018>

Cefalea, fiebre y mialgias: neumonía atípica por *Chlamydia psittaci*



Headache, fever and myalgia: Atypical pneumonia caused by *Chlamydia psittaci*

Introducción

La psitacosis (también conocida como ornitosis) es una infección zoonótica, en la cual los pájaros (palomas, pavos, pollos, cacaúas, loros, periquitos, canarios, aves marinas y otros) son el reservorio de la *Chlamydia psittaci* (*C. psittaci*) bacteria intracelular obligada¹. La transmisión de la *C. psittaci* al humano puede ocurrir, raramente de humano a humano¹ o, a través de la inhalación de organismos aerolizados en heces secas de pájaros² enjaulados cuando estos ejercitan sus alas o a través del polvo de la pluma del pájaro, siendo el principal factor de riesgo el contacto.

La clínica típica es fiebre, cefalea, sudoración, tos seca y mialgias. Suele presentarse de forma más común en varones adultos de edad media, teniendo más riesgo las personas relacionadas con la manipulación de pájaros (veterinarios, trabajadores de zoológico, pajarerías, granjas de pájaros y avicultores). La enfermedad afecta prácticamente a cualquier órgano (cerebro³, hígado, pulmón, riñón, bazo,

articulaciones y corazón^{4,5}) y puede tener manifestaciones cutáneas (más frecuente eritema nodoso)⁴.

La anamnesis (historia de contacto con pájaros), la clínica y la afectación pulmonar de un único segmento lobar (más frecuentes en segmentos lobares inferiores) en la radiografía de tórax¹, suelen orientar hacia la presencia de la infección por *C. psittaci*.

De acuerdo con el centro de control y prevención de enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention [CDC]) la definición de caso es la presencia de sintomatología compatible con psitacosis, y la confirmación de caso se hace según los siguientes apartados: a) aislamiento de *C. psittaci* de secreciones respiratorias. Una elevación de 4 veces el título de anticuerpos de muestras de suero recogidas en un período separado de 2 semanas entre la fase aguda y convaleciente (detectado por fijación del complemento o microinmunofluorescencia) a un título mayor o igual a 1:32¹, b) un título IgM único de 1:16 o mayor (por microinmunofluorescencia o MIF)¹. El cultivo es muy difícil, ya que requiere de laboratorio con aislamiento de nivel 3, por el alto riesgo de transmisión. La psitacosis ha sido reportada en Europa^{6,7}, EE.UU., Asia⁸, Suramérica, Japón y Australia^{9,10}.

El tratamiento de elección es la doxiciclina en dosis de 100 mg 2 veces al día, recomendando una duración de 14 días⁴. Los macrólidos, como claritromicina y azitromicina son antibióticos de segunda elección cuando la doxiciclina está contraindicada⁴. En Ávila, Comunidad de Castilla y León, la psitacosis no es una enfermedad de

declaración obligatoria (EDO), y no hay documentado ningún brote en la actualidad.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 42 años de edad, que consulta al médico de atención primaria por comenzar sintomatología de malestar general, cansancio, fiebre de 39 °C, mialgias y se queja de forma importante de cefalea holocraneana, de 5 días de evolución y que no ha mejorado con la toma de ibuprofeno, sin asociarse sintomatología respiratoria, urinaria ni intestinal. Niega dolor torácico. Pareja estable y niega contactos sexuales de riesgo. No cuenta con antecedentes médicos ni quirúrgicos. Niega consumo de tóxicos. Desde hace un tiempo trabaja con la manipulación y transporte de palomas.

Al examen físico, impresiona de buen estado general, TA 120/80 mmHg, FC 75 lpm, sudoroso, afebril (temp. 36°), eupneico, saturación de oxígeno 94%. No lesiones cutáneas.

Sin alteraciones en la esfera ORL. No se palpan adenopatías cervicales, axilares ni inguinales. Auscultación cardíaca: ruidos cardíacos rítmicos y regulares, sin soplos ni extra-tonos. Auscultación pulmonar: disminución del murmullo vesicular en base derecha con crepitantes. Abdomen blando, depresible y no doloroso, sin otros hallazgos. No datos de inflamación en articulaciones. Neurológico sin focalidad. No signos de irritación meníngea. Tras la sospecha de una posible neumonía en base derecha, se solicita de forma urgente radiografía de tórax (figs. 1 y 2).

En la radiografía de tórax se aprecia infiltrado en base derecha, que confirma la sospecha clínica de neumonía, por lo que se solicita analítica con serología para microorganismos atípicos (*C. psittaci*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella pneumophila* y *Mycoplasma pneumoniae*), y se inicia tratamiento con claritromicina 500 mg, un comprimido cada 12 h durante 14 días, además de antitérmicos.



Figura 1 Radiografía de tórax proyección PA.



Figura 2 Radiografía de tórax proyección lateral.

Se cita al paciente a consulta programada en 48 h para ver evolución y resultados de la analítica. El paciente refiere encontrarse mejor, la fiebre ha disminuido, la auscultación pulmonar es similar y persiste la cefalea. En la analítica los leucocitos presentan una fórmula normal (recuento de leucocitos $6,7 \times 10^3/\text{mm}^3$, Hb de 14 g/dl, recuento de leucocitos $6,7 \times 10^3/\text{mm}^3$, plaquetas $219 \times 10^3/\text{mm}^3$, eritrosedimentación 25 mm, GGT 91 U/l, proteína C reactiva 18,93 mg/dl) que junto con su clínica atípica y el contacto con palomas hace sospechar de posible neumonía por *C. psittaci*. Dada la buena evolución, se descarta cambiar a doxiciclina y se mantiene tratamiento con claritromicina, y confirmar resultado de serología.

La evolución continúa favorablemente y terminó el tratamiento de claritromicina. El resultado de la serología es negativo para infección aguda por *C. psittaci* (primer análisis: no se detectan anticuerpos, título inferior a 1:64), y han desaparecido los crepitantes en la auscultación pulmonar. Ante la sospecha de neumonía por *C. psittaci* se repite la serología a las 3 semanas que confirma el diagnóstico de psitacosis (segundo análisis: *C. psittaci* anticuerpos IgG en suero a título 1:256, se confirma infección reciente cuando la determinación de dos análisis sucesivos de anticuerpo IgG en un intervalo de 2-4 semanas presenta un título 4 veces superior al precedente). Se realiza en paralelo a la segunda muestra un segundo análisis de la primera muestra, con mismo resultado, no se detectaron anticuerpos, título inferior a 1:64.

Discusión

En este caso clínico la anamnesis y la sintomatología general pueden hacer sospechar en una infección viral, tras el examen físico y el hallazgo en la radiografía de tórax, se sospecha en una neumonía, siendo muy importante en la anamnesis el dato del contacto con palomas (el paciente no trabajaba a diario con el transporte y manipulación de palomas, y lo refería como algo que hacía de forma ocasional, de

lo que surgía la preocupación del paciente en relación con su sintomatología) para sospechar que realmente se trataba de una neumonía atípica, que después de una segunda serología se confirmó la infección por *C. psittaci*.

El tratamiento de elección es la doxiciclina, sin embargo, se decidió claritromicina, siendo el antibiótico de segunda elección con excelente resultado en la clínica del paciente al transcurrir 48 h. Esto en el contexto de un paciente con fiebre y foco pulmonar, que sugería neumonía adquirida en la comunidad pero que tenía una clara disociación clínico-radiológica.

La relación médico-paciente en la consulta ha sido importante para decidir la conducta, al igual que la confianza que ha sido necesaria para poder concertar las visitas sucesivas y la evolución satisfactoria del paciente, además de la colaboración para la detección de otros posibles casos en relación con la exposición a palomas.

Las muestras de suero han sido examinadas (por técnica de MIF) y validadas en 2 ocasiones por un laboratorio especializado externo a nuestro hospital de referencia.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Stewardson AJ, Grayson ML. Psittacosis. *Infect Dis Clin North Am*. 2010;24:7–25.
2. Petrovay F, Balla E. Two fatal cases of psittacosis caused by *Chlamydophila psittaci*. *J Med Microbiol*. 2008;57:1296–8.
3. Punter MNM, Varma AR. Myeloradiculitis with meningoencephalopathy and optic neuritis in a case of previous *Chlamydia psittaci* infection. *BMJ Case Rep*. 2010;2010, pii: bcr1220092521.
4. Richards MJ. Psittacosis. 2014 [consultado Feb 2014]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/psittacosis>.
5. Salvador CF, Moleiro A, Barcons M, Ausió I, Alcantarilla D. Pericarditis aguda con derrame como forma de presentación de psittacosis. *Rev Esp Cardiol*. 1999;52:727–9.
6. García-Ordóñez MÁ, Blanco-González JI, Villanueva-Agero R, Pozo-Muñoz F. Brote de psitacosis en la comarca norte de Málaga. *Aten Primaria*. 2012;44:e11–2.
7. León MT, Rueda MT, Laguna JA, López B, Bermejo MJ. Brote de psitacosis en Granada. *Rev Esp Salud Publica*. 2005;79:591–7.
8. Dieu Ngan TT, Thomas S, Larsson M, Horby P, Diep NN. First report of human psittacosis in Vietnam. *J Infect*. 2013;66:461–4.
9. Branley JM, Weston KM, England J, Dwyer DE, Sorrell TC. Clinical features of endemic community-acquired psitacosis. *New Microbe New Infect*. 2014;2:7–12.
10. Sciacca M, Lombard X, Longomba JP, Senterre JM. Psittacose sans symptomatologie pulmonaire initiale. *Rev Med Liege*. 2009;64:484–7.

J. Jiménez-Cordero* y O. Jiménez-Pernudo

Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Sur Este, Salud Castilla y León, Ávila, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: j.jimenez@movistar.es

(J. Jiménez-Cordero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.014>

Infección respiratoria por *Pseudomona aeruginosa* adquirida en la comunidad en un paciente con enfermedad de Steinert e hipogammaglobulinemia



Community acquired *Pseudomonas aeruginosa* respiratory infection in a patient with Steinert's disease and hypogammaglobulinemia

Sr. Director:

La distrofia miotónica es una enfermedad hereditaria que se acompaña de alteraciones multisistémicas¹. Afecta al sistema inmune, dando lugar a bajas concentraciones de inmunoglobulinas (Ig) séricas, especialmente IgG².

Mujer de 47 años, diagnosticada de enfermedad de Steinert tipo 1 a los 30 años. Sufrió afectación de la cintura pelviana, cintura escapular y disfagia intermitente. Era autónoma para la deambulación y las actividades básicas de la vida diaria. Presentaba un síndrome ventilatorio restrictivo secundario a su enfermedad neuromuscular y depresión reactiva. Durante los 2 últimos años padeció cuadros recurrentes de sinusitis e infecciones respiratorias. El último le causó broncoespasmo e hipoxemia refractario a tratamiento ambulatorio que precisó ingreso. Se encontraba taquipneica en reposo con trabajo respiratorio, 37,9°C de temperatura, taquicárdica y normotensa. En la analítica destacaba: Hb: 12,6 g/dl, 7.000 l/μl con fórmula normal, 171.000 plt/μl. La PCR y VSG se encontraban dentro de la normalidad y la GOT ligeramente elevada (90 U/l). El proteinograma era indicativo de hipogammaglobulinemia con valores reducidos de IgG: albúmina: 3,58 g/dl, alfa-1-globulina 0,28 g/dl (normal: 0,21-0,35), alfa-2-globulina: 0,71 g/dl (normal: 0,51-0,83), betaglobulina: 0,66 g/dl (normal: 0,57-0,99) y gammaglobulina: