



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/1299 - NEUMONÍA POR *COXIELLA BURNETII*: NO PASES DETALLES POR ALTO

A. Asturias Saiz<sup>a</sup>, A. Casal Calvo<sup>a</sup>, A. Aldama Martín<sup>a</sup>, J.L. Cepeda Blanco<sup>b</sup>, N. Otero Cabanillas<sup>c</sup>, G.E. Rijo Nadal<sup>d</sup>, A. Nofan Maayah<sup>e</sup>, P. Bermúdez Martí<sup>f</sup>, V. Maza Fernández<sup>g</sup> y M. Arias Lago<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente; <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Dávila. Santander. <sup>e</sup>Médico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Santander. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Cantabria. <sup>g</sup>Médico de Familia. Centro de Salud José Barros. Camargo.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 46 años, fumador de 40 cigarrillos/día, trabajador en la industria de fundición y en contacto con ganadería ovina. Acude a Urgencias por fiebre con escalofríos y tiritona, T<sup>a</sup> máxima de 39 °C, que se asocia a cuadro pseudogripal, hemoptisis, astenia y cefalea holocraneal. Es diagnosticado de neumonía adquirida en la comunidad y comienza tratamiento con cefditoren. Se le deriva a consultas de Neumología para control clínico y completar estudio de hemoptisis.

**Exploración y pruebas complementarias:** EF: CyC: carótidas rítmicas y simétricas, sin soplos. No aumento de la PVY. AC: rítmica, no soplos. AP: hipofonesis en base izquierda, con algún roncus aislado. Abdomen: anodino. MMII: sin edemas ni signos de TVP. Analítica: 9.000 leucocitos (82,6% S, 9,8% L), Hb: 17,4 g/dl, Hto: 51,2%, VCM: 97 fl, plaquetas: 95.000, Glu: 108, urea: 50, Cr: 1,31, FG: 65, Na: 133, K: 3,4, PCR: 20,3. Rx tórax: aumento de densidad radiológica en LSI y LII compatible con neumonía en evolución. Ziehl: negativo. Serología: *C. burnetii* IgM positivo, *C. burnetii* IgG negativo. *M. pneumoniae* IgG positivo, *M. pneumoniae* IgM negativo. TC tórax: múltiples condensaciones de características alveolares de distribución peribroncovascular con broncograma aéreo, localizadas en LII, LSI, llingula y LM.

**Juicio clínico:** Neumonía por *Coxiella burnetii*.

**Diagnóstico diferencial:** Infección del parénquima pulmonar (bacterias/micobacterias/virus/hongos). Tuberculosis. Neoplasia. Vasculopatías. Bronquiectasias. Síndromes de hemorragia pulmonar.

**Comentario final:** Nuestro paciente es diagnosticado finalmente de neumonía por *C. burnetii*, zoonosis ubicua transmisible al ser humano, cuyos reservorios más frecuentes son vacas, ovejas y cabras. La presentación clínica de la fiebre Q es muy variada, pudiendo resultar asintomática (54-60%), o manifestarse como infección aguda (40%) o crónica (1-5%). En el caso de la infección aguda, se manifiesta como un cuadro de neumonía con fiebre elevada, distrés respiratorio y hallazgos radiográficos inespecíficos. También puede predominar la hepatitis aguda con

hepatomegalia y granulomas. Otras manifestaciones abarcan: pericarditis y miocarditis, meningoencefalitis asociada a pleocitosis en LCR, síndrome de Guillain-Barré, síndrome de Miller-Fisher, anemia hemolítica, tiroiditis, pancreatitis, neuritis óptica y mononeuritis. El tratamiento de la fiebre Q aguda se basa en doxiciclina 200 mg/día durante 15-21 días.

### **Bibliografía**

1. Fraile Fariñas MT, Muñoz Collado C. Infección por *Coxiella burnetii* (fiebre Q). *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2010;28(Supl 1):29-32.

**Palabras clave:** *Coxiella burnetii*. Fiebre Q. Neumonía. Hemoptisis.