



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/228 - FIEBRE Q, A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Rodríguez Rodríguez<sup>a</sup>, M. Villarejo Botija<sup>b</sup>, L. Gómez-Sánchez<sup>c</sup>, L. Martín Fuertes<sup>b</sup>, M. Ricote Belinchón<sup>d</sup> y G. Rojas Martelo<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monovar. Madrid. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 34 años con antecedentes personales de migraña, acude por dolor abdominal difuso con vómitos biliosos postprandiales y diarreas sin productos patológicos de 2 días de evolución. Refiere cefalea y fiebre de 38 °C. A la exploración abdomen blando y depresible, con molestias a la palpación difusa sin signos de irritación peritoneal ni datos de focalidad neurológica. Se diagnostica de gastroenteritis aguda y se pauta tratamiento sintomático. Acude nuevamente por persistencia de cefalea y mal estado general. Refiere dos picos febriles de 38 °C. Orina colúrica. No ingesta de alimentos en mal estado ni viajes recientes. Tiene dos perros. REG. Afebril. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación de hipocondrio derecho y epigastrio con dudoso Murphy positivo. Neurológicamente sin focalidad. Ante la sospecha de colecistitis aguda se deriva a urgencias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Analítica con transaminasas × 5, FA 216, GGT 130, sin hiperbilirrubinemia, PCR 182 y trombopenia. Ecografía abdominal sin hallazgos. Rx tórax normal. Valorado por infecciosas pautan ceftriaxona y cursan ingreso con diagnóstico de cuadro de vómitos y diarrea a filiar y alteración del perfil hepático. se añade doxiciclina oral. Se solicita coprocultivo y serologías para virus hepatotropos e VIH negativas. Serología Coxiella burnetii IgM e IgG positiva. Tras 48 horas de tratamiento el paciente queda afebril, sin vómitos ni diarreas.

**Juicio clínico:** Fiebre Q.

**Diagnóstico diferencial:** Gripe, hepatitis vírica, enfermedad de Lyme, fiebre recurrente, fiebre manchada de las montañas rocosas, brucelosis, leptospirosis, neumonía.

**Comentario final:** La fiebre Q es una zoonosis producida por *Coxiella burnetii*. Los reservorios más frecuentes son los animales de granjas (vacas, cabras y ovejas). Se excreta en la orina, heces y leche de animales infectados. La vía principal de transmisión es la inhalación de aerosoles contaminados. La fiebre Q aguda es con frecuencia asintomática. Tras incubación de unos 20 días, puede presentarse como un síndrome febril, una neumopatía intersticial o una hepatitis. La forma crónica se desarrolla en los meses o años siguientes a la forma aguda. La endocarditis es la forma más frecuente. El diagnóstico se basa en la serología. La forma aguda responde bien al tratamiento con tetraciclinas u

otros antibióticos.

## **Bibliografía**

1. Raoult D. Clinical manifestations and diagnosis of Q fever. Uptodate, 2016.