



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-139 - COLECISTITIS AGUDA ALITIÁSICA POR FIEBRE Q

Rubio López, Laura; Benito Barbero, Silvia; Ortega Fernández, Ignacio; Senra Lorenzana, Fátima; Páramo, Javier

Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles.

### Resumen

**Introducción:** La fiebre Q (FQ) es una zoonosis de extensión mundial, endémica en España, causada por *Coxiella burnetti*. La FQ aguda suele manifestarse como un síndrome febril, que puede asociarse a neumonía y/o hepatitis. La colecistitis aguda alitiásica es una manifestación clínica excepcional de la FQ.

**Caso clínico:** Paciente varón de 28 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acude a Urgencias por fiebre de hasta 40 °C, de 4 días de evolución. El paciente refiere trasladarse ocasionalmente al medio rural en el Suroeste peninsular. En la exploración física presenta dolor abdominal en hipocondrio derecho. Analíticamente destaca elevación de proteína C reactiva (170 mg/L), procalcitonina plasmática (3,31 ng/mL) y elevación enzimas hepáticas: GPT (352 U/L), GOT (426 U/L), LDH (665 U/L), GGT (93 U/L) y FA (121 U/L). El paciente es hospitalizado iniciándose tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona intravenosa, presentando una rápida mejoría. Se realiza una ecografía abdominal, objetivando una vesícula biliar distendida de paredes edematosas, sin visualizar litiasis ni barro biliar. Siendo los hallazgos radiológicos sugestivos de colecistitis aguda alitiásica. El diagnóstico se confirma mediante tomografía computarizada abdominal (fig.). Dada la buena evolución del paciente, y a la espera de los resultados microbiológicos, se decide mantener el tratamiento conservador. El estudio microbiológico es negativo en urocultivo, coprocultivo, hemocultivos, cultivo de líquido cefalorraquídeo y cultivo de médula ósea. La reacción en cadena de polimerasa (PCR) para *Salmonella Typhi* y *paratyphi* resulta negativa. Las serologías para VIH, virus hepatotropos son negativas. El estudio serológico mediante técnica de inmunofluorescencia indirecta (IFI) para *Coxiella burnetti*, que muestra elevación de IgG frente a antígenos de fase II 1/3200. Se establece el diagnóstico de colecistitis aguda alitiásica secundaria a FQ.



**Discusión:** La colecistitis aguda alitiásica consiste en la inflamación de la vesícula biliar en ausencia de cálculos. Representa el 5-10% del total de las colecistitis agudas. Habitualmente afecta a pacientes hospitalizados graves; sin embargo, también puede diagnosticarse en pacientes no hospitalizados y sin factores de riesgo, como es el caso del paciente que presentamos. En estos casos, la etiopatogenia suele estar en relación con una infección primaria. En la bibliografía científica se han descrito reducidos casos de FQ asociada a colecistitis aguda. El desarrollo gradual de los síntomas y su intensidad, difieren de la forma de presentación de los casos de etiología litiásica. Por lo que, en algunos casos de FQ sin aparente focalidad abdominal, se pueden haber pasado por alto casos de colecistitis alitiásicas. El tratamiento de elección de la FQ es la doxiciclina. Otros fármacos que han mostrado eficacia son las fluorquinolonas y los macrólidos. En nuestro paciente, se instauró antibioterapia empírica de amplio espectro, mediante ceftriaxona intravenosa, observando una excelente respuesta clínica. Por ello, aunque el tratamiento de la colecistitis aguda es quirúrgico, ante la sospecha de infección por *Coxiella burnetii* se puede intentar un manejo conservador mediante antibioterapia, debiendo indicarse colecistectomía en caso de fracaso del mismo. Como conclusión, la infección por *Coxiella burnetii* debe considerarse en el diagnóstico etiológico de colecistitis aguda alitiásica.