



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/2247 - FIEBRE Q Y ALGO MÁS

M. Maldonado Ramos^a, A. Bernabe Sánchez^b, I. Peral Martínez^c y J. Franco Pineda^d

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. ^dMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 38 años fumador diagnosticado de miocardiopatía hipertrófica familiar que, tras haber estado desvalijando una casa antigua en el campo, acude a consulta de Atención Primaria por fiebre de predominio vespertino de 15 días de evolución junto con sudoración, astenia, malestar general y artromialgias. Niega viajes a países tropicales. Se solicita analítica completa y serología para *Coxiella burnetti* y virus de Epstein-Barr (VEB). Se deriva al paciente a Medicina Interna, donde se cursa su ingreso y es diagnosticado de fiebre Q y primoinfección por VEB. Se pauta tratamiento con doxiciclina.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente y orientado. Eupneico en reposo, sin focalidad neurológica. Auscultación cardiaca: rítmico, sin soplos patológicos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen no doloroso, blando y depresible. A la palpación, hepatoesplenomegalia. Analítica: perfil hepático alterado (GOT 284, GPT 400, gamma GT 442, FA 544, LDH 445), proteína C reactiva 12. Hemograma: leucocitos 11.800 con neutropenia (1.600) y linfocitosis (8.900). Monocitosis (1.000). Resto normal. Autoinmunidad negativa. Microbiología: VEB IgM positivo. Anticuerpos heterófilos positivos. *Coxiella burnetti* IgG e IgM positivos en fase II. Resto negativo. Radiografía de tórax: índice cardiotorácico menor de 0.5. No se observan derrames ni condensaciones. Tomografía axial computarizada cráneo-toraco-abdomino-pélvica: pequeñas adenopatías cervicales (< 1.4 cm) junto con hepatoesplenomegalia de morfología y densidad normales.

Orientación diagnóstica: Fiebre Q, primoinfección por VEB.

Diagnóstico diferencial: Infección por citomegalovirus, hepatitis, linfoma, fiebre botonosa mediterránea.

Comentario final: La primoinfección por VEB suele ser asintomática en la mayoría de los casos. La fiebre Q también puede cursar de forma asintomática pero hasta un 40% se puede presentar como neumonía atípica con infiltrados pulmonares bilaterales o como hepatitis. Cuando cronifica, lo más frecuente es que lo haga en forma de endocarditis con hemocultivos negativos. Puede acompañarse de elevación de anticuerpos antifosfolípido y anticoagulante lúpico.

Bibliografía

1. Farreras-Rozman. Medicina Interna, 17^a ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
2. RESILAB: Manual para la interpretación de exámenes de laboratorio. Madrid: Semergen; 2017.

Palabras clave: Fiebre. Hepatoesplenomegalia.