

mas clínicas, la aguda y la crónica. La FQ aguda puede presentarse con escasos síntomas (infección subclínica), con síntomas generales sin focalidad (síndrome febril aislado) o con focalidad como neumonía, hepatitis, meningitis, o miocarditis, entre otras. En los últimos años se han presentado en la literatura científica series de casos de FQ en diferentes áreas de la geografía española como Albacete¹, Asturias², Bilbao³, Barcelona⁴, Huelva⁵, Gran Canaria⁶, Soria⁷ y Sevilla⁸, así como estudios de seroprevalencia en Cantabria⁹ o Soria⁷ entre otros. Hay escasa experiencia publicada de la FQ aguda en el Levante de España. No se ha encontrado en la literatura médica (Medline a través de PubMed) una serie de casos de FQ en la Comunidad Valenciana; por ello se presentan las características de la FQ aguda en nuestra área sanitaria.

Se revisaron de forma ambispectiva los casos de FQ diagnosticados en el Hospital General Universitario de Elche desde enero 2001 hasta septiembre 2004. El hospital cubre un área sa-

nitaria de 243.000 habitantes, distribuida en tres núcleos urbanos (Elche, Crevillente y Santa Pola) que suman una población 203.000 habitantes y diferentes poblaciones rurales con 40.000 habitantes. Se consideró como domicilio rural, el residir habitualmente en medio rural o disponer de una casa rural y frecuentarla los fines de semana. Todos los pacientes tenían radiografía de tórax. Los casos se clasificaron en: a) hepatitis si las transaminasas estaban elevadas por encima de dos veces el límite superior del rango de referencia (37 U/l); b) neumonía si había evidencia radiológica de afectación pulmonar, y c) síndrome febril si había fiebre sin neumonía, hepatitis y ningún otro síntoma focal. El diagnóstico de certeza de FQ se estableció por seroconversión o una elevación de al menos cuatro veces en el título de anticuerpos IgG frente a antígenos *C. burnetii* medido por inmunofluorescencia indirecta (BioMérieux, Marcy l'Etoile, Francia) en muestras de sueros de fase aguda y de convalecencia con un cua-

TABLA 1. Características clinicoepidemiológicas de los 30 casos de fiebre Q aguda

	Nº de pacientes	Mediana (RIC)
Sexo, varón	22 (73,3)	
Ingreso hospitalario	9 (30)	
Domicilio en medio rural	10 (33,3)	
Contacto con animales (n = 20)	16 (80)	
Enfermedad de base	2 (6,7)	
Síntomas		
Mediana en días de los síntomas (RIC)		7 (5,5-10)
Fiebre	30 (100)	
Cefalea	29 (96,7)	
Mialgias	25 (83,3)	
Tiritona	20 (66,7)	
Sudoración	19 (63,3)	
Artralgias	18 (60)	
Náuseas	12 (49)	
Tos	7 (21,3)	
Formas clínicas		
Hepatitis	21 (70)	
Síndrome febril	5 (16,7)	
Neumonía	3 (10)	
Meningoencefalitis	1 (3,3)	
Parámetros biológicos alterados		
Hemoglobina < 110 g/l	5 (16,7)	
Leucocitos > 10 10 ⁹ /l	2 (6,7)	
Plaquetas < 120 10 ⁹ /l	6 (20)	
VSG > 25 mm 1 ^a h	19/25 (76)	41 (22,5-60,5)
Proteína C reactiva > 5 mg/dl	29 (96,7)	86 (35-154)
ASAT > 74 U/l	13 (43,3)	65,5 (39,5-92,5)
ALAT > 74 U/l	20 (66,3)	96 (48,5-150)
GGT > 122 U/l	9 (30)	96 (43,5-142)
LDH > 450 U/l	17/26 (65,4)	547 (416-643)
TTPA > 40 s	12/25 (48)	37 (33,7-50,6)
Anticoagulante lúpico	7 (23,3)	
Tratamiento		
Duración del tratamiento		12 (10-15)
Doxiciclina	17 (56,7)	
Levofloxacin o ciprofloxacino	6 (20)	
Claritromicina o azitromicina	4 (13,3)	
Sin tratamiento	3 (10)	

RIC: recorrido intercuartílico; VSG: velocidad de sedimentación globular; ASAT: aspartato aminotransferasa; ALAT: alanino aminotransferasa; GGT: gammaglutamil transpeptidasa; LDH: lactato deshidrogenasa; TTPA: tiempo parcial de tromboplastina activado.

Fiebre Q aguda en la Comunidad Valenciana. Estudio de 30 casos

Sr. Editor: La fiebre Q (FQ) es una zoonosis de distribución mundial causada por *Coxiella burnetii*, con dos for-

dro clínico compatible; y el diagnóstico se consideró como probable, si se disponía de un solo suero con un título de anticuerpos IgG ≥ 400 e IgM ≥ 50 y un cuadro clínico compatible. Durante el período analizado se diagnosticaron 30 casos de FQ, 27 por seroconversión y en 3 casos por un título elevado IgG con positividad de la IgM frente a *C. burnetii*. Hubo 21 (70%) casos de hepatitis, 5 (16,7%) casos de síndrome febril, 3 (10%) casos de neumonía y 1 (3,3%) de meningoencefalitis. Las características clínicas y epidemiológicas se recogen en la tabla 1. Todos los pacientes se recuperaron de manera satisfactoria.

Esta zoonosis se describe principalmente en jóvenes sanos^{1,3,7} y con escasos antecedentes personales, aunque puede afectar a adultos en edad geriátrica². La residencia en medio rural se ha relacionado con la FQ aguda^{6,7}; sin embargo, el 66,7% de esta serie no tenían contacto con el medio rural como se ha descrito en otras áreas de la geografía de española¹. La FQ suele presentarse con más frecuencia en primavera y principios de verano^{1,6,7}, si bien en esta serie como en otras del territorio nacional no se ha visto un predominio estacional claro^{1,5}. Ocasionalmente, la FQ aguda puede mostrarse como un brote epidémico⁷. La forma de presentación de la FQ no es igual en las diferentes series de la geografía española. La neumonía fue la forma clínica predominante en las series de Asturias², Barcelona⁴, Bilbao³ y Soria⁷, y oscilaba entre el 56 y el 75% de los casos. El síndrome febril con o sin hepatitis fue la manifestación principal en las series de Albacete¹, Gran Canaria⁶, Huelva⁵ y Sevilla⁸, con una prevalencia variable del 70 al 88% de los casos. En este estu-

dio, la forma clínica más frecuente fue la hepatitis y/o síndrome febril que ocurrió en 26 de los 30 casos de fiebre Q diagnosticados; por el contrario, la neumonía fue la forma de presentación sólo en 3 casos. La escasa frecuencia de *C. burnetii* como causa de neumonía en nuestro entorno geográfico se ha puesto también de manifiesto en un estudio prospectivo reciente en el que se detectó en menos del 1% de las neumonías comunitarias¹⁰. La expresión clínica de la FQ aguda parece depender entre otros factores del tamaño del inóculo, vía de adquisición de la infección o virulencia de la cepa de *C. burnetii*^{1,3,5}. Pero también puede deberse a las diferentes formas de abordar el diagnóstico desde el laboratorio, o desde la sintomatología. En las series de servicios médicos puede que las diferencias observadas se deban a la propia infraestructura de cada uno de los centros asistenciales que hubiera permitido un infradiagnóstico de las formas neumónicas o febriles según los hospitales.

Con esta comunicación científica y las previas se puede concluir que la FQ es claramente una enfermedad endémica de España. En vista del interés despertado en los últimos años sería interesante un estudio multicéntrico prospectivo de diferentes centros del territorio nacional para conocer la epidemiología y las manifestaciones clínicas de la FQ en España.

José Manuel Ramos^a, Mar Masía^a,
Juan Carlos Rodríguez^b
y Félix Gutiérrez^a

^aUnidad de Enfermedades Infecciosas.
Servicio de Medicina Interna.
^bSección de Microbiología.
Hospital General Universitario
de Elche. Alicante. España.

Bibliografía

1. Bartolomé J, Marín A, Lorente S, Heredero E, Crespo MD. Fiebre Q aguda: 35 casos en Castilla-La Mancha. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2004;22:292-4.
2. Nuño Mateo FJ, Noval Menéndez J, Campoamor Serrano MT, Del Valle Prieto A. Fiebre Q aguda en Asturias. *Rev Clin Esp*. 2002;202:569-73.
3. Abad A, Pardo C, Imaz M. Fiebre Q: Estudio retrospectivo de los últimos 10 años en el área del Hospital de Basurto (Bilbao). *Rev Clin Esp*. 1999;199:618-9.
4. Sampere M, Font B, Font J, Sanfelieu I, Segura F. Q fever in adults: review of 66 clinical cases. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2003;22:108-10.
5. Romero-Jiménez MJ, Suárez-Lozano I, Fajardo JM, Benavente A, Menchero A, De la Iglesia A. Hepatitis aislada como forma de presentación de la fiebre Q: características clínicas y epidemiológicas en 109 pacientes. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2003;21:193-5.
6. Bolaños M, Santana OE, Pérez-Arellano JL, Ángel-Moreno A, Moreno G, Burgazzoli JL, et al. Fiebre Q en Gran Canaria. Aportación de 40 nuevos casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2003;21:20-3.
7. Nebreda T, Contreras E, Merino FJ, Doderio E, Campos A. Brote de fiebre Q y seroprevalencia en una población rural de la provincia de Soria. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2001;19:57-60.
8. Alarcón A, Villanueva JL, Viciano P, López-Cortés L, Torronteras R, Bernabeu M, et al. Q fever: epidemiology, clinical features and prognosis. A study from 1983 to 1999 in the South of Spain. *J Infect*. 2003;47:110-6.
9. Pascual-Velasco F, Montes M, Marimón JM, Cilla G. High seroprevalence of *Coxiella burnetii* infection in Eastern Cantabria (Spain). *Int J Epidemiol*. 1998;27:142-5.
10. Gutiérrez F, Masía M, Rodríguez JC, Ayelo A, Soldán B, Cebrián L, et al. Evaluation of the immunochromatographic Binax NOW assay detection of *Streptococcus pneumoniae* urinary antigen in a prospective study of community-acquired pneumonia in Spain. *Clin Infect Dis*. 2003;36:286-92.