

### **Esplenomegalia granulomatosa como presentación inicial de fiebre Q**

**Sr. Editor:** La fiebre Q es una zoonosis de distribución mundial cuya clínica en humanos suele cursar con fiebre, afectación hepática y pulmonar. La esplenomegalia granulomatosa suele ser secundaria a enfermedades linfoproliferativas, sarcoidosis o a infecciones producidas por hongos o micobacterias<sup>1</sup>, no siendo descrita la fiebre Q como agente causal. La fiebre Q aguda se ha relacionado con abscesos hepáticos<sup>2</sup> e inclusive con roturas espontáneas de bazo<sup>3</sup> y son un hecho frecuente los granulomas hepáticos, pero hasta ahora no se han descrito (salvo en estudios con animales) en bazo.

Varón de 35 años, conserje en una universidad, sin antecedentes de interés. En junio del 2003 pasa a cargo de hospitalización a domicilio por fiebre de 39,9 °C de 6 días de evolución y cefalea sin clínica respiratoria, digestiva, urinaria ni de otro tipo. Presentaba temperatura de 38 °C, presión arterial de 120/70 mmHg, SaO<sub>2</sub> 94%, frecuencia cardíaca de 74 y frecuencia respiratoria de 20 con exploración fi-

sica normal. En la analítica destacaba GOT de 141 U/l, GGT 109 U/l y LDH de 827 U/l. La proteína C reactiva era de 127 mg/l y el proteinograma era normal. Los linfocitos eran de 1.300/ $\mu$ l. La VSG era de 23 y el fibrinógeno de 575 mg/dl. Las serologías realizadas con inmunofluorescencia indirecta fueron negativas para IgM e IgG de *Coxiella burnetti*, *Rickettsia conorii* y para virus de hepatitis B, C, A, VIH, CMV y VEB. Positividad de IgG de *Chlamydia pneumoniae* (1/256) y 1/40 para *Mycoplasma pneumoniae*. IgG positiva de *Toxoplasma* con IgM negativa. La aglutinación para *P. mirabilis*, *S. typhi*, *S. paratyphi* y rosa de Bengala fueron negativas así como las pruebas treponémicas y no treponémicas frente a lúes. Veinte días después se objetivó una positividad en la serología por inmunofluorescencia indirecta de *C. burnetti* con una IgM positiva y una IgG de 1/5.120 sin cambios en resto de serologías con hemocultivos negativos. La radiografía de tórax era normal. La ecografía abdominal, realizada con un transductor de alta resolución y de 2-5 MHz mostraba el bazo aumentado de tamaño (14,5 x 8 cm) con hilio vascular dentro de límites normales con múltiples imágenes puntiformes ecogénicas sugiriendo granulomas. Un mes después se objetivó disminución de la esplenomegalia con presencia de múltiples focos hiperecogénicos milimétricos en el parénquima con evolución favorable respecto a control previo.

El paciente evolucionó satisfactoriamente con desaparición de la fiebre y de la cefalea. Dado que se encontraba asintomático cuando se llegó al diagnóstico se decidió no instaurar antibiótico.

La fiebre Q es una antropozoonosis de distribución mundial causada por *C. burnetti* que se transmite al hombre por vía oral o por inhalación de aerosoles infectados por animales. Las fuentes de infección del ser humano son el ganado bovino, carneros y cabras infectadas. También pueden transmitirlo los gatos, conejos y perros infectados. Las personas con mayor riesgo son los veterinarios, trabajadores de mataderos y gente en contacto con animales infectados. El período de incubación oscila entre 14 y 39 días. La clínica de la fiebre Q pasa a menudo inadvertida pudiendo ser asintomática. En una epidemia ocurrida en 1983 en Suiza de 415 casos de fiebre Q 224 no presentaron síntomas y sólo el 2% precisó ingreso<sup>4</sup>. En un estudio en la zona norte de Huelva se llegó a la conclusión de que por los resultados del estudio de prevalencia cabría esperar mayor incidencia de fiebre Q en la

zona, por lo que habría que considerar que la mayoría de casos cursen de forma autolimitada, sin requerir asistencia médica<sup>5</sup>. La clínica más frecuente es la de cuadro febril autolimitado y síndrome seudogripal<sup>6</sup>. Puede presentarse como hepatitis, neumonía y más raramente como meningoencefalitis, meningitis, pericarditis, miocarditis y exantema maculopapular purpúrico. La presentación como neumonía es la más frecuente en Nueva Escocia, País Vasco y Suiza. La mayoría de los casos son leves con tos no productiva y fiebre. La hepatitis puede presentarse de varias formas: con hepatomegalia e ictericia, con fiebre e hipertransaminasemia y como fiebre prolongada con granulomas hepáticos en forma de "donuts". En el diagnóstico diferencial de un paciente con cefalea, fiebre y disfunción hepática habría que considerar este diagnóstico, por lo que estaría indicado solicitar serologías para fiebre Q entre otras (como para *Brucella* y CMV), precisándose a veces de biopsia hepática o de médula ósea siendo el hallazgo de lesiones lipogranulomatosas muy sugestivo<sup>7</sup>. Debería considerarse la fiebre Q en el diagnóstico diferencial de síndromes febriles adquiridos en la comunidad<sup>8</sup>. Los hallazgos de laboratorio en la fiebre Q son inespecíficos y el germen no se aísla en cultivos sintéticos. Por lo tanto, el diagnóstico se realiza habitualmente mediante técnicas serológicas (fijación de complemento o inmunofluorescencia indirecta). El cribado se realiza con anticuerpos antifase II con suero diluido al 1/50, los positivos se diluyen y se testan para presencia de anticuerpos antifase I y II (IgG, IgM e IgA).

La seroconversión habitualmente se detecta de 7 a 15 días después de los síntomas, en nuestro caso ocurrió en la tercera semana. Un título de 200 IgG y 50 IgM contra fase II indica infección aguda mientras una IgG 1.600 fase I sugiere infección crónica. La fiebre Q aguda es habitualmente una enfermedad leve que se resuelve espontáneamente. Lo recomendado es el tratamiento con doxiciclina 100 mg/12 h 14 días<sup>9</sup>. Cuando se llegó al diagnóstico de nuestro paciente, estaba asintomático y los granulomas esplénicos habían disminuido por lo que no se pautó antibiótico.

La característica fundamental de nuestro caso es la presentación con fiebre y esplenomegalia granulomatosa sin granulomas hepáticos ni afectación pulmonar. Cabe destacar que no hemos hallado ningún comentario en Medline sobre granulomas esplénicos en relación con infección de fiebre Q.

Nos gustaría recalcar además el papel de la hospitalización a domicilio en este caso pudiendo realizarse un correcto diagnóstico y un cercano seguimiento sin requerir ingreso hospitalario.

Humberto Mendoza  
y Maitane Izaguirre

Hospitalización a Domicilio. Hospital de Txagorritxu. Alava. Vitoria-Gasteiz. España.

## Bibliografía

- Faller D. Disease of lymph nodes and spleen. En: Bennet C, Plum F, editors. Cecil Text Book of Medicine. Philadelphia: Saunders; 2004. p. 968-74.
- Cathedras P, Brouqui P, Philippe P, Raoult D, Rousset H. Splenic abscess caused by *Coxiella burnetii* in the absence of endocarditis. Rev Med Interne. 1998;19:740-2.
- Baumbach A, Brehm B, Sauer W, Doller G, Hoffmeister HM. Spontaneous splenic rupture complicating acute Q fever. Am J Gastroenterol. 1992;87:1651-3.
- Dupuis G, Petite J, Olivier P, Vouilloz M. An important outbreak of human Q fever in a Swiss Alpine valley. Intern J Epidemiol. 1987; 16:282-7.
- Lepe JA, Guerrero FJ, Ruiz-Calderón A, Del Castillo E, Gómez-Salvago S, Jiménez-Alonso MA, et al. Epidemiología de la fiebre Q en la zona norte de Huelva. Enferm Infecc Microbiol Clin. 1999;17:65-8.
- Raoult D, Tissot-Dupont H, Foucault C, Gouvernet J, Fournier PE, Bernt E, et al. Q Fever 1985-1998. Clinical and epidemiologic features of 1383 infections. Medicine. 2000;79:109-23.
- Hofmann CER, Heaton JW Jr. Q fever hepatitis clinical manifestations and pathological findings. Gastroenterology. 1982;83:47-9.
- 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.
- Alarcón CA, Viciano PE, López LF, Pachón F, Cordero ME, Bernabeu M. Q fever: epidemiology, clinical features and prognosis. A study from 1983 to 1999 in the South of Spain. J Infect. 2003;47:110-6.