

Un paciente con fiebre Q en el mundo rural

Ana María Martín Baeza^{a,c}, Myriam Oviedo Esteban^{a,c} y Sonia Jiménez Blanco^{b,c}

^a Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Pedro del Arroyo. Ávila (España).

^b Licenciada en Enfermería.

^c Centro de Salud de San Pedro del Arroyo. Ávila (España).

Correspondencia

Ana María Martín Baeza.

Centro de Salud de San Pedro del Arroyo.

Carretera Villaflor, s/n.

05165 San Pedro del Arroyo.
Ávila (España).

Correo electrónico

ana.martinb@yahoo.es

Recibido el 23 de octubre de 2021.

Aceptado para su publicación
el 14 de enero de 2022.

RESUMEN

La fiebre Q es una zoonosis poco conocida de distribución global, con una incidencia de 3 casos por cada 100.000 habitantes/año.

La principal fuente de contagio son las ovejas, bovinos y caprinos por inhalación de aerosoles de vísceras o materiales contaminados: estiércol, orina, lana, ropa.

Un diagnóstico precoz es fundamental para una intervención eficaz, evitando complicaciones crónicas, aquí el papel del médico de atención primaria es clave para lograr este objetivo.

Palabras clave: fiebre Q, zoonosis, fiebre de origen desconocido.

A PATIENT WITH Q FEVER IN THE RURAL SETTING

ABSTRACT

Q fever is a little-known globally distributed zoonosis, with an incidence of three cases per 100.000 inhabitants/year.

The main source of contagion is sheep, cattle and goats by inhalation of aerosols from viscera or contaminated materials: manure, urine, wool or clothing.

Early diagnosis is essential for an effective intervention. This avoids chronic complications. The role of the primary care provider is key to attaining this goal.

Keywords: Fever of Unknown Aetiology, Q Fever, Zoonosis.



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

INTRODUCCIÓN

La fiebre Q fue descrita por el doctor Derrick en 1937, y su nombre hace referencia al «misterioso» origen de la enfermedad (en inglés, *query* significa «duda», «pregunta» o «interrogación») y no a su descripción en el matadero de Queensland¹. Se encuentra entre las zoonosis presentes en el mundo rural²; sin embargo, también se han descrito casos en zonas urbanas sin contacto directo con animales³.

La infección afecta a varias especies animales y, accidentalmente, al ser humano, causando formas clínicas diversas: desde asintomáticas a otras manifestaciones agudas, en forma de brotes epidémicos que suponen un grave problema de salud pública con padecimientos individuales, alto coste sanitario y absentismo laboral, y con menos frecuencia se observan formas crónicas de tratamiento costoso y prolongado¹.

CASO CLÍNICO

Hombre de 36 años, sin antecedentes médicos de interés, casado, residente en zona rural y trabajador en una explotación de ganado vacuno.

Acude a la consulta porque presentar cuadro de fiebre elevada (hasta 39,2 °C) de más de 5 días de evolución y cefalea holocraneal que cede parcialmente con analgésicos, sin otra sintomatología acompañante. En la anamnesis, niega conductas de riesgo, consumo de leche sin pasteurizar o picadura de insecto. En la exploración clínica no se objetivan hallazgos patológicos.

Considerando al paciente desde la consulta de Atención Primaria como un caso de fiebre de origen desconocido (FOD), se deriva al servicio hospitalario para completar estudio, donde se hacen hemocultivos y urocultivo con resultado negativo. También se solicitan pruebas radiológicas de tórax y abdomen simple, en las que no se ven alteraciones significativas. En la analítica destaca elevación de transaminasas: GOT/AST (aspartato aminotransferasa): @ 128 U/L, GPT/ALT (transaminasa glutámica pirúvica): 169 U/L, GGT: 60 U/L, PCR (reacción en cadena de polimerasa): 8,55 mg/dL.

Dado el buen estado del paciente, es derivado a su domicilio con diagnóstico de FOD para continuar estudio ambulatorio. Ante un cuadro de fiebre asociado a alteraciones hepáticas, se plantea el siguiente diagnóstico diferencial:

- Enfermedades infecciosas: tuberculosis extrapulmonar, citomegalovirus, virus de Epstein Barr, virus de la inmunodeficiencia humana, hepatitis, abscesos, micosis, enfermedades por rickettsias u otras enfermedades por bacterias/parásitos.
- Enfermedades primariamente hepáticas o de vías biliares.
- Enfermedades neoplásicas: enfermedad de Hodgkin, linfomas no hodgkinianos.

Desde Atención Primaria se solicitan nuevas pruebas complementarias para continuar con el estudio del caso. Se le hace una ecografía abdominal y no se observan hallazgos patológicos, lo que des-

carta el origen hepatobiliar de la fiebre. También se le hace una nueva analítica con pruebas serológicas.

En la **tabla 1** se expone la evolución serológica de la infección en el paciente.

El diagnóstico más ampliamente utilizado es el indirecto, para el cual disponemos de técnicas de reacción de fijación del complemento (FC) y de inmunofluorescencia indirecta (IFI). La FC es una técnica poco sensible que puede dar resultados falsos negativos, sobre todo en las formas crónicas. La IFI se considera el método de referencia⁷.

Para el diagnóstico de las formas agudas (antígeno en fase II), son significativos los títulos de anticuerpos de clase IgG $\geq 1/128$ (1:512 en nuestro caso) la seroconversión y los títulos de anticuerpos de clase IgM $\geq 1/32$ (1:192 en nuestro paciente).

En las formas crónicas (antígeno en fase I), la detección de títulos de anticuerpos de clase IgG $\geq 1/800$ se considera un diagnóstico.

El resto de serologías frente a otras bacterias fue negativo.

Dado el antecedente laboral del paciente y el hallazgo de serología positiva, se confirma el diagnóstico de fiebre Q y se inicia el tratamiento con doxiciclina a dosis de 100 mg cada 12 horas, resultando mejoría del cuadro clínico.

DISCUSIÓN

Es difícil estimar la prevalencia de fiebre Q en España, aunque la mayor seroprevalencia se encuentra en Cantabria y el País Vasco, siendo más frecuente en edades de 15-45 años en zonas rurales⁴.

El agente causal de la fiebre Q es un bacilo gramnegativo que crece exclusivamente en células eucariotas: *Coxiella burnetti*⁵.

Los ganados rumiantes son el mayor reservorio de la bacteria. La infección en las personas ocurre como resultado de la inhalación de seudoesporas, ingestión de productos crudos contaminados o manipulación de animales contaminados⁶, siendo este el origen más probable en nuestro caso por la actividad laboral del paciente.

Tabla 1. Fases serológicas de la infección por *Coxiella burnetti*

		PRIMERA ANALÍTICA	ANALÍTICA REALIZADA A LAS 4 SEMANAS
FASE I	Anticuerpos anti- <i>Coxiella burnetti</i> IgG	Indetectable	Título 1: 128
	Anticuerpos anti- <i>Coxiella burnetti</i> IgM	Indetectable	Título 1: 96
FASE II	Anticuerpos anti- <i>Coxiella burnetti</i> IgG	Título 1: 64	Título 1: 512
	Anticuerpos anti- <i>Coxiella burnetti</i> IgM	Título 1: 192	Título 1: 192

La fiebre Q aguda se presenta como un cuadro seudogripal, con fiebre alta, sudoración, mialgias, cefaleas y postración. Habitualmente, es un cuadro benigno, pero puede complicarse con afectación de órganos diana como neumonitis o miocarditis. La fase crónica es la que persiste más de 6 meses, se suele presentar como endocarditis, pero también puede cursar con osteomielitis o hepatitis granulomatosa^{4,5}.

El método diagnóstico de mayor utilidad es el serológico, utilizando la inmunofluorescencia⁷, precisando que los anticuerpos de fase II aumenten sus niveles cuatro veces en dos determinaciones consecutivas, como en el caso de nuestro paciente⁸.

El tratamiento ha de iniciarse de forma precoz con antibióticos, siendo de elección la doxiciclina durante 14 días. Como segunda elección, se debe utilizar cotrimoxazol o fluorquinolonas⁸.

Un diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales para su buen pronóstico y una buena evolución.

El médico de Atención Primaria es el pilar básico para el estudio de una FOD. Debe plantear un diagnóstico diferencial teniendo en cuenta los antecedentes epidemiológicos del paciente, prescribir el tratamiento adecuado y hacer los controles necesarios en el curso evolutivo de la enfermedad como premisas de una buena praxis.

Hemos seleccionado este caso clínico por su baja frecuencia de presentación, pero no por ello debemos olvidar la posibilidad de su

existencia. Ante una FOD en el mundo rural, siempre hemos de considerar la fiebre Q en el diagnóstico diferencial.

AGRADECIMIENTOS

Se obtuvo el consentimiento escrito del paciente para la publicación del manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez- Arellano JL, Carranza C, Gutiérrez C, Bolaños M. Epidemiología de la fiebre Q. *Rev Esp Quimioter*. 2018;31(5):386-405.
2. Rodolakis A, Hechard C, Caudron C, Souriau A, Bodier CC, Blanchard B, et al. Comparison of *Coxiella burnetii* shedding in milk of dairy bovine, caprine, and ovine herds. *J Dairy Sci*. 2007;90:5.352-60.
3. Porta J, Barreda M, Bosch A. ¿Seguro que no ha estado usted en el pueblo? *AMF*. 2020;16(7):2.710.
4. Pérez-Trallero E, Gilla G, Montes M, Saenz-Domínguez JR, Alcorta M. Prevalence of *Coxiella burnetii* infection among slaughterhouse workers in Northern Spain. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 1995;14:71-3.
5. Raoult D, Marrie T, Mege J. Natural history and pathophysiology of Q fever. *Lancet Infect Dis*. 2005;5(4):219-26.
6. Fleitas JL, Rosales RS, Suárez-Pérez A, Poveda CG, Vega-Orellana O, Mederos-Inarte LE, et al. Fiebre Q. *Revista Canaria de las Ciencias Veterinarias*. 2012-2013;8.
7. Fraile-Fariñas MT, Muñoz-Collado C. Infección por *Coxiella burnetii*. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010;28(Supl 1):29-32.
8. Million M, Rault D. Recent advances in the study of a fever epidemiology, diagnosis and management. *J infect*. 2015;71(Suppl 1):52-7.