

## Síndrome confusional como manifestación principal en la neumonía por *Coxiella burnetti*

### Confusional Syndrome as the Main Sign in Pneumonia Due to *Coxiella Burnetti*

Sr. Director:

La fiebre Q es una zoonosis causada por *Coxiella burnetti* de distribución universal. Los síntomas varían desde pacientes asintomáticos, pasando por un cuadro semejante a una gripe hasta la aparición de hepatitis o neumonía. Sin embargo, las manifestaciones neurológicas suelen ser poco frecuentes.

Presentamos un caso de neumonía por fiebre Q con síntomas neurológicos predominantes.

Varón de 69 años sin antecedentes médico quirúrgicos de interés salvo hipertensión arterial y epilepsia postraumática desde la infancia en tratamiento con ácido valproico. La familia refería cuadro de una semana de evolución de síndrome confusional sin fiebre, encontrándose desorientado en tiempo y espacio. A su llegada a urgencias presentaba fiebre de 39 °C, TA 117/78 mmHg, frecuencia respiratoria de 20 rpm, creatinina 1,64 mg/dL, 18.000 miles/mm<sup>3</sup> leucocitos, 14% cayados y una PCR de 395 mg/L. Se realizó un TAC craneal con resultado normal. En la radiografía de tórax se apreció una condensación en lóbulo inferior derecho y los antígenos en orina para neumococo y *Legionella* fueron negativos. El paciente ingresó en la Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios con sospecha de neumonía. Sin embargo, el cuadro confusional junto con la aparición de rigidez cervical, continuó siendo el síntoma dominante, por lo que fue valorado por neurología ante la sospecha de meningitis bacteriana. Se realizó una punción lumbar obteniendo un líquido claro con 1 mm<sup>3</sup> leucocitos, 1.500 mm<sup>3</sup> hematíes, 31,4 mg/dL proteínas y con una glucosa de 60 mg/dL. El antígeno neumococo en LCR fue negativo. Dado el bajo nivel de consciencia, la marcada hipotensión y oliguria que presentaba el paciente, se trasladó a la Unidad de Cuidados Intensivos comenzando tratamiento con levofloxacino y ceftriaxona. Se realizó EEG que mostró un trazado sin focalidad irritativa con una ligera lentificación difusa. En el ecocardiograma transesofágico no se apreciaron datos de endocarditis. Los hemocultivos fueron negativos. Finalmente, la serología fue positiva para *Coxiella burnetti* con título de anticuerpos IgM como IgG elevados, compatible con infección actual. El paciente presentó una evolución favorable siendo dado de alta con doxiciclina y rifampicina.

La fiebre Q es una enfermedad que se caracteriza por una presentación clínica muy variable. Existe una gran discordancia entre la prevalencia de los síntomas neurológicos descritos en las distintas publicaciones que van desde un 1% hasta un 22%<sup>1</sup> y a menudo se asocian a neumonía, hepatitis o endocarditis<sup>1</sup>. La presencia de cefalea es lo más frecuente, como ya señalaron Spelman et al<sup>2</sup> en su estudio de 111 casos, mientras que la prevalencia de meningoencefalitis o meningitis aséptica varía desde 0,2 hasta el 1%. Otras manifestaciones son el síndrome de Guillain-Barre, la neuropatía periférica, síntomas extrapiramidales o la demencia.

El síndrome confusional, que fue la forma de debut de nuestro paciente, es una presentación descrita excepcionalmente. En la literatura solamente hemos encontrado dos casos similares. McGivern et al<sup>3</sup> presentaron un caso de fiebre Q en un varón de 48 años con confusión y letargia como forma de presentación. Así mismo, De Seze et al<sup>4</sup> describieron un caso de fiebre Q que debutó con un síndrome confusional.

Los síntomas neurológicos a menudo imitan una meningoencefalitis herpética con anomalías morfológicas en el lóbulo temporal. En el caso de nuestro paciente las pruebas de imagen fueron normales al igual que en el descrito por De Seze et al<sup>4</sup>.

En el líquido cefalorraquídeo habitualmente existe una pleocitosis de predominio linfocitario, proteínas normales o elevadas e hipoglucorraquia. Sin embargo, se han descrito casos con líquido normal<sup>5</sup> como sucedió con nuestro paciente.

A destacar que nuestro paciente habita en un medio rural del País Vasco donde ya en 1981 y 1983<sup>6</sup> se describieron sendos brotes epidémicos de la enfermedad.

Como conclusión, cabe señalar el carácter polimórfico que puede adquirir la enfermedad en su forma de presentación. El síndrome confusional como manifestación inicial de la infección por *Coxiella burnetti* es sin duda excepcional a pesar de lo cual, ante un caso de neumonía con un cuadro confusional asociado, creemos que debe considerarse el diagnóstico de fiebre Q.

### Bibliografía

1. Kofteridis DP, Mazokopakis EE, Tselentis Y, Gikas A. Neurological complications of acute Q fever infection. Eur J Epidemiol. 2004;19:1051-4.
2. Spelman DW. Q fever. A study of 111 consecutive cases. Med J Aust. 1982;1:547-53.
3. McGivern U, Patterson RN, O'Rourke D, Johnston SD. Confusion and lethargy in a 48 year old man. Postgrad Med J. 2004;80:242-5.
4. De Seze J, Caparros-Lefebvre D, Leveque P, Petit H. Syndrome confusionnel revelateur d'une fièvre Q. Presse Med. 1995;24:591.
5. Berni E, Pouget J, Janbon F, Dutronc H, Martínez P, Brouqui P, et al. Neurological involvement in acute Q fever. A report of 29 cases and review of the literature. Arch Intern Med. 2002;162:693-700.
6. Aguirre Errasti C, Montejo Baranda M, Hernández Almaraz JL, de la Hoz Torres C, Martínez Gutiérrez E, Villate Navarro JL, et al. An outbreak of Q fever in the Basque country. Can Med Assoc J. 1984;131:48-9.

Ane Uranga Echeverría<sup>a,\*</sup>, Cristobal Esteban González<sup>a</sup> e Inés Escalza Cortina<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Neumología, Hospital de Galdakao-Usansolo, Galdakao, Vizcaya, España

<sup>b</sup> Servicio de Neurología, Hospital de Galdakao-Usansolo, Galdakao, Vizcaya, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ane.urangaecheverria@osakidetza.net](mailto:ane.urangaecheverria@osakidetza.net) (A. Uranga Echeverría).

doi:10.1016/j.arbres.2010.09.011

## Tuberculosis con una lesión endobronquial fibroestenótica residual

### Tuberculosis with a Residual Fibrostenotic Endobronchial Lesion

Sr. Director:

La tuberculosis endobronquial (TBE) es una manifestación relativamente frecuente que se ve tanto en la infección primaria como

en la reactivación tuberculosa. Su incidencia se estima entre el 10-40% de los pacientes con tuberculosis pulmonar<sup>1</sup>. La evolución y pronóstico de la TBE es variable, pudiendo encontrar casos de resolución completa como de estenosis traqueobronquial severa residual<sup>2</sup>.

Presentamos el caso de una mujer de 58 años, natural de Marruecos que vive en España desde hace 3 años y que acudió por cuadro de dos meses de evolución caracterizado por tos, expectoración, febrícula, pérdida de apetito y pérdida de peso. En el