

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/mm³ 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 mm³ leucocitos, 1.500 mm³ 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 ecocordio 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%¹ y a menudo se asocian a neumonía, hepatitis o endocarditis¹. La presencia de cefalea es lo más frecuente, como ya señalaron Spelman et al² 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 al³ 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 al⁴ 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 al⁴.

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 normal⁵ como sucedió con nuestro paciente.

A destacar que nuestro paciente habita en un medio rural del País Vasco donde ya en 1981 y 1983⁶ 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^{a,*}, Cristobal Esteban González^a e Inés Escalza Cortina^b

^a Servicio de Neumología, Hospital de Galdakao-Usansolo, Galdakao, Vizcaya, España

^b Servicio de Neurología, Hospital de Galdakao-Usansolo, Galdakao, Vizcaya, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 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 pulmonar¹. La evolución y pronóstico de la TBE es variable, pudiendo encontrar casos de resolución completa como de estenosis traqueobronquial severa residual².

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

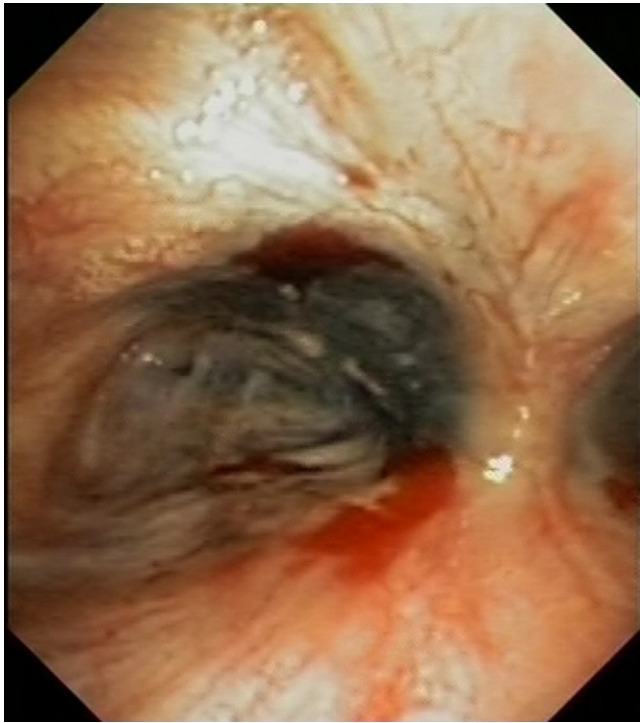


Figura 1. Imagen de la videobroncoscopia mostrando la lesión excrecente negruzca que obstruye el bronquio principal izquierdo.

esputo se observaron bacilos ácido alcohol resistentes y en los cultivos creció *Mycobacterium tuberculosis*. Se diagnosticó de tuberculosis bacilífera e inició tratamiento por dos meses con cuatro fármacos (isoniazida, pirazinamida, rifampicina y etambutol) y 4 meses más con isoniazida y rifampicina. La paciente presentó adecuada tolerancia a los fármacos y la baciloscopia de control fue negativa. El caso índice fue un familiar diagnosticado de tuberculosis. Tras finalizar el tratamiento, la paciente acude a control refiriendo molestias en región dorsal izquierda y disnea de esfuerzo. Se realizó una radiografía de tórax donde se observó una atelectasia completa del pulmón izquierdo por lo que se decidió su ingreso para completar estudio. La exploración física fue normal, salvo por la disminución del murmullo vesicular en el hemitórax izquierdo.

Las pruebas de laboratorio fueron normales. La tomografía axial computarizada mostraba una atelectasia completa del parénquima pulmonar izquierdo con desviación de las estructuras mediastínicas hacia el mismo lado, visualizándose una amputación completa del bronquio principal izquierdo. La videobroncoscopia (fig. 1) mostró una lesión excrecente negruzca, que obstruía completamente la entrada al bronquio principal izquierdo, de aspecto cicatricial. La anatomía patológica de la biopsia de la lesión endobronquial mostró granulomas. La paciente continúa en observación clínica

y funcional, tras haberse descartado el tratamiento endoscópico, manteniéndose estable desde el alta hospitalaria. En conclusión, es una paciente con TBE con una lesión endobronquial fibroestenótica residual tras completar el tratamiento tuberculostático, no subsidiaria de resección mecánica debido a la presencia de atelectasia completa del pulmón izquierdo con desviación de las estructuras mediastínicas.

Las complicaciones de la TBE incluyen obstrucción, atelectasias (con o sin infecciones secundarias), bronquiectasias y estenosis traqueal o bronquial. Según la visión broncoscópica de las lesiones endobronquiales, Chung and Lee³ clasificaron la TBE en 7 subtipos: caseoso activo, edematoso-hiperémico, fibroestenótico, tumoral, granular, ulceroso y bronquitis no específica. La lesión caseosa activa es la más frecuente (43%) y la tumoral (10,5%) la menos frecuente. La TBE tumoral se describe típicamente como una masa endobronquial cuya superficie está recubierta por material caseoso³. En un estudio de pacientes con TBE, los factores predictores independientes de estenosis persistente de la vía aérea fueron la edad mayor de 45 años, el subtipo fibroestenótico puro o combinado y la duración de síntomas mayor de 90 días antes del inicio del tratamiento antituberculoso⁴.

Las complicaciones estenóticas pueden tratarse mediante dilataciones repetidas, resecciones mecánicas o colocación de stents³. Se han probado recientemente nuevos tratamientos como la administración inhalada de anticuerpos anti TGF-beta 1 cuya función es la inhibición de la cicatrización⁵.

Bibliografía

1. Salkin D, Cadden V, Edson RC. The natural history of tuberculous tracheobronchitis. *Am Rev Respir Tuberc.* 1937;47:351-9.
2. Chan HS, Sun A, Hoheisel GB. Endobronchial tuberculosis – is corticosteroid treatment useful? A report of 8 cases and review of the literature. *Postgrad Med J.* 1990;66:822-6.
3. Chung HS, Lee JH. Bronchoscopic assessment of the evolution of endobronchial tuberculosis. *Chest.* 2000;117:385-92.
4. Um SW, Yoon YS, Lee SM, Yim JJ, Yoo CG, Chung HS, et al. Predictors of persistent airway stenosis in patients with endobronchial tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2007;11:57-62.
5. Zhang J, Li Q, Bai C, Han Y, Huang Y. Inhalation of TGF-beta 1 antibody: a new method to inhibit the airway stenosis induced by the endobronchial tuberculosis. *Med Hypotheses.* 2009;73:1065-6.

Rocío Magdalena Díaz Campos^{a,*}, Ricardo García Luján^a,
María Teresa Río Ramírez^b y Eduardo De Miguel Poch^a

^a Departamento de Neumología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^b Departamento de Neumología, Hospital Infanta Cristina, Parla, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rociomdc80@gmail.com (R.M. Díaz Campos).

doi:10.1016/j.arbres.2010.10.004

Respuesta a la carta “Toracocentesis paliativa en países de bajos recursos”

Response to the letter “Palliative Thoracocentesis in Low Income Countries”

Sr. Director:

En respuesta a la Carta al Director firmada por la doctora René Agustín Flores-Franco¹ en referencia al trabajo publicado en esta

misma revista² y de la que somos autores, queríamos aportar algunas aclaraciones. Estamos de acuerdo en que los medios económicos de los que disponemos nos limitan a la hora de aplicar determinadas actuaciones tanto diagnósticas como terapéuticas. Así, los bajos recursos económicos pueden obligarnos a utilizar medios menos sofisticados y de resultados parecidos. Sabemos que el sistema de drenaje tunelizado comercializado con el nombre de PleurX[®], que se utiliza para los derrames pleurales malignos y del que nosotros hemos presentados nuestros resultados, sí está introducido en Méjico. Es un sistema con amplia experiencia y seguro, y