

Neumonía cavitada por *Coxiella burnetti*

Sr. Director:

La fiebre Q es una zoonosis cuyo agente etiológico es *Coxiella burnetti*; dada su escasa incidencia y sobre todo la presencia de cavitación dentro de una consolidación pulmonar atribuida a dicho germen, nos parece interesante comunicar el caso.

Caso clínico: Paciente de 27 años, varón que consulta por dolor pleurítico, tos con expectoración purulento-hemoptoica y fiebre no termometrada de una semana de evolución. Antecedentes: fumador de veinte cigarrillos/día, contacto laboral con ovejas y caballos, así como con moluscos.

Exploración clínica: consciente y orientado, bien hidratado y perfundido. No ingurgitación yugular. Carótidas rítmicas y simétricas. Auscultación cardíaca sinusal, sin soplos. Auscultación pulmonar, hipoventilación en bases. Abdomen depresible, no visceromegalias, ni masas. Sin adenopatías en ninguna región. Pulsos conservados y sin edemas.

RX de tórax: Condensación en lóbulo inferior izquierdo, con cavitación de un centímetro aproximadamente (fig. 1).

Análítica: Hemograma: 20.140 leucocitos (83 N, 11 L y 2 E), resto normal. DRAS, BUN, creatinina e iones normales. Proteinograma: α_2 17,5 %, π 13 %, resto normal. Tiempo de protrombina 82 %.

Durante el ingreso se instauró tratamiento con ceftriaxona y clindamicina a dosis terapéuticas, para cubrir los gérmenes gramnegativos y anaerobios. Se solicitó Mantoux y BK, que fueron negativos. Unos días después apareció derrame pleural izquierdo en placa de tórax; la TAC torácica (fig. 2) mostró condensación neumónica en lóbulo inferior izquierdo, cavitación central, engrosamiento y derrame pleural ipsilateral. Sin adenopatías mediastínicas. Se solicitaron serologías para *Legionella*, *Aspergillus*, candida, *Mycoplasma*, histoplasma, latex y aglutinación para hidatosis y VIH, que resultaron negativas. La

Fig. 2. TAC torácica.

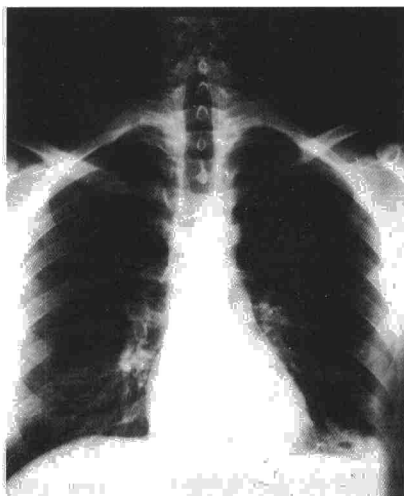
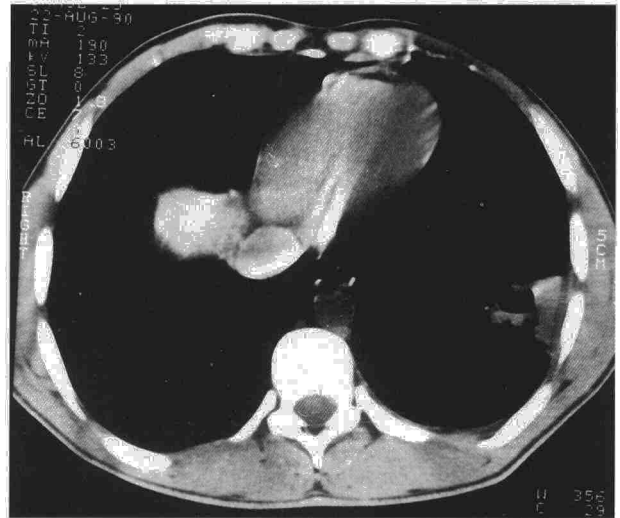


Fig. 1. Condensación en el lóbulo inferior izquierdo

serología para *Coxiella burnetti* resultó positiva a título 1/320 y en segunda muestra 1/1280. BK de esputo y citología negativos. PFR normales. Toracocentesis: exudado con LDH 2442 U, proteínas 5,6 g/dl, glucosa 32 mg/dl, pH 7, cultivo estéril, citología y BK negativos. El paciente sufrió hidroneumotórax que se resolvió favorablemente.

Tras tres semanas de ingreso, el paciente siguió asintomático y afebril. En la radiología desapareció la condensación y el neumotórax.

La fiebre Q es una zoonosis de distribución mundial, cuyo agente etiológico es *Coxiella burnetti*. La población en contacto con ganado caprino, ovino y vacuno, suele tener títulos positivos de anticuerpos contra dicho germen, aunque hay población sin contacto con dichos animales que presenta títulos positivos (nunca tan altos como en nuestro caso)^{1, 2}.

La neumonía en la fiebre Q tiene un período de incubación de 4 a 30 días, tras los que aparece fiebre importante, cefaleas y mialgias, y posteriormente aparece un cuadro de neumonía atípica acompañada en ocasiones de afectación hepática³.

Suele darse preferentemente en varones con edades comprendidas entre 15 y 45 años⁴. El tratamiento antibiótico de elección para *Coxiella burnetti* se basa en el empleo de tetraciclina y/o cloranfenicol; se ha demostrado efectividad terapéutica combinando trimetoprim-sulfametoxazol, o rifampicina^{5, 6}.

El diagnóstico serológico no presenta reacción cruzada con la aglutinación para *Proteus*⁵.

Las características radiológicas descritas por Millar⁷ son áreas de consolidación de 5 a 20 cm en lóbulos inferiores preferentemente, atelectasias lineales con frecuencia y derrame pleural, en ocasiones con pérdida de volumen. La resolución suele ser lenta y dura unos diez días. No está descrita la presencia

de cavitación en el seno de la consolidación, hecho que se constató en nuestro paciente.

Nuestro enfermo fue tratado con clindamicina y la respuesta fue favorable, quedando asintomático y con radiología normal tres semanas después de iniciado el ciclo antibiótico.

J. Fernández Horcajuelo, J.M. González Ruiz y A. García Álvarez
Servicio de Neumología. Hospital La Paz. Madrid.

1. Cour Boveda MI, González Sinde MC, González Cuadrado S, Palau Beato ML, González Gómez C, Ferro Dalda A. *Coxiella burnetti*: Estudio serológico en distintas poblaciones. Ann Med Intern 1990; 7:513-516.
2. Sienko DG, Bartlett PC, McGee HB, Wentworth BB, Herndon JL, Hall WN. Q fever: A call to heighten our index of suspicion. Arch Intern Med 1988; 148:609-612.
3. Raunch AL, Tanner M, Pacer RE, Barrett MJ, Brokopp CD, Schonberger LB. Sheep associated outbreak of Q fever, Idaho. Arch Intern Med 1987; 147:341-344.
4. Téllez A, Sáinz C, Echevarría C. Q Fever in Spain: Acute and chronic cases, 1981-1985. Rev Infect Dis 1988; 10:198-202.
5. Saah AJ, Hornick RB. *Coxiella burnetti* (Q fever). Infect Dis 1988; 151:1.088-1.090.
6. Guía terapéutica antimicrobiana. Sandford JP 1990; 41.
7. Millar JK. The chest films findings in Q fever: A series of 35 cases. Clin Radiol 1978; 29:371-375.