



<https://www.revclinesp.es>

1753 - ESPECTRO DE MANIFESTACIONES ATÍPICAS DE LA FIEBRE Q AGUDA EN PACIENTES ADULTOS DE UN ÁREA ENDÉMICA DEL SUROESTE DE ESPAÑA: UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO DETALLADO

Jorge Vázquez Orta, Francisco García Viudez, Violeta Gallego Gutiérrez, Lina María Zapata Vasquez y Paula Carlota Rivas Cobas

Medicina Interna, Hospital Infanta Elena, Huelva, España.

Resumen

Objetivos: Caracterizar exhaustivamente la frecuencia, el espectro clínico detallado, los parámetros analíticos relevantes y la evolución de las manifestaciones consideradas atípicas o infrecuentes en pacientes adultos diagnosticados de fiebre Q aguda. Este estudio se realiza en un área rural con alta endemidad para *Coxiella burnetii*, con el propósito fundamental de mejorar la sospecha clínica y el reconocimiento temprano de estas formas menos convencionales de la enfermedad.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo (enero 2019 - diciembre 2023) de adultos con diagnóstico serológico confirmado de fiebre Q aguda (seroconversión o IgM fase II ? 1:64 e IgG fase II ? 1:256). Se excluyó fiebre Q crónica. Se analizaron presentaciones atípicas: neurológicas (meningitis, encefalitis), cardíacas (miocarditis, pericarditis), osteoarticulares, cutáneas o hematológicas significativas. Se recogieron datos demográficos, exposición zoonótica, tiempo hasta diagnóstico, pruebas complementarias clave y respuesta al tratamiento.

Resultados: Se identificaron 45 casos de fiebre Q aguda que cumplieron los criterios de inclusión. La edad media de la cohorte fue de $55,7 \pm 15,3$ años, con un predominio masculino (68,9%, n = 31). Un 80% (n = 36) de los pacientes refirió una exposición zoonótica relevante, principalmente relacionada con ganado ovino y caprino. De forma significativa, un 31,1% (n = 14) de estos pacientes presentó al menos una manifestación clínica atípica como forma predominante o de mayor impacto clínico. El desglose específico de estas presentaciones fue: 4 casos con meningitis linfocitaria (LCR con pleocitosis entre 50-250 células/?L, predominio linfocitario > 80%, proteinorraquia moderada 60-150 mg/dL, y glucorraquia normal); 3 pacientes con pericarditis aguda (dolor torácico de características pleuríticas, roce pericárdico audible y derrame pericárdico leve a moderado objetivado en ecocardiograma); 2 casos de miocarditis aguda (con elevación de troponina I entre 3 y 5 veces el límite superior de la normalidad y alteraciones electrocardiográficas difusas de la repolarización); 2 pacientes con exantema maculopapular generalizado, no pruriginoso; 1 caso cuyo debut fue un síndrome febril prolongado asociado a trombocitopenia grave (35.000/?L) como alteración analítica más destacada; 1 paciente con artritis reactiva de grandes articulaciones (rodilla y tobillo); y finalmente, 1 caso de hepatitis anictérica con elevación leve de transaminasas (< 5 LSN) y GGT, sin evidencia de granulomas en la biopsia hepática. El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico en estas formas atípicas fue de 18 ± 7 días, notablemente superior a los 10 ± 5 días observados en las presentaciones clásicas. Todos los pacientes recibieron tratamiento estándar con doxiciclina (100 mg cada 12 horas) durante un periodo de 14 a 21 días, observándose una buena evolución clínica general y resolución de los síntomas en la mayoría. No se registró mortalidad directamente atribuible a la fiebre Q aguda en esta

serie.

Conclusiones: El espectro clínico de la fiebre Q aguda es diverso. En áreas endémicas, los clínicos deben mantener un elevado índice de sospecha ante síndromes febriles acompañados de manifestaciones neurológicas, cardíacas, cutáneas o hematológicas inusuales, incluso si los síntomas respiratorios o hepáticos clásicos son leves o están ausentes. La consideración temprana de esta zoonosis puede evitar estudios innecesarios y facilitar un tratamiento antimicrobiano oportuno.