



## I-019 - COXIELLA BURNETII EN INFECCIONES AGUDAS SIN OTRO AISLAMIENTO MICROBIOLÓGICO

D. Raya Cruz<sup>1</sup>, M. García Gasalla<sup>1</sup>, H. Vilchez<sup>3</sup>, V. Fernández-Baca Gutiérrez del Álamo<sup>2</sup>, I. Jado García<sup>4</sup>, M. Rodríguez Vargas<sup>4</sup>, J. Asensio Rodríguez<sup>3</sup> y C. Gallegos Álvarez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna; <sup>2</sup>Microbiología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca (Illes Balears). <sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital Son Espases. Palma de Mallorca (Illes Balears). <sup>4</sup>Laboratorio de Referencia e Investigación en Patógenos Espe. Hospital Carlos III. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Conocer la frecuencia FQ en pacientes hospitalizados con los diagnósticos de neumonía, hepatitis aguda, síndrome febril sin foco u otras patologías en las se pueda considerar la FQ como factor etiológico, en Hospitales Son Llàtzer y Son Espases de Palma de Mallorca.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo en pacientes adultos que requirieron hospitalización desde abril 2015 hasta octubre 2016, sin otro aislamiento microbiológico tras 72h de ingreso (hemocultivos, líquido pleural, antigenuria, etc.). Se utilizó para el diagnóstico de enfermedad aguda, inmunofluorescencia Indirecta (IFI) de fase II (VIRCELL) y diagnóstico molecular mediante PCR en tiempo real de *C. burnetii* y una segunda extracción para estudio serológico en fase de convalecencia (4-6 semanas tras la primera extracción). Se consideró positiva cuando el título de IgM fue  $\geq 1/40$  e IgG  $\geq 1/80$ , o cuando existió seroconversión.

**Resultados:** Se incluyeron 309 pacientes, el diagnóstico fue de: neumonía en 233 (74,8%) pacientes, síndrome febril 54 (17,5%), hepatitis aguda en 14 (4,5%), meningoencefalitis 4 (1,3%) y pericarditis en 4 (1,3%). Se diagnosticaron 31 (10%) casos de FQ aguda, 5 (16,1%) presentaron solamente PCR positiva, 10 (32,2%) IFI y PCR positivas (9 presentaban IgM e IgG positiva y 1 caso seroconversión) y 16 (51,6%) IFI positiva con PCR negativa (11 casos positivos desde la primera extracción y 5 seroconversión). Los pacientes que presentaron PCR positiva tenían de media de días de clínica  $5,4 \pm 3,22$  y los que tenían IFI positiva  $8,48 \pm 7,9$ . La mediana de edad fue de 47 años (ri: 19-90), 11 (73,3%) hombres. Vivían en ámbito urbano 21 (67,7%) pacientes, 10 (32,3%) no tuvieron contacto con animales, 7 (22,6%) tuvieron contacto con ovejas o cabras y 14 (45,1%) con animales domésticos. La estación más frecuente fue primavera 17 (54,8%). El diagnóstico fue 12 (38,7%) fiebre sin foco, 11 (35,5%) neumonía, 6 (19,4%) hepatitis, 1 (3,2%) meningoencefalitis y 1 (3,2%) caso de pericarditis. Fiebre (74,2%), tos (48,4%) y cefalea (48,4%) fueron los síntomas más frecuentes. El tratamiento con doxiciclina (solo o en combinación) fue prescrito en 11 (35,4%) casos, no recibieron antibioterapia 7 (22,6%), quinolonas 6 (19,4%) y 7 (13,3%) penicilinas u otros betalactámicos.

**Discusión:** Existen varios métodos para el diagnóstico de infección aguda, la PCR en tiempo real ha demostrado ser una técnica útil en fases muy precoces de la infección con niveles altos de

sensibilidad y especificidad, pero que requieren un laboratorio experimentado. En la práctica clínica diaria lo más frecuente es la utilización de métodos indirectos como IFI o fijación del complemento, pero que también presentan dificultades en la interpretación ya que requieren personal de laboratorio entrenado, dado que los puntos de corte para determinar el diagnóstico no están bien estandarizados. Son pocos los trabajos prospectivos que han evaluado la concordancia entre pruebas, con el objetivo de determinar la utilidad de cada una de ellas.

*Conclusiones:* La FQ aguda sintomática es frecuente en nuestro medio y la afectación hepática acompañada de fiebre la forma predominante. Sería conveniente realizar serología y PCR para el diagnóstico, ya que existe un alto porcentaje de pacientes con discordancia entre las dos pruebas realizadas. Vivían en medio urbano y escaso contacto con animales sugestivos de ser la fuente de infección. Ante la ausencia de antecedentes epidemiológicos claros, se debería valorar la FQ en el diagnóstico diferencial de hepatitis con fiebre y neumonías, especialmente en aquellos pacientes sin aislamiento microbiológico.