

ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR COXIELLA BURNETII: A PROPÓSITO DE UN CASO.

González de Val, C¹; Abreu Fernández, C¹; Tomás Quesada, A¹; Luengo Mangas, A¹.
¹Médico Interno Residente Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con fiebre recurrente suelen presentar una historia de múltiples cuadros sin diagnósticos precisos, recibiendo antibioterapia en numerosos episodios, en ocasiones de forma innecesaria. La endocarditis infecciosa debe considerarse como posible diagnóstico ante una fiebre persistente en pacientes de riesgo. Estos niños pueden presentar comorbilidades que pueden actuar como factores de confusión y/o tratamientos que pueden enmascarar su curso. Se considera un proceso grave, poco frecuente en la edad pediátrica, que requiere inicio precoz de antibioterapia para prevenir complicaciones.

ANTECEDENTES PERSONALES

No alergias conocidas. Síndrome Down.
Tetralogía de Fallot intervenida con válvula pulmonar protésica percutánea.
AIJ. Hepatitis autoinmune.
Tratamiento: Prednisona 5mg/24h, Azatioprina 1 comprimido/24h.

CASO CLÍNICO

Paciente de 18 años que ingresa por captación en PET-TAC circunscrita a zona del stent-válvula protésica. Refiere cuadros febriles de forma intermitente desde hace 2 años. Se mantiene con tratamiento inmunomodulador por su patología de base desde el inicio del cuadro. Evoluciona de forma favorable, manteniendo buen estado general entre episodios, sin otra sintomatología.

En contra del diagnóstico de endocarditis, todos los hemocultivos sacados previamente han sido negativos y no se visualiza por ecocardiografía transtorácica imagen de verruga, ni malfuncionamiento valvular.

Se decide sacar hemocultivos de forma ampliada para detectar gérmenes inusuales y plantear suspensión de inmunomoduladores. Se solicitan serologías y realización de ecocardiografía transesofágica, observando una formación sésil en uno de los velos de la válvula pulmonar protésica.

Se inicia tratamiento empírico con Daptomicina intravenosa, hasta obtener resultados de serologías siendo positiva para Coxiella Burnetii.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- PET-TAC: aumento de captación focal en los planos más basales del stent situado en TSVD.
- ECOTT: no datos sugerente de endocarditis. Buen funcionamiento valvular.
- ECOTE: válvula protésica pulmonar con fijación de uno de los velos con una formación sésil en el borde de 4mm, con buena movilidad de los otros velos e insuficiencia leve.
- Coxiella Burnetii IgG en fase I: 1/16254.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de fiebre Q crónica debe considerarse en los casos de fiebre de origen desconocido, especialmente si el paciente tiene afectación valvular previa y/o inmunosupresión. La manifestación clínica más frecuente es la endocarditis con vegetaciones que raramente se ven en un ecocardiograma normal y los hemocultivos de rutina suelen ser negativos. En las formas crónicas (antígeno en fase I), la detección de títulos de anticuerpos de clase IgG $\geq 1/800$ se considera un diagnóstico. La fiebre Q crónica debe tratarse con al menos dos antibióticos; se propone la combinación de doxiciclina y ciprofloxacino de manera prolongada (2-3 años).