

ENDOCARDITIS POR COXIELLA BURNETTI: SEGUNDO CASO EN 6 AÑOS

del Amor Espín MJ (1), Giner Caro JA (2), Alcaraz Vidal B (3) Jiménez Sánchez R (4), Viqueira González M (1), Cobos Trigueros N (3), Ortín Freire A (4), Jimeno Almazán A (3). Gutiérrez Cívicos R(5), Rojano Torres R (3).

1) Servicio de Microbiología, 2) Servicio de Cardiología, 3) Servicio de Medicina Interna-Unidad de Enfermedades Infecciosas, 4) Servicio de Medicina Intensiva, 5) Servicio de Farmacia Hospitalaria

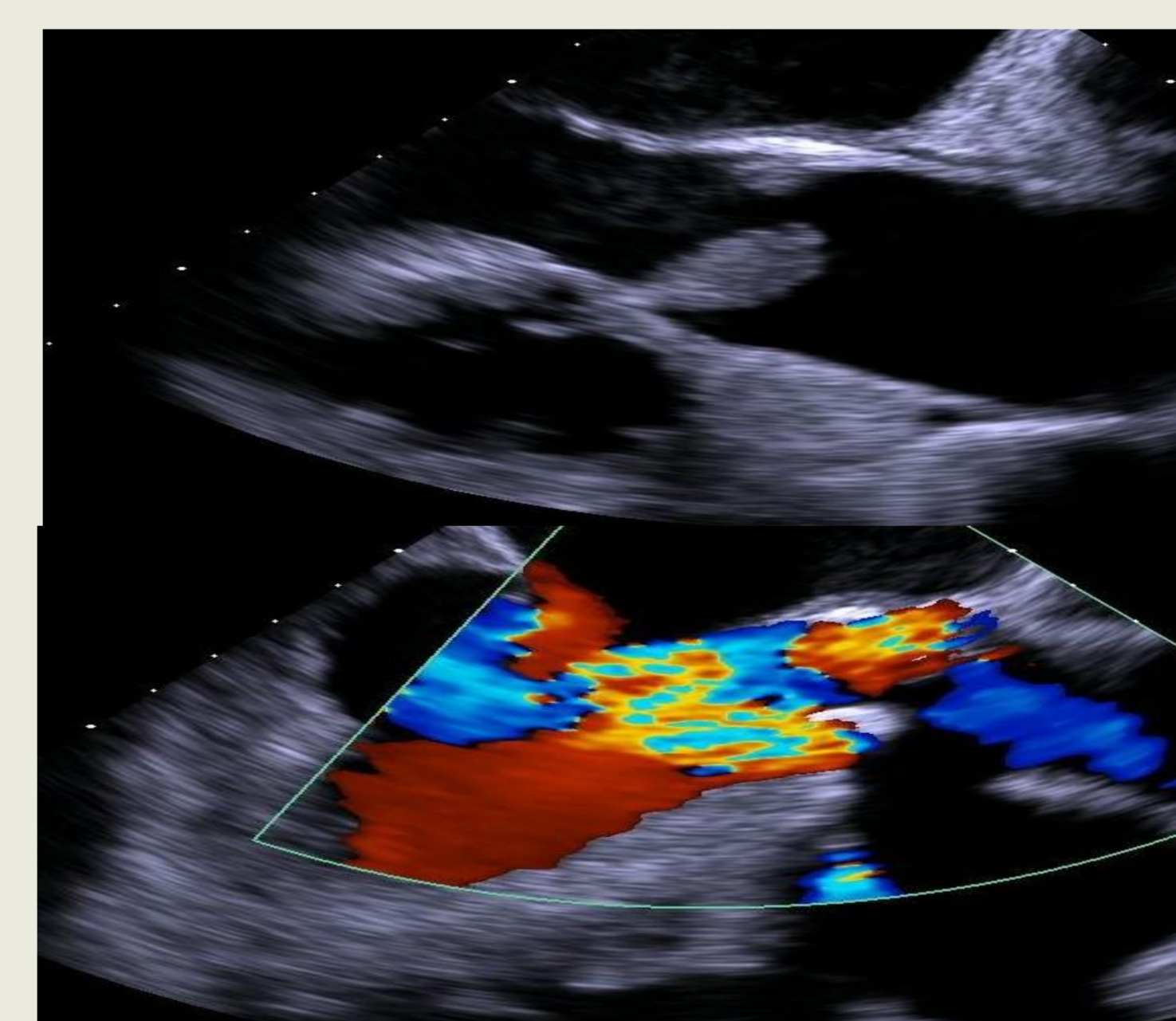
Justificación: La infección crónica por *C. burnetti* se presenta en el 1-5% de los casos, es por tanto una patología poco frecuente que no se suele tenerse en consideración, pudiendo retrasar un diagnóstico de fiebre Q crónica de 12 a 24 meses. La manifestación clínica más frecuente es la endocarditis, que se diagnostica, casi exclusivamente, en pacientes con una afectación valvular previa, en pacientes trasplantados y en pacientes inmunodeprimidos.

Objetivo y metodología: Notificar un segundo caso de endocarditis por *Coxiella* en nuestro hospital al cabo de 6 años, así como su descripción, atendiendo a datos clínicos, métodos diagnósticos, tratamiento y evolución

Resultados: Presentamos el caso de un varón de 50 años que refiere disnea de mínimos esfuerzos de un mes de evolución sin edemas en MMII. En urgencias se descartó TEP como causa de la disnea y en el TAC se evidenció cardiomegalia y aneurisma de aorta ascendente de 5 cm, por lo que se procedió a su ingreso en cardiología. En ningún momento presentó fiebre. Entre los antecedentes personales destacan factores de riesgo cardiovascular, hipertenso y exfumador desde hace 7 años, y una cardiopatía previa, soplo de valvulopatía aórtica conocido desde hace un par de años. Como exploraciones complementarias se realizó ECG y Ecocardiograma, presentando el ECG ritmo sinusal, con crecimiento de cavidades izquierdas y alteraciones secundarias en la repolarización, mientras que la ecocardiografía mostró insuficiencia aórtica subaguda severa (FEVI 30%) e insuficiencia cardíaca secundaria a endocarditis con rotura de velo aórtico. Ante estos hallazgos se sospechó de probable endocarditis infecciosa (un criterio mayor y un criterio menor) sobre válvula nativa aórtica, procediendo al protocolo de estudio de endocarditis infecciosas. Tras el resultado negativo de los hemocultivos, se realizó el estudio serológico de los diferentes patógenos implicados, resultando positiva la serología para *Coxiella burnetti*. Por el método IFI se procedió a la titulación de fases de *Coxiella* (fase I y fase II), obteniendo titulaciones significativas en todas las inmunoglobulinas de fase I o crónica (Ig G 1/3200; Ig A 1/800 e Ig M 1/200). Tras estos resultados se inició tratamiento prolongado con Doxiciclina y Levofloxacino, y el paciente fue programado para sustitución valvular aórtica. Finalmente el paciente tras la sustitución valvular permanece estable con adecuada evolución.

Criterios de Duke-Durack propuestos para el diagnóstico de EI

Criterios mayores:	Hemocultivos positivos para bacterias compatibles con EI Evidencia de afectación endocárdica: vegetación, absceso, deshiscencia parcial de válvula protésica, o insuficiencia valvular nueva.
Criterios menores:	Cardiopatía predisponente o uso de drogas endovenosas Fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ Fenómenos embolígenos vasculares Fenómenos inmunológicos Ecocardiograma compatible con EI, pero no cumple el criterio mayor anterior Evidencia microbiológica con hemocultivos positivos pero no cumple con el criterio mayor anterior, o evidencia serológica de infección activa por microorganismo compatible con EI.
Diagnóstico	
Definitivo:	2 criterios mayores, 1 mayor y 3 menores, o 5 menores.
Posible:	hallazgos compatibles con EI que son deficientes para Definida, pero no son acordes para Rechazada.
Rechazada:	por diagnóstico alternativo firme que explica los síntomas, resolución del cuadro con antibioticoterapia en menos de 4 días.



Endocarditis aórtica con insuficiencia aórtica severa e IC secundaria.

Conclusiones: La endocarditis por fiebre Q es una entidad importante a considerar que se asocia a un alto índice de complicaciones severas que requieren intervención quirúrgica de sustitución valvular en las tres cuartas partes de los afectados. El diagnóstico de fiebre Q crónica debe considerarse en todos los pacientes con endocarditis y hemocultivo negativo, afectación valvular cardíaca, aneurisma aórtico, fiebre (aunque ésta puede estar ausente) o fiebre prolongada y alteraciones neurológicas.

