

CARTAS AL DIRECTOR

Fiebre Q

Introducción. La fiebre Q (riquettsiosis producida por *Coxiella burnetii*) es una zoonosis de distribución mundial, endémica en España, relacionada con animales domésticos (vacas, ovejas, perro, gatos...) y salvajes (conejo, roedores...)¹. Constituye una excepción en este grupo de infecciones al contagiarse por inhalación de las secreciones (leche, orina, heces, productos placentarios...) de estos animales y no a través de insectos vectores. Esta vía «atípica» de contagio, la ausencia del exantema característico de las rickettsiosis, junto con una clínica presente sólo en un 50% de los casos², nos pone ante un cuadro más frecuente de lo que pensamos, que fácilmente podemos confundir con una simple virasis... Por este motivo consideramos interesante comunicar un caso de esta enfermedad.

Caso clínico. Una mujer de 42 años consulta por un cuadro de cefalea nocturna, con picos febriles de 38-39 °C, sudación profusa, náuseas y dolores musculares difusos, de 3 semanas de evolución, agravado en la última semana. Al preguntarle, refiere astenia y una pérdida de peso de unos 6 kg. No refiere antecedentes de interés, salvo vivir en un medio semirural con animales domésticos, así como haber trabajado en un matadero el año anterior. En la exploración presenta constantes dentro de la normalidad, auscultación cardiopulmonar sin hallazgos. No se aprecian exantemas, picaduras, nódulos subcutáneos ni adenopatías. La palpación abdominal es normal y la exploración neurológica no detecta alteraciones de las funciones superiores, de los pares craneales, fuerza y sensibilidad, así como signos meníngeos ausentes ni alteraciones del equilibrio.

Ante este cuadro clínico se planteó el diagnóstico diferencial entre diferentes procesos: virasis con cefalea, proceso expansivo intracranial (la inexistencia de focalidad y alteraciones de las funciones superiores nos tranquiliza), brucelosis y fiebre Q, entre otras. Se solicitó hemograma, bioquímica, sedimento urinario, serología para hepatitis, *Brucella* y *Coxiella burnetii*, así como una radiografía de tórax. Se trató a la paciente con paracetamol, 0,5-1 g/8 h, y se citó a la paciente para control y resultados 5 días después.

En la siguiente visita presenta mejoría de su cuadro, aunque persiste una leve cefalea

con ligera sensación nauseosa. Los resultados analíticos mostraron: hemograma normal, serie blanca (leucocitos, 7.800; neutrófilos, 53%; linfocitos, 33,8%; monocitos, 12,3%; eosinófilos, 0,5%; plaquetas, 124.000, y VSG, 34), bioquímica (AST, 67; ALT, 119; GGT, 98; FA, 122; LDH, 730; Fe, 16, y resto normal), orina cultivo positivo para *E. coli*, serología pendiente. Radiografía de tórax sin hallazgos de interés. Ante estos resultados y la mejoría del cuadro, se trató la infección urinaria con amoxicilina-ácido clavulánico según antibiograma y se la citó 7 días después para control y resultados de la serología.

En la segunda cita los síntomas eran mínimos, la serología negativa para hepatitis B y C, así como para *Brucella*, pero positiva para *Coxiella burnetii* (IFI IgG 1/256 sugestiva de infección e IFI IgM + infección reciente). Ante estos resultados se le diagnosticó fiebre Q, y se le pautó doxiciclina, 100 mg/12 h, durante 14 días.

Discusión y conclusiones. La fiebre Q en su forma aguda es asintomática o leve en un 50% de los casos, la forma sintomática puede presentar fiebre, cefalea, mialgias, náuseas, artralgias y tos seca, así como la presencia de neumonitis en el 50% de los casos, que es uno de los posibles diagnósticos diferenciales de la neumonía atípica. A su vez se puede encontrar alteraciones hepáticas y cardíacas³.

Este caso muestra un cuadro de fiebre Q sin afectación pulmonar. El elevado número de formas asintomáticas o subclínicas indica que debe pensarse en este proceso con más frecuencia de lo que lo hacemos, sobre todo ante procesos febriles con cefalea y alteraciones del estado general, y sobre todo cuando se asocien a posibles antecedentes epidemiológicos³. Durante el interrogatorio posterior la paciente afirmó que 2 semanas antes del inicio del proceso una gata había parido en una cesta dentro de su casa¹.

J.J. Lanza Lasheras^a
y D. Fernández Cuesta^b

^aMédico de Familia. ^bMIR R-3 MFyC. Centro de Salud Can Misses. Ibiza. España.

1. Marin M, Rault D. Q fever. Clin Microbiol Rev 1999;12:518-53.
2. Pachón J, De Alarcón A, García San Miguel J. Fiebres tíficas. En: Farreras P,

Rozman C, editores. Medicina interna. 13.^a ed. Barcelona: Mosby-Doyma Libros, 1995; p. 2401-03.

3. Raoult D, Tissot-Dupont H. Q fever 1985-1998. Clinical and epidemiologic features of 1383 infections. Medicine (Baltimore) 2000;79:109-23.

Hemangioma hepático gigante como causa de dispepsia. A propósito de un caso

El hemangioma hepático es el tumor benigno del hígado más frecuente; suele ser de pequeño tamaño, único o múltiple, pero en ocasiones supera los 4 cm, denominándose hemangioma hepático gigante¹. En general son asintomáticos y se detectan de forma casual, aunque a veces, como en nuestro caso, pueden provocar dolor o molestias abdominales. La historia natural (seguimiento) y el tratamiento de estos hemangiomas siguen sin estar bien definidos, pero se ha intentado establecer unas indicaciones quirúrgicas para su tratamiento.

Caso clínico. Mujer de 54 años sin alergias medicamentosas ni antecedentes patológicos de interés, que refiere desde hace unos meses sensación de molestias abdominales epigástricas, sin náuseas ni vómitos. La dispepsia no tenía relación con la ingesta. No presentaba síndrome tóxico. En ocasiones, las molestias abdominales hacían que se despertara por la noche. En la exploración física, el abdomen era levemente doloroso a palpación epigástrica sin masas ni visceromegalias y el resto de la exploración fue normal. Ante el cuadro de dispepsia decidimos solicitar una fibrogastroscoopia, donde destacaba la presencia de una compresión extrínseca a nivel de cuerpo y *fundus* sin lesiones en mucosa gástrica. En la ecografía abdominal se observaban múltiples lesiones que ocupan espacio a expensas de LHI sugestivas de metástasis.

Se derivó a la paciente de manera urgente al servicio de digestivo. La analítica fue: hemograma y bioquímica, normales; alfafetoproteína, 2; CEA, 1,5; una resonancia magnética hepática con contraste informó de 4 lesiones hepáticas focales compatibles con angiomas hepáticos gigantes. Una de ellas, 13 × 8 × 8 cm, condiciona compresión

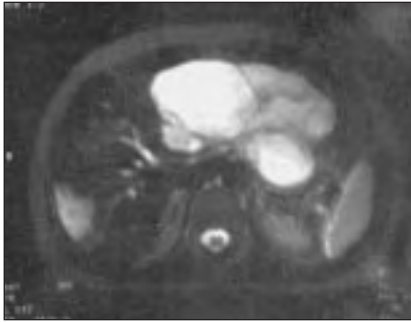


Figura 1. RMN hepática con contraste. Se observan 4 lesiones hepáticas focales. La de mayor tamaño comprime curvatura menor gástrica.

sión y desplazamiento sobre la curvatura menor gástrica (fig. 1).

Aunque nuestra paciente presentaba molestias abdominales y una de las lesiones era mayor de 10 cm, se decidió no intervenir y mantener una conducta expectante realizando controles anuales en el servicio de digestivo.

Discusión y conclusiones. Los hemangiomas hepáticos suelen ser tumores asintomáticos y de hallazgo casual al estudiar un dolor abdominal. En nuestro caso, la dispepsia fue el síntoma inicial hasta el diagnóstico. En el diagnóstico por la imagen, la ecografía puede mostrar un patrón similar a un tumor hepático primitivo o metastásico; por eso es preferible confirmar el diagnóstico con TAC o RMN². Existen indicaciones para el tratamiento quirúrgico, aunque éste continúa siendo controvertido, debido a la existencia de varias técnicas (enucleación, embolización³, resección hepática⁴). Las indicaciones son: pacientes sintomáticos, hemangioma de tamaño > 10 cm (mayor riesgo de hemorragia intratumoral y rotura) y rápido crecimiento (aumento del diámetro $\geq 25\%$ durante un período de 6 meses). La decisión de extirpar un hemangioma depende del riesgo operatorio y la evolución natural de la lesión⁵, aunque la resección es raramente requerida⁶. Tampoco parece claro hasta cuándo se debe realizar el seguimiento; algún estudio no recomienda el seguimiento a largo plazo en pacientes con bajo riesgo de malignidad y apariencia típica de hemangioma en la ecografía de control⁷.

En nuestro caso se tomó la decisión de no intervenir, aun cumpliendo algunas indica-

ciones de cirugía. En la actualidad la paciente presenta leves molestias digestivas y sigue controles habituales.

M. Perona Pagán^a, A. Anguita Guimet^a, M. Devant Altimir^b y M.J. Guiu Buendía^c

CAP Les Corts. Barcelona. España.
^aMédico de Familia. ^bEnfermera.
^cResidente 3^{er} año MFyC.

1. Ecker JA, Doane WA. Massive cavernous hemangioma of the liver. Case reports and review of the literature. *Am J Gastroenterol* 1969;52:25-36.
2. Pietrabissa A, Giulianotti P, Campatelli A, Di Candio G, Farina F, Signori S, et al. Management and follow-up of 78 giant haemangiomas of the liver. *Br J Surg* 1996;83:915-8.
3. Jesic R, Radojkovic S, Tomic D, Krstic M, Jankovic G, Milinic M, et al. Personal experience in embolization of liver hemangiomas. *Srp Arh Celok Lek* 1998; 126:349-54.
4. Hanazaki K, Kajikawa S, Matsushita A, Monma T, Koide N, Nimura Y, et al. Hepatic resection of giant cavernous hemangioma of the liver. *J Clin Gastroenterol* 1999;29:257-60.
5. Melchor GJM, Pérez GR, Domínguez GDF, Altamirano ABG. Hemangioma hepático, diagnóstico y tratamiento. Reporte de un caso. *Rev Hosp Jua Mex* 1999; 66:70-4.
6. Farges O, Daradkeh S, Bismuth H. Cavernous hemangiomas of the liver: are there any indications for resection? *World J Surg* 1995;19:19-24.
7. Leifer DM, Middleton WD, Teeffey SA, Menias CO, Leahy JR. Follow-up of patients at low risk for hepatic malignancy with a characteristic hemangioma at US. *Radiology* 2000;214:167-72.

Tres casos de enfermedad inflamatoria intestinal a partir de un tratamiento antidepressivo con paroxetina

Introducción. La depresión es uno de los problemas más frecuentes en la consulta del médico de asistencia primaria, debido a que al menos un 20% de los individuos de la población general presentarán a lo largo de su vida, algún episodio de depresión¹. En el ámbito de estudio ya se efectuó con

anterioridad un diagnóstico de salud comunitario sobre problemas de salud mental, y se evidenció después de administrarles el test de Goldberg, que un 20% de la población estudiada tenía depresión². La población asignada al área básica de salud es de 21.200 personas, y en una de las unidades asistenciales que atiende a 1.850 pacientes de 15-95 años de edad se efectuó un estudio sobre la prevalencia de depresión en la población atendida, y se encontró que estaba afectada un 40%³.

Por otra parte, en un estudio posterior se constató que un 30% de los pacientes depresivos era tratado con paroxetina por parte del facultativo de esta unidad asistencial⁴. Los efectos secundarios más frecuentes fueron intolerancia gastrointestinal, que en el 80% de los casos se manifestó como náuseas o vómitos, y un 30% con trastornos en la defecación, tales como aumento del número de deposiciones y en algunos casos diarrea importante, que incluso motivó la suspensión del tratamiento.

Casos clínicos. Entre los casos con efecto secundario de diarrea se detectaron 3 casos de enfermedad inflamatoria crónica intestinal. Dos de éstos precisaron tratamiento con corticoides durante varios meses sin observarse mejoría del cuadro, debiéndose incluso administrar posteriormente inmunosupresores en los 2 casos y llegando a precisar uno de ellos resección intestinal. Estos 2 casos tenían confirmación diagnóstica con biopsia de enfermedad de Crohn, pero el tercero sólo fue diagnosticado de enfermedad inflamatoria intestinal inespecífica, pero precisó también resección quirúrgica de urgencia. Los 3 casos tuvieron una evolución tórpida, con un período muy largo de meses de recuperación.

Discusión y conclusiones. Dado el amplio manejo de los antidepressivos inhibidores de la recaptación de la serotonina en la asistencia primaria, frente a los antidepressivos más antiguos como los tricíclicos o incluso los inhibidores de la monoaminoxidasa⁵, en función de su mejor manejabilidad en la práctica clínica diaria, por la presentación de efectos secundarios menos peligrosos, tal vez cabría plantearse una revisión de si estos antidepressivos son tan inocuos como parecen, para lo cual haría falta estudios más complejos. Se consultó este efecto a la Comisión de Vigilancia Farmacológica de

Palabras clave: Hemangioma gigante. Dispepsia. Tratamiento.