

Fiebre, sacroileítis y epididimitis en varón de 22 años

P. Muñoz-Carreño, J.L. Andreu-Sánchez, M. Fernández-Castro, L. Silva-Fernández, J. Sanz-Sanz y J. Mulero-Mendoza

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

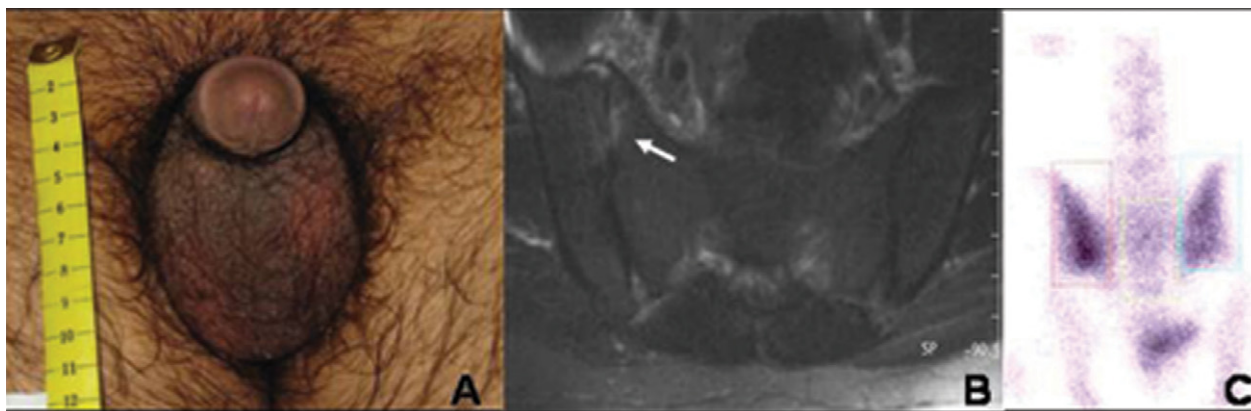


Figura 1. A: epididimitis derecha. B: la resonancia magnética confirma una sacroileítis derecha (flecha), con afectación articular y del músculo piriforme vecino. C: la gammagrafía ósea con $MDP^{99m}Tc$ pone de manifiesto la presencia de sacroileítis derecha

Caso clínico

Un varón de 22 años, sin antecedentes personales de interés, consultó por un cuadro de 2 meses de evolución de fiebre diaria de hasta 40 °C y tiritona. En los últimos 15 días había aparecido dolor en la nalga derecha, de carácter inflamatorio, que provocaba una intensa impotencia funcional. Dos días antes de la consulta se habían añadido dolor y tumefacción del escroto.

En la exploración física presentaba dolor a la presión directa de la articulación sacroilíaca derecha y dolor en la nalga derecha con las maniobras de movilización de las articulaciones sacroilíacas. Asimismo presentaba tumefacción, eritema y dolor a la palpación en el lado derecho del escroto (fig. 1A). La exploración general, incluidas la auscultación cardíaca y exploración neurológica, no mostró hallazgos anormales.

Las pruebas de imagen solicitadas pusieron de manifiesto signos de sacroileitis derecha en la radiografía simple de pelvis, en la resonancia magnética y en la gammagrafía ósea (figs. 1B y C, respectivamente). La resonancia magnética también evidenció miositis adyacente, especialmente del músculo piriforme. Se valoró al paciente en el Servicio de Urología y se le diagnosticó de epididimitis derecha.

Diagnóstico

Se realizaron pruebas serológicas para *Brucella* sp. Los resultados de los títulos fueron de 1/2.560 para la determinación estándar, de 1/2.560 para la prueba de Coombs y de 1/1.280 para la aglutinación con 2-mercaptoetanol. Se realizó el diagnóstico de brucelosis aguda. Los hemocultivos con incubación prolongada fueron negativos.

Evolución

Tras la confirmación serológica, el paciente reconoció haber ingerido leche no comercializada por los circuitos habituales. Se inició tratamiento con estreptomycin (15

Correspondencia: Dr. J.L. Andreu Sánchez.
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro.
San Martín de Porres, 4. 28035 Madrid. España.
Correo electrónico: jlandreu@arrakis.es

Manuscrito recibido el 2-12-2004 y aceptado el 4-4-2005.

días) y doxiciclina (6 semanas), con lo que las manifestaciones clínicas desaparecieron al cabo de 3 semanas.

Discusión

La brucelosis es una zoonosis transmitida al ser humano desde animales infectados. Esta enfermedad puede deberse a 4 especies: *Brucella melitensis*, la causa más frecuente y virulenta en todo el mundo, cuyos reservorios son las cabras, las ovejas y los camellos; *B. abortus*, del ganado vacuno; *B. suis*, del ganado porcino, y *B. canis*, del perro. Estos bacilos producen una infección crónica en los animales. Los bacilos se destruyen por ebullición o pasteurización de la leche y de los productos lácteos. Sobreviven hasta 8 semanas en el queso blanco no pasteurizado fabricado con leche de cabra y no se destruyen mediante congelación. Permanecen viables hasta 40 días en tierra seca contaminada por orina, heces, secreciones vaginales y productos del parto de los animales infectados, y durante períodos más prolongados en terrenos húmedos¹.

La incidencia global de la enfermedad se desconoce debido al carácter variable de los sistemas de declaración y notificación de enfermedades en los distintos países. El consumo de queso importado, los viajes al extranjero y las exposiciones profesionales son las fuentes de infección que se identifican con mayor frecuencia¹, aunque en nuestro caso el paciente se infectó consumiendo leche producida en una granja de la Comunidad de Madrid que vendía sus productos de forma ilegal y sin someterlos a los procedimientos habituales de pasteurización o esterilización.

La brucelosis es una causa bien documentada de fiebre de origen desconocido, acompañada de síntomas variados e inespecíficos. Junto con la fiebre, pueden aparecer anorexia, astenia, pérdida de peso, sudación, etc. Las localizaciones más comunes de la enfermedad son el sistema osteoarticular, el genitourinario y el nervioso². Entre los trastornos osteomusculares, se pueden evidenciar sacroileitis en el 20-30% de los casos, espondilodiscitis infecciosa, monoartritis infecciosa y una poliartritis inmonoalérgica en la que no es posible aislar el germen viable en las articulaciones^{3,4}. La orquiepididimitis aparece en el 2 al 4% de los varones afectados, mientras que la neurobrucelosis consiste habitualmente en una meningitis que aparece en el 1 al 2% de los casos⁵. Aunque la tríada de fiebre, sacroileitis y orquiepididimitis es prácticamente patognomónica de brucelosis aguda, se debe realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades, como la artritis reactiva post-*Chlamydia* o la tuberculosis.

El diagnóstico de brucelosis se basa en la demostración de la infección mediante las adecuadas pruebas serológicas o mediante el aislamiento del microorganismo en sangre o en otros fluidos o tejidos, tales como el líquido cefalorraquídeo, en el cual puede demostrarse pleocitosis linfocitaria, elevación de proteínas y concentraciones normales o bajas de glucosa; la orina, donde es más

probable demostrar una piuria estéril, similar a la tuberculosis; el líquido articular, en el cual se demuestra un recuento celular bajo, con predominio de mononucleares; el hígado, con la presencia característica de granulomas; o la médula ósea⁶.

Los anticuerpos séricos frente a *Brucella* pueden detectarse por diversos métodos, entre los que se encuentran la prueba normalizada de aglutinación en tubo, la prueba de aglutinación con 2-mercaptoetanol, la prueba de Coombs, un análisis de inmunoadsorción ligado a enzimas y la reacción en cadena de la polimerasa^{1,7}.

Con respecto al tratamiento antibiótico, no se recomienda la monoterapia debido a la elevada incidencia de fracasos y recidivas, así como a la posibilidad de desarrollar resistencias¹. La combinación de doxiciclina (6 semanas) y un aminoglucósido (2 primeras semanas), como la estreptomycinina o la gentamicina, es una pauta de gran eficacia⁸. También es una alternativa válida la combinación de doxiciclina y rifampicina durante 4 a 8 semanas. La prolongación a 3 semanas del tratamiento con el aminoglucósido podría disminuir el número de recidivas⁹. Tras finalizar el tratamiento, un pequeño porcentaje de pacientes continúa presentando febrícula durante un período variable, en ocasiones de varios meses. Algunos de ellos desarrollan finalmente una clara recidiva de la enfermedad, pero en otros la febrícula remite y la evolución posterior es favorable¹⁰.

Bibliografía

1. Madkour M, Kasper DL. Brucelosis. En: Harrison TR, Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, et al, editores. Principios de medicina interna. 15.ª ed. Vol. I. Madrid: McGraw Hill; 2001. p. 1166-9.
2. Colmenero JD, Reguera JM, Martos F, et al. Complications associated with *Brucella melitensis* infection: a study of 530 cases. *Medicine (Baltimore)*. 1996;75:195-211.
3. Gotuzzo E, Carrillo C. Brucella arthritis. En: Espinoza L, editor. Infections in the rheumatic diseases. Orlando: Grune & Stratton; 1988. p. 31-41.
4. Andréu Sánchez JL. Infecciones osteoarticulares por micobacterias, *Brucella*, hongos y parásitos. Enfermedad de Lyme. En: Blanco FJ, Carreira P, Martín Mola E, Mulero J, Navarro F, Olivé A y Tornero J, editores. Manual SER de las enfermedades reumáticas. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2004. p. 356-61.
5. Mc Lean DR, Russell N, Kahn MY. Neurobrucellosis: clinical and therapeutic features. *Clin Infect Dis*. 1992;15:582-90.
6. Maloney GE. Brucellosis. E-Medicine (Ohio) [revista electrónica] 2004 Sep [acarecido 4 Oct 2004]. En: Blanco FJ, Carreira P, Martín Mola E, Mulero J, Navarro F, Olivé A, et al, editores. Disponible en <http://www.emedicine.com/emerg/topic883.htm>
7. Al Dahouk S, Tomaso H, Nockler K, Neubauer H, Frangoulidis D. Laboratory-based diagnosis of brucellosis- a review of the literature. Part I: Techniques for direct detection and identification of *Brucella* sp. *Clin Lab (Munich)*. 2003;49:487-505.
8. Cisneros JM, Viciana P, Colmenero J, Pachón J, Martínez C, Alarcón A. Multicenter prospective study of treatment of *Brucella melitensis* brucellosis with doxycycline for 6 weeks plus streptomycin for 2 weeks. *Antimicrob Agents Chemother*. 1990;34:881-3.
9. Acocella G, Bertrand A, Beytout J, Durrande JB, García Rodríguez JA, Kosmidis J, et al. Comparison of three different regimens in the treatment of acute brucellosis: a multicenter multinational study *J Antimicrob Chemother*. 1989;23:433-9.
10. Ariza-Cardenal J. Brucellosis. En: Farreras P y Rozman C, editores. En: Farreras-Rozman. Medicina interna. 13.ª ed. Vol. II. Madrid: Mosby-Doyma Libros; 1997. p. 2312-7.