

Absceso epidural por *Brucella*

S. García Vicente^a, M. García Rodríguez^b, A. Baixauli Rubio^b y F.J. Calvo Catalá^b

^aCentro de Salud de Torrente. ^bSección de Reumatología. Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

La brucelosis, enfermedad originada por las bacterias del género *Brucella*, es una zoonosis, enfermedad cuyo reservorio lo constituyen los animales, en particular domésticos: cabras y ovejas (*B. mellitensis*), vacas (*B. abortus*) y cerdos (*B. suis*). El ser humano adquiere la enfermedad accidentalmente como huésped secundario, y es frecuente en profesionales dedicados al cuidado de estos animales o en la población normal tras ingestión de productos lácteos no controlados (quesos frescos, leche, mantequilla). Su distribución es mundial. En España es una enfermedad profesional y una EDO, con mayor prevalencia en áreas rurales.

A pesar de su gran control actual en nuestro medio (8.698 casos declarados en 1984 y 1.545 casos en 1998)¹, se presenta este caso de brucelosis por lo excepcional de su gravedad, reseñando la sospecha clínica que se debe mantener así como la importancia de disponer en el medio rural² de una prueba diagnóstica tan sencilla como el rosa de Bengala.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 62 años, que consultaba desde hacía un año a su médico de cabecera por un cuadro de lumbalgia con irradiación a miembro inferior izquierdo, con parestesias y pérdida de fuerza en el mismo miembro, en progresivo aumento, sin ceder con tratamiento antiinflamatorio –analgésico habitual y reposo–. Además, en los últimos 2 meses refería astenia y febrícula vespertina (37,5-38 °C). Destacan entre sus antecedentes personales un traumatismo lumbar por precipitación, en 1992, sin secuelas y, como antecedentes familiares, tuberculosis pulmonar en varios miembros de la familia.

Ante la persistencia de la clínica y el deterioro del paciente es remitido a la unidad de reumatología del hospital de referencia, para su valoración y estudio.

En la primera exploración efectuada se encontraba apirético, con palidez mucocutánea, y auscultación cardiopul-

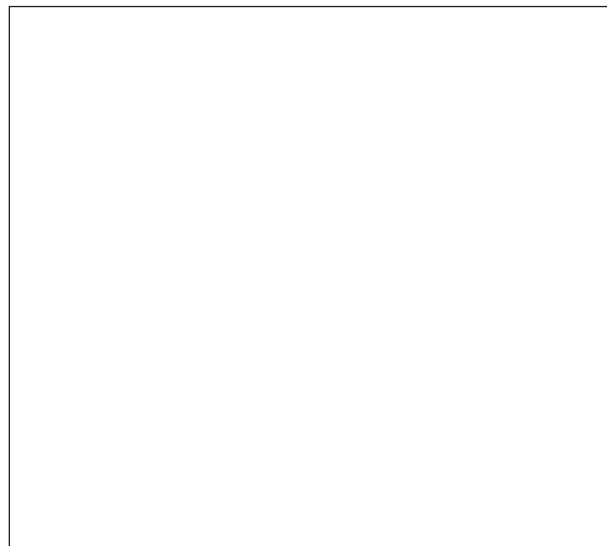


Figura 1. Imagen de vértebra lumbar apreciándose el cuerpo totalmente desestructurado.

monar y abdomen normal. Refería algia moderada a la presión sobre apófisis espinosas de vértebras lumbares sin signos inflamatorios externos. En el miembro inferior izquierdo se pudo comprobar una atrofia muscular, hipoestesia termoalgésica, hiporreflexia rotuliana y aquilea con una paresia 3+/5. En la entrevista indica que realiza estancias prolongadas en su lugar de nacimiento, Ronda (Málaga), donde ingiere leche de cabra sin control sanitario. Se solicita hemograma, que presenta una hemoglobina de 10,9 g/dl y VCM, 79 fl. En la bioquímica, destaca una GOT; 222 U/l y una LDH, 502 U/l. El estudio de inmunoglobulinas es normal. La prueba de Mantoux fue negativa. En la radiografía de tórax no se pusieron de manifiesto hallazgos patológicos. En el estudio radiológico de columna vertebral se pudo apreciar una pérdida de altura de cuerpos vertebrales lumbares. Al realizar una RNM lumbar (figs. 1 y 2), se comprueba el hallazgo de la radiología convencional, con una imagen de masa de partes blandas paravertebral y epidural anterior desde L2-L3 a L4-L5, comprimiendo el saco dural, todo ello sugestivo de espondilodiscitis con absceso epidural y prevertebral. El eco-Doppler cardíaco evidenció una insuficiencia aórtica ligera, sin signos de vegetaciones.

Correspondencia: Dr. S. García Vicente.
Avda. General Pastor, 65, bloque 7, 8. 46183 La Eliana. Valencia
Correo electrónico: sergiogvi@yahoo.es

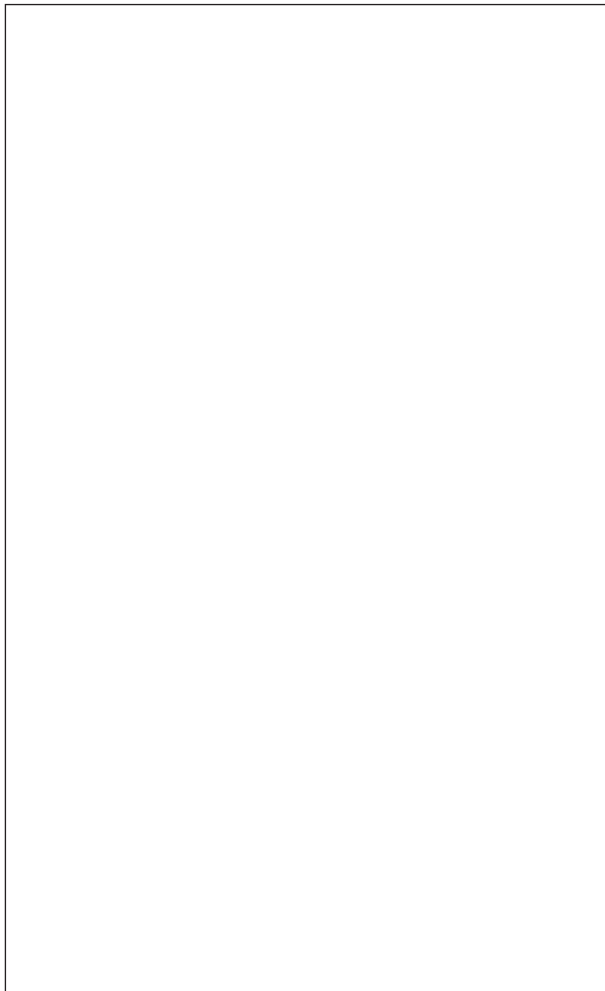


Figura 2. Imagen de columna lumbar observándose la afectación de cuerpos vertebrales y el absceso formado.

Se efectuó punción para extracción de una muestra del absceso, con una tinción de Gram y BAAR negativos y un cultivo para *Brucella* positivo, con micobacterias negativo.

Tras este resultado, se realizan al paciente pruebas serológicas para *Brucella*: rosa de Bengala positivo, seroaglutinación positiva: 1/320 y un test de Coombs positivo: 1/1.280.

Se inició tratamiento ambulatorio con doxiciclina, gentamicina y rifampicina con mejoría tras la primera semana. El paciente comenzó la deambulacion, aunque mantenía la clínica de lumbalgia. Se solicitó valoración por los servicios de traumatología y neurocirugía, decidiéndose intervención quirúrgica, y se procedió a eliminar los restos del absceso y a estabilizar la columna vertebral lumbar. En las RNM de control, no se ha observado recidiva del absceso permaneciendo el paciente asintomático, tras 6 meses de evolución posquirúrgica.

Con todos estos datos el diagnóstico fue de absceso epidural prevertebral secundario a brucelosis crónica.

DISCUSIÓN

Desde la consulta de atención primaria no se sospechó el diagnóstico de brucelosis, a pesar de su larga evolución, al

no conseguir relacionar en el paciente una exposición a animales o productos de animales infectados o un antecedente epidemiológico. Es importante conocer las vías de transmisión: *a*) por contagio directo, mediante contacto (con animales enfermos y sus productos: abortos, secreciones vaginales, heces, orina, estiércol, etc.); por inhalación (manipulación de estiércol), o por inoculación (accidente de laboratorio, manipulación de vacunas), o *b*) por vía indirecta: vía alimentaria (ingestión de quesos frescos sin higienizar, etc.).

El cuadro clínico tiene unos síntomas muy variables^{3,4}, sobre todo en fases iniciales (tabla 1): fiebre elevada (sobre todo vespertina), escalofríos, sudación, astenia-anorexia, cefalea, artromialgias, esplenomegalia, etc., siendo frecuentes las infecciones subclínicas y no diagnosticadas. La enfermedad debe tenerse en cuenta ante esta sintomatología, en zonas de prevalencia elevada de la enfermedad, en el medio rural o ante posibilidad de consumo de productos lácteos no controlados, pues un tercio de los pacientes desarrollan alguna focalidad, sobre todo osteoarticular (sacroileitis, espondilitis y artritis periféricas), orquiepididimitis y neurobrucelosis, con una mortalidad de un 1%, relacionada con endocarditis.

Dentro de las pruebas diagnósticas^{5,6} (y aconsejando advertir en su caso al laboratorio de la potencial contaminación de la muestra), destacan:

1. Los hemocultivos, que en más del 75% de casos son positivos, sobre todo en la fase aguda; en ocasiones puede ser útil otra muestra clínica: LCR, tejidos u orina.

2. Las pruebas serológicas:

– Seroaglutinación (valiosa con títulos $\geq 1:160$, pues esta cifra indica proceso activo, en general, los títulos disminuyen a partir del quinto mes).

– Prueba de Coombs anti-*Brucella*, de gran interés en las brucelosis crónicas: demuestra la presencia de anticuerpos no aglutinantes IgA e IgG, que con títulos $> 1:80$; la OMS recomienda⁶ la práctica sistemática de estas dos pruebas.

– Actualmente, se estudian las inmunoglobulinas anti-*Brucella*: Ig M, para fases iniciales del proceso e Ig G para comprobar la evolución del proceso; en menor medida, Ig A.

Tabla 1. Clínica principal en la brucelosis

Síntoma-signo	Porcentaje de pacientes
Fiebre (> 38 °C)	70-90
Sudación	80-90
Escalofríos	75-80
Astenia	70-80
Artromialgias	65-70
Hepatosplenomegalia	40-60

Tabla 2. Tratamiento actual de la brucelosis, ante procesos no complicados

Grupo de pacientes	Antibiótico y duración
> 8 años	doxiciclina, 45 días + estreptomina i.m., 14 días
> 8 años (segunda elección)	doxiciclina + rifampicina, 45 días
< 8 años	rifampicina + cotrimoxazol, 45 días
< 8 años (segunda elección)	rifampicina, 45 días + gentamicina i.m., 5 días
Gestantes y lactantes	rifampicina, 45 días

– Merece mención aparte el rosa de Bengala: prueba de aglutinación con tira reactiva, rápida, sencilla, de bajo coste y muy sensible y específica, de gran valor para el diagnóstico rápido en el medio rural² o fuera de medio endémico; rara vez es negativa: en largas evoluciones o en infección muy reciente.

El tratamiento actual de elección⁵ (tabla 2), en mayores de 8 años, con procesos no complicados es:

– Doxiciclina por vía oral, 100 mg/12 h (durante 45 días) junto a estreptomina por vía intramuscular 1 g/24 h, los primeros 14 días. La estreptomina puede sustituirse por gentamicina sólo durante los primeros 7 días. De segunda elección: doxiciclina y rifampicina, durante 45 días.

– En menores de 8 años: rifampicina + cotrimoxazol (5 mg/kg), 45 días; como alternativa: rifampicina, 45 días y gentamicina (5-6 mg/kg/día) los primeros 5 días.

– En gestantes y lactantes: rifampicina a dosis única de 900 mg/día, durante 6 semanas.

En la prevención, es de enorme importancia la educación sanitaria de la población en riesgo, insistiendo a ganaderos o personal que trabaje en contacto directo con los animales de mayor riesgo (pastores, carniceros, etc.) sobre

la necesidad de una manipulación adecuada con barreras inespecíficas: guantes, mascarillas, gafas, etc., y a la población general, sobre todo en el medio rural, de la necesidad de pasteurizar la leche (hervirla durante 5 min tras el inicio de la cocción) y alejar las viviendas de establos, esterceros o de los pasos de rebaños. Las medidas de salud pública quedan reservadas, en general, al personal veterinario: detección de animales infectados, vacunación, cloración de aguas públicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Situación general. Estado de las enfermedades de declaración obligatoria que terminó el 2 de enero de 1999. Bol Epidemiol Semanal 6 (31): 304.
2. García L. Medios diagnósticos en el medio rural. Jano 1998; 55: 371-373.
3. Paz JF, Álvarez FJ, Roda JM, Frutos R, Isla A. Spinal epidural abscess caused by *Brucella*: case report. J Neurosurg Sci 1994; 38: 245-249.
4. Povar J, Aguirre JM, Arazo P, Franco JM, Álvarez G, Ara JR et al. Brucelosis con compromiso del sistema nervioso. An Med Interna 1991; 8: 387-390.
5. Solera J, Martínez-Alfaro E, Espinosa A. Recognition and optimum treatment of brucellosis. Drugs 1997; 53: 245-256.
6. OMS. Serie de Informes Técnicos 740. Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Brucelosis. Sexto Informe. Ginebra, 1986.