

Insuficiencia renal crónica por brucelosis

Chronic renal failure caused by brucelosis

**Dr. Osmando Quintero Estenoz; Dr. Rafael Pila Pérez; Dra. Niria Herrera Cruz;
Dr. Rafael Pila Peláez; Dr. Osby Quintero Rodríguez**

Hospital Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente con insuficiencia renal crónica consecutiva a Br. Mellitensis. Se señalan los aspectos epidemiológicos, los datos clínicos de laboratorio y otros métodos auxiliares de diagnóstico y finalmente el tratamiento impuesto a nuestro paciente. Se concluye que esta entidad no es frecuente en nuestro medio, pero que es reportada por otros autores.

DeCS: INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA/complicaciones.

ABSTRACT

A patient with chronic failure followed by a Br. Mollitensis is presented. Epidemiological aspects, laboratory clinical data and other adjuvant methods o diagnosis and finally the treatment assigned to our patient are stressed. Conluding, this entity is not frequent in hospital atmosphere, but is reported by other authors.

DeCS: KIDNEY FAYLURE, CHRONIC/complication.

INTRODUCCIÓN

La brucelosis es una importante zoonosis que puede ser transmitida por animales al hombre. La fuente de infección está constituida esencialmente por las diferentes especies que afectan al ganado bovino. (*B. Abortus*), caprino y ovino (*B. Mellitensis*), suino (*B. Suis*) y *B. Canis* en el perro. ¹

El contagio directo a través de la piel es el mecanismo más frecuente, al menos en el medio rural, siendo menos frecuente la vía digestiva, inhalatoria o por inoculación accidental o ambos. ² El íntimo contacto con los citados animales y sus productos derivados (carnes y leche), por parte de granjeros, carniceros, trabajadores de frigoríficos y personal que manipula esos productos, ofrece mayor oportunidad para la propagación al hombre que otras infecciones transmitidas por animales domésticos. ³

El hecho de haber diagnosticado un paciente con Insuficiencia Renal Crónica (IRC), en el curso de una brucelosis motivó este trabajo, ya que es una forma de presentación no común en nuestro medio.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente varón de 76 años jubilado, pero que se dedica a la cría de cerdos, buscando desperdicios de carnes en un matadero de ganado próximo a su vivienda, señala que ocho meses antes de su ingreso presentó un cuadro febril de 39°C, acompañado de sudoración profusa, artralgias generalizadas sin signos inflamatorios.

Es diagnosticada por su médico una artritis degenerativa, le indicó indometacina y tetraciclina, y mejoró. No obstante este tipo de alteración lo presentó durante varias ocasiones y lo supero, hasta hace dos semanas que el paciente presentó gran afectación del estado general, dolores intensos en la región lumbosacra y sacroiliaca por lo que acudió al servicio de urgencias donde fue ingresada.

Exploración general

Palidez cutáneo mucosa, gran afectación del estado general, fiebre de 39.5°C.

A. Cardiorrespiratorio: normal.

- Abdomen: blando deprecible, sin visceromegalia.

- Neurológico: marcha muy dificultosa por dolor en región lumbosacra.

Soma: Dolor en región lumbosacra y sacroiliaca, fundamentalmente a escala de L-5.

Resto del examen físico: normal.

Estudio analítico: Hb 9 g/l, leucocitos 10.200 con fórmula normal, eritrosedimentación 125 mm/h, creatinina 230 mmol/l glicemia, lipidograma, iones, enzimas: normales. Ácido úrico 658 mmol/l, hemocultivos, coprocultivos, urocultivos: negativos.

Hemocultivo en medio de Ruiz Castañeda: positivo a *B. mellitensis*, serología lenta por técnica de wright: 1/260, rosa de Bengala: positiva (++++), 2- mercaptoetanol: 1/320. Inmunofluorescencia indirecta: positiva. Al principio se estableció el diagnóstico de un posible mieloma múltiple practicándose test de Sia, proteinuria de Bence Jones, estudio inmunoelectroforético, todos normales, al igual que el medulograma. La lámina periférica estableció una anemia crónica por posible déficit de hierro. Radiografía de tórax, colon opaco, de esófago, estómago y duodeno: normales. Survey óseo: rectificación de la columna lumbar. Lesiones de osteosclerosis con pequeños focos osteolíticos en cuerpos vertebrales de L-5 (Figura 1). La TAC practicada en región lumbosacra ofreció el mismo resultado de un canal de 2.2 x 1.4 cm. La ecografía abdominal y los Ecg practicados fueron normales. En la ecografía se valoró fundamentalmente la próstata para descartar una posible uropatía obstructiva, pero en la misma hubo resultado normal.



Figura. 1. Survey óseo.

**Rectificación de la columna lumbar.
Lesiones de osteosclerosis con
pequeños focos osteolíticos
en cuerpos vertebrales de L-5.**

Durante el ingreso el dolor era intenso en dicha región, requiriéndose el empleo de opiáceos, se transfundió en tres oportunidades con glóbulos de sangre. Se descartó la posibilidad del mieloma múltiple y la uropatía obstructiva y se diagnosticó la brucelosis. Se aplicó tratamiento para la misma con rifampicina y doxiciclina, la primera 600 mg y la segunda 200 mg diarios, durante 21 días. A la semana el paciente no presentaba fiebre, el dolor había mejorado al igual que las cifras de creatinina y hemoglobina, por lo que se le da el alta hospitalaria a los treinta días, prácticamente recuperado. Durante los últimos meses transcurridos hace una vida totalmente normal. Se sigue por consulta de forma esporádica, con resultados normales.

DISCUSIÓN

La brucelosis es una zoonosis que afecta fundamentalmente a los pacientes entre 26 y 54 años y tiene relación con la actividad laboral, ⁴ nuestro paciente es un anciano jubilado, pero que se dedicaba a la cría de cerdos, utilizando vísceras y restos de carnes de un matadero para complementar la alimentación de sus animales, por lo que esta enfermedad está en relación con la ocupación que lo expone. ⁵

El motivo de ingreso y de consulta más frecuente es la fiebre, la cual puede ser como un síndrome febril agudo en el 75 % de los casos o el 25 % en los casos crónicos, basándose el diagnóstico de cronicidad en los criterios de Spink ⁶ y Christie, ⁷ que fue el tipo febril que predominó en nuestro enfermo. La afectación osteoarticular en forma de artralgias o artritis es frecuente en esta entidad más común las artralgias, que varían desde un 33, 3 % al 38, 6 % ⁸. En ocasiones se puede presentar espondilitis con la rareza de la compresión medular en oposición a la tuberculosis ⁹. La artralgia fue la característica de este enfermo. El daño urológico no es común en esta enfermedad, se reportó con mayor frecuencia la orquitis, ¹pero la IRC solo es señalada por varios autores, ¹⁰⁻¹³ fue la misma producida por *la Brucella mellitensis* como apreciamos en este caso, y de igual forma ocurre con el daño osteoarticular donde esta cepa es la más violenta y la de mayor repercusión en el enfermo.

El método ideal para el diagnóstico de la brucelosis es el aislamiento de la *Brucella* mediante cultivo de sangre u otro medio orgánico.

Habitualmente se recurre a los métodos serológicos para el diagnóstico de este proceso, son ya clásicos la seroaglutinación de wright, la fijación del complemento, el Test de Coombs anti-brucellas, el test de inmunofluorescencia indirecta (IFI), el test de Rosa de Bengala, que detecta anticuerpos IgG principalmente. Con estos exámenes o

casi todos se realizó el diagnóstico de este caso, ya que la radiología y la TAC sólo orientaron indirectamente el diagnóstico de nuestro enfermo, tienen poca positividad y exponen su valor para la confirmación de la curación^{3, 14}

La asociación de rifampicina y doxiciclina fue utilizada por nosotros con excelentes resultados, muy similares a los de Garcés y Cols.¹⁵ Se señala la facilidad y utilidad de la aplicación de esta terapéutica a pesar de su alto costo; y así lo apreciamos en nuestro enfermo, el cual se encuentra totalmente asintomático, sólo con crisis de lumbalgia en ocasiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pila Pérez R, Pila Peláez R, Paulino Basalto M, Hernández Pupo O, García Peña J, Del Sol Torres Vadella G. Estudio clínico de la brucelosis humana. Rev Méd Uruguay 1997; 13:110-7.
2. Ariza J. Brucelosis. En: Farreras P, Rozman, eds. Medicina Interna. Madrid: Ediciones Doyma; 2000 p. 2312-6.
3. Shehab A, Shakiv K, El-Khateeb M, Farid Z. Diagnosis and treatment of 106 Cases of human brucellosis. J Infect 1997; 20: 5-10.
4. Arawson O, Rosen Vasser Z, Block O. Detection and treatment of brucellosis by screening a population at risk. Pediatric Infect Dis 1998; 10: 434-8.
5. Dorantes S. Cuadros Hematológicos Severos en Brucelosis. Bol Med Hosp. Infant México, 1999; 57:1235-47.
6. Spink W. The nature of brucellosis. Minneapolis: The university of Minnesota, 1956.
7. Christie A. Brucellosis. In: Infectious diseases: epidemiology and clinical practice. London: S. Livingstone; 1979. p. 807.
8. Young E. An overview of human brucellosis. Clin Infect Dis 1999; 25:283-9.
9. Rodríguez M, Solena J, Sánchez L, Alvarez M. EN: Alvarez M. eds. Enfermedades Infecciosas. Medicina. Madrid. Ediciones IDEPSA, 1998, pág. 3650-3658.
10. Shalev H., Abramson O, Levy J. Hematologic Manifestations of Brucellosis in Children. Ped Inf Dic J 1999; 18:543-7.
11. Stich-Kreitner V, Piper A, Sehasan H., Von Egidy H. A rare cause of infection in chronic dialysis patients: Malta Fever. Klin Wochenschr 1988; 66:743-6.
12. Taylor J, Perdure J. The changing epidemiology of human brucellosis in Texas. Am J Epidemiol 2000; 140:1160-5.

13. Cordero M, Sánchez Y, Brucelar and tuberculous spondylitis. A comparative study of their clinical freatures. J. Bone Joint Surg (Br) 2001; 83:1100-3.
14. Sánchez Polo C, Escós Orta J, Cochero Martin I, Villanueva Anadon B, Gutiérrez Cía I, Suárez Pinilla M. Aparición de Trombopenia severa y hemorragia cerebral. Probable relación causa-efecto en el curso clínico de una brucelosis. Arch Fac de Medicina de Zaragoza 2001; 41:23-5.
16. Garcés J, Vandaguer A, Gutiérrez Cebollado J, Ruiz Martín R, Dalmau Rodríguez F. Tratamiento de Brucelosis con Rifampicina y Doxiciclina. Rev Clin Esp 1997; 120:372-4.

Dr. Osmando Quintero Estenoz. Especialista de I grado en Ortopedia. Profesor del ISCM de Camagüey. Hospital Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.