

Un Caso de Brucelosis en Bogotá

Por RAUL PAREDES-MANRIQUE, Médico Jefe del Hospital Central de la Policía Nacional y CECILIA HERNANDEZ-DE-PAREDES, Laboratorista en el Instituto Nacional de Higiene.

Después de más de un año de observación presentamos un caso de Fiebre Ondulante aparentemente infectado en Bogotá. Aunque no se trata del primer caso hallado en esta ciudad (1, 2), tiene el interés de la escasa frecuencia de aparición de la enfermedad entre nosotros, de la comprobación del diagnóstico por métodos distintos de la aglutinación y por el tratamiento llevado a cabo.

El enfermo fue observado parte del tiempo en el hospital de la policía y parte en la consulta. Se trata de un agente de policía (historia clínica número 1719: L. M. M.) de 32 años de edad, residente en Bogotá desde comienzos de 1946. Ni sus antecedentes personales ni sus antecedentes familiares dan idea alguna sobre la procedencia de su infección. Su esposa es una mujer sana que ha tenido dos partos normales y que nunca ha sufrido abortos.

La enfermedad se inició a mediados de marzo de 1947 con cefalea intensa, abundantes sudores nocturnos y ocasionalmente rigidez de la nuca. Fue hospitalizado el 2 de abril del mismo año a causa de una corta crisis convulsiva sin pérdida del conocimiento. Al examen se encontró: nutrición general buena, piel blanca lustrosa, erupción papulo-pustulosa del tórax y de los miembros semejante a la de la varicela, dolores torácicos difusos, ganglios inguinales infartados y móviles. Lengua húmeda y saburral, constipación intestinal, bazo no percutible. Cefalea intensa, abundantes sudores. Temperatura 37°8, pulso 90 pm., tensión arterial 115/75.

Cuadro hemático: hematíes 4.200.000, hemoglobina 75%, leucocitos 7.000, neutrófilos 43%, eosinófilos 8%, linfocitos 46%, monocitos 3%. Eritrosedimentación 2 mm. en una hora; investigación de hemoparásitos negativa. El estudio radiológico del tórax dio resultados normales.

Durante el primer mes de hospitalización la curva térmica no sugería con claridad brucellosis (cuadro número 1). El brote cutáneo, intenso al principio, perdió actividad y se limitó a los miembros, apareció dolor de la rodilla derecha pero el estado general no se alteró notoriamente. El bazo se hizo percutable. Las seroaglutinaciones practicadas el 8 de mayo dieron el resultado siguiente:

- Típicos O y H: positivo hasta el 1/40.
- Paratípico A: positivo hasta el 1/20.
- Paratípico B: negativo.
- Proteus OX19: positivo hasta el 1/160.
- Brucella Abortus: positiva hasta el 1/320.
- Índice opsónico (B. abortus): 9.6.

En vista de esta sugerencia de brucellosis se inocularon dos curies adultos con 1.5 cc. de sangre citratada del enfermo por vía intraperi-



CUADRO Nº 1

toneal y se hicieron siembras en caldo-tryptosa y Agar-infusión de hígado. Estos medios se infectaron accidentalmente y no suministraron luz al diagnóstico. Un mes después de la inoculación a los animales se sacrificó uno de estos y se encontraron focos purulentos en el riñón y derrame peritoneal. Se hicieron entonces siembras de hígado, riñón, bazo y ganglios linfáticos de los animales inoculados en medios de Agar-Tryptosa y Agar-infusión de hígado. La mitad de los medios sembrados se incubó en atmósfera de 10% de CO₂, a 37 grados, por 4 días, y la otra mitad en las mismas condiciones pero sin atmósfera especial de CO₂. En los cultivos de hígado y riñón incubados en CO₂ se observó el desarrollo de un micro-organismo Gram-negativo, cocobacilar, agrupado en colonias pequeñas y morfológicamente idéntico a una brucella. (Fig. Nº 1). En los medios sin CO₂ no se observó crecimiento microbiano. La cepa aislada aglutinó con suero anti-brucella hasta el 1/10.240 y con el suero del enfermo al 1/160.

Gram-negativo, coco-bacilar, agrupado en colonias pequeñas y morfológicamente idéntico a una brucella. (Figura número 1). En los medios sin CO₂ no se observó crecimiento microbiano. La cepa aislada aglutinó con suero anti-brucella hasta el 1/10.240, y con el suero del enfermo al 1/160.

En el estudio diferencial la cepa se desarrolló en los medios con fuchsina al 1/25.000 y con violeta de metilo al 1/10.000. No creció en Thionina al 1/50.000. Estos datos permiten clasificar el micro-organismo aislado como *Brucella Abortus* (3, 4, 5).

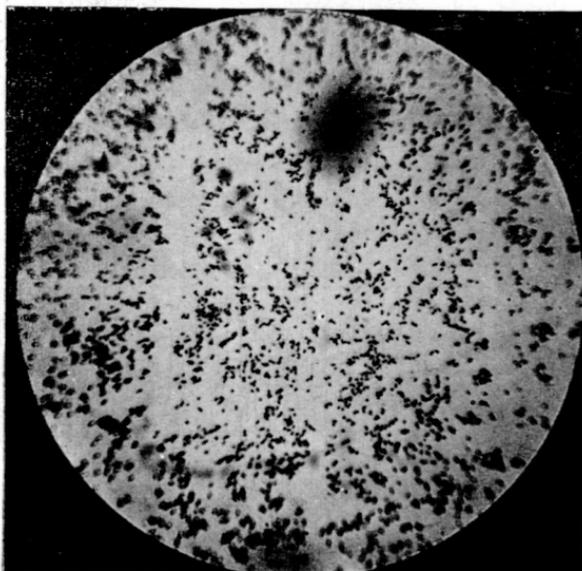


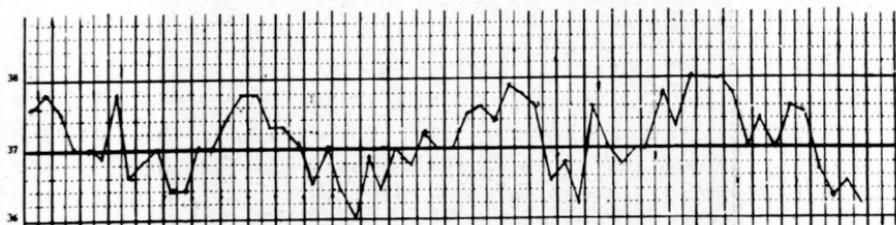
Figura Nº 1

Establecido el diagnóstico de brucellosis, se administró al enfermo sulfadiazina a la dosis de 3 grms. diarios durante 8 días. Con esto se consiguió desaparición de la fiebre vespéral y mejoría de los dolores articulares, lo que hizo que el enfermo abandonara el hospital el 11 de junio. Por esta época, sin embargo, los sudores no habían desaparecido del todo, se presentó conjuntivitis, y la erupción cutánea fue reemplazada por manchas color jamón localizadas en las piernas. El estado general era bueno.

Control fuera del hospital. El 22 de julio consulta de nuevo por recaída. Síntomas: enflaquecimiento, anorexia, artralgias, sudores escasos, esplenomegalia, conjuntivitis, manchas ajamonadas de las piernas y el dorso, tensión arterial 120/75, pulso y temperatura nor-

males. La aglutinación para *Brucella Abortus*: positiva hasta el 1/160. Al final de julio se observa agudización del cuadro descrito y aumento del título de aglutinación hasta el 1/320, con descenso del índice opsonico hasta 0. Durante el mes de agosto se registró una curva térmica ondulante como puede verse en el cuadro N^o 2. El 24 de agosto la aglutinación para *brucella abortus* era positiva hasta el 23 de septiembre, fecha en que fue hospitalizado de nuevo.

Segunda hospitalización. Síntomas: cefalea persistente, neuralgias faciales, artralgias, hipertrofia discreta de los ganglios inguinales y cervicales, melanodermias de las piernas, bazo percutable. Temperatura 37 grados, pulso 90 pm., tensión arterial 125/70, Eritrosedimentación 21 mm. en unâ hora. Cuadro hemático: hematíes 4.500.000, hemoglobina 14 grm., hematocrito 43. Leucocitos 4.200, fórmula: neutrófilos 60%, eosinófilos 4%, linfocitos 35%, monocitos 1%.



CUADRO N^o 2

Del 24 de septiembre al 1^o de octubre se aplicaron 20 grm. de estreptomina, repartidos en inyecciones intramusculares de 250 mlgr. cada 3 horas. Durante este lapso la temperatura osciló entre los límites normales y los síntomas se aminoraron hasta desaparecer por completo. El 3 de octubre la eritrosedimentación bajó a 11 mm. en una hora y el 7 de octubre a 1 mm. En esta fecha el enfermo abandonó el hospital por mejoría.

El enfermo siguió siendo controlado cuidadosamente. Las pruebas de laboratorio dieron el siguiente resultado:

Noviembre 14: aglutinación para *brucella abortus* positiva hasta el 1/160.

Enero 31/48: aglutinación para *brucella abortus* negativa. Hemocultivos e inoculaciones al curi negativas para *brucella abortus*. Desde entonces hasta la fecha actual (junio de 1948) el enfermo no ha presentado recaída alguna.

Comentario. El caso descrito, así como la mayoría de los de la literatura usual, presentaba muchos de los síntomas característicos de la brucelosis, que sin embargo no son suficientes para establecer el diagnóstico. Es interesante observar que si no se tienen en cuenta los resultados del laboratorio en el aislamiento del germen, el cuadro clínico descrito puede prestarse a confusión con otras entidades. Precisamente, en la época de la primera hospitalización de nuestro enfermo tuvimos ocasión de observar un caso de linfogranuloma inguinal cuya curva de temperatura era típicamente ondulante y cuyo suero aglutinó al 1/320 con *brucella abortus* sin que fuera posible aislar el germen por ningún procedimiento. Sin embargo, según Harris (6), aunque el aislamiento del germen es la única prueba positiva para el diagnóstico de brucelosis, hay casos de la enfermedad en que esta evidencia es imposible de obtener.

El resultado del tratamiento con las sulfonamidas, exclusivamente paliativo en el caso descrito, está de acuerdo con lo observado por algunos investigadores (5, 7). El buen éxito de la estreptomycinina en la mayoría de los casos de las referencias recientes (8, 9) está apoyado por el efecto obtenido en el caso en cuestión. No obstante, la estreptomycinina no constituye la droga ideal puesto que no evita completamente las recaídas y en la actualidad se da la preferencia en el tratamiento a las vacunas (5, 6, 10).

Resumen

Se presenta un caso de brucelosis (*Br. abortus*) adquirida en Bogotá y cuyos síntomas clínicos predominantes fueron: brote cutáneo maculopapuloso, sudores abundantes, artralgias, fiebre intermitente en un principio y luego ondulante, esplenomegalia discreta, leucopenia con linfocitosis, eritrosedimentación ligeramente acelerada. La duración aproximada del proceso fue de 8 meses y se llegó al diagnóstico positivo mediante el aislamiento del germen por inoculación al curi. La curación se obtuvo por la aplicación de estreptomycinina.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Patiño Camargo Luis. Estado actual de la brucelosis en Colombia. Rev. de la Facultad de Medicina. Vol. XVI, N° 2, agosto, 1947, Bogotá.
- (2) Rueda M. A., Fajardo C., Martínez H., Aparicio A., Groot H., Gómez P., Didomenico J. Fiebre de Bang. Clínica, Vol. I, N° 1, julio 1944. Bogotá.
- (3) Huddleson F. Brucellosis in Man and Animals. The Commonwealth Fund. New-York, 1943.
- (4) Borts I. H. Laboratory Procedures for Brucella. Year Book of General Medicine. Chicago, 1946.
- (5) Harris H. J. Brucellosis: Advances in Diagnosis and Treatment. J. A. M. A. 131: 1485-1493, Aug. 31, 1946.
- (6) Harris H. J. Brucellosis: Problemas of Diagnosis and Treatment. Bull. New-York Acad. Med. 22: 147-165, 1946.
- (7) Spink W. Diagnosis and Treatment of Brucellosis. Year Book of General Therapeutics. Chicago, 1947.
- (8) The Committee on Chemotherapeutics and Other Agents, National Research Council, Keefer, Chairman, Blake, Lockwood, Long, Marshall, Wood. Streptomycin in Treatment of Infections: Report of 1.000 cases. J. A. M. A. 132: 4-11, 1946.
- (9) Goelz J. R. Treatment of Undulant Fever with Streptomycin. Year Book of General Therapeutics. Chicago, 1946.
- (10) Urshek D. L. Intradermal Vaccine in Treatment of Acute Brucellosis. Year Book on General Therapeutics. Chicago, 1944.