



CARTA AL DIRECTOR

Brote de psitacosis en la comarca norte de Málaga

Psitacosis outbreak in the northern region of Malaga, Spain

Sr. Director:

La psitacosis u ornitosis es una zoonosis de distribución mundial causada por *Chlamydophila psittaci* (*C. psittaci*) y transmitida a seres humanos predominantemente por aves. La enfermedad usualmente ocurre de forma esporádica, aunque no es rara la aparición de brotes por contacto con pájaros infectados^{1,2}. Es una causa infrecuente (< 5%) de neumonía adquirida en la comunidad, y se encuadra, por su expresividad clínica, dentro de las neumonías atípicas.

A continuación exponemos un brote de psitacosis que ocurrió entre agosto y septiembre de 2009 en una localidad de casi 4.000 habitantes situada en la comarca norte de Málaga.

Para la definición de los casos se utilizaron criterios definidos por la CDC³: a) caso confirmado: sintomatología compatible con psitacosis con estudio serológico positivo; b) caso probable: cuadro clínico compatible en individuo expuesto al que no se le ha realizado estudio serológico; y c) caso descartado: cuadro clínico compatible con serología negativa.

Durante el periodo mencionado se detectaron 21 personas expuestas y se identificaron 5 casos de psitacosis (4 confirmados, con serología positiva por inmunofluorescencia, y uno probable). Eran 3 hombres y 2 mujeres, con edades comprendidas entre los 18 y 71 años. Un caso trabajaba en un criadero informal de aves exóticas y otro era visitante habitual del mismo. En el resto de casos habían tenido contacto directo con ave como mascota (*agapornis*), adquirida en el criadero anterior. Los 5 pacientes desarrollaron un proceso neumónico. Cuatro requirieron ingreso hospitalario, uno de los cuales en UCI por desarrollo de insuficiencia respiratoria aguda con necesidad de ventilación invasiva y otras medidas de soporte. En este último paciente, junto con la serología para *C. psittaci* positiva coincidió la positividad de la PCR para virus N1 H1 en aspirado nasal. El espectro clínico fue homogéneo: fiebre superior a 38,5 °C (100% casos), mal estado general (80%), artromialgias (80%), escalofríos (40%) y cefalea (40%). En ningún caso se refería tos ni expectoración ni dolor torácico. El recuento leucocitario

oscilaba entre 6.300-13.400/mm³ sin neutrofilia. El resto de parámetros de hematimetría y bioquímicos fueron normales. Todos los pacientes presentaban elevación de la velocidad de sedimentación a la primera hora (entre 38-61 mm) y de la proteína C reactiva (entre 7,86-27,51 mg/dl). La radiografía de tórax mostraba infiltrado neumónico lobar en todos los casos, en tres de ellos en lóbulos inferiores. La evolución fue favorable en todos los casos, salvo el que precisó ingreso en UCI, con tratamiento con doxiciclina, permaneciendo apiréticos a las 24-48 h de inicio del tratamiento. Un paciente, sin sospecha inicial de psitacosis, recibió tratamiento con azitromicina con buena respuesta al mismo. Tras establecer la alerta epidemiológica, los responsables de salud ambiental del área obtuvieron del criadero identificado 37 muestras de aves psítácididas para detección por PCR de *C. psittaci* siendo positivas en 6 de ellas (correspondientes a especies de *krane*, *rabadilla*, *agapornis* y *ninfa*). Se instó a la limpieza y desinfección de las dependencias del criadero identificado, así como a cumplir el tratamiento antibiótico de las aves según recomendación y pauta veterinaria.

Chlamydophila psittaci infecta a los humanos por inhalación de microorganismos procedentes de heces desecadas de aves infectadas. El periodo de incubación es habitualmente de 5-14 días. La infección no conlleva la aparición de enfermedad, puesto que una gran mayoría de pacientes son asintomáticos o presentan síntomas menores. Alrededor de un 10% de las personas expuestas desarrollan una enfermedad respiratoria aguda⁴. La psitacosis se manifiesta en la inmensa mayoría de pacientes con un cuadro clínico de comienzo abrupto con fiebre, escalofríos y mialgias⁵, como mostraron una gran parte de los pacientes del brote descrito. Otros síntomas frecuentes son cefalea, usualmente asociada a fotofobia, y tos seca de aparición, por lo general, tardía. Ocasionalmente, ocurren casos de insuficiencia respiratoria grave que requieren soporte ventilatorio⁶, tal y como presentó un paciente de nuestra serie. En este caso, el hecho de que tuviera infección concomitante por el virus de la gripe H1 N1 puede dificultar la atribución de la gravedad del cuadro a la psitacosis. Otros hallazgos respiratorios como derrame pleural o de afectación de otros órganos como eritema nudoso, alteración del estado mental, hepatoesplenomegalia, miopericarditis, etc., no son comunes. En la psitacosis el recuento leucocitario es generalmente normal y tanto la velocidad de sedimentación globular como la proteína C reactiva suelen estar frecuentemente elevadas⁵, tal y como ocurrió en todos los pacientes descritos. Un incremento moderado de las transaminasas

hepáticas suele observarse en la mitad de los casos. La afectación lobar, predominantemente en lóbulos inferiores, son hallazgos habituales en los estudios radiológicos de pacientes con psitacosis y superponibles a los encontrados en los casos del brote⁵. Dado que el cultivo de *C. psittaci* es difícil e incluso peligroso, el diagnóstico suele establecerse por métodos serológicos. La elevación de títulos de anticuerpos IgG de hasta cuatro veces o valores > 16 de IgM mediante técnica de microinmunofluorescencia permite establecer evidencia serológica de psitacosis. Los métodos moleculares mediante aplicación de la PCR mejoran considerablemente el rendimiento diagnóstico. El tratamiento con tetraciclinas (doxiciclina) produce una rápida respuesta clínica, siendo los macrólidos una alternativa igual de eficaz.

La psitacosis no es una enfermedad de declaración obligatoria, pero los brotes epidémicos, como el descrito, deben ser notificados a los sistemas de vigilancia epidemiológica, para realizar una búsqueda activa de enfermos, e implantar medidas preventivas que eviten la extensión del brote y la aparición de nuevos casos.

Bibliografía

1. Heddema ER, van Hannen EJ, Duim B, de Jongh BM, Kaan JA, van Kessel R, et al. An outbreak of psitacosis due to *Chlamydophila psittaci* genotype A in veterinary teaching hospital. J Med Microbiol. 2006;55:1571–5.
 2. Leon Espinosa MT, Laguna Sorina JA, Rueda Domingo MT, López Hernández B, Bermejo Pérez MJ, Sabonet JC. Brote de psitacosis en Granada. Rev Esp Salud Pública. 2005;79:591–7.
 3. CDC: Compendium of measures to control Chlamydia psittaci infections among humans (psitacosis) and pet birds (avian chlamydiosis). MMWR. 2000;49:1–17.
 4. Moroney JF, Guevara R, Iverson C, Chen FM, Skelton SK, Messmer TO, et al. Detection of chlamydiosis in a shipment of pet birds, leading to recognition of an outbreak of clinically mild psitacosis in humans. Clin Infect Dis. 1998;26:1425–9.
 5. Yung AP, Grayson ML. Psitacosis: a review of 135 cases. Med J Aust. 1988;148:228–33.
 6. Verweij PE, Meis JF, Eijk R, Melchers WJ, Galama JM. Severe human psitacosis requiring artificial ventilation: case report and review. Clin Infect Dis. 1995;20:440–2.
- Miguel Ángel García-Ordóñez^{a,*},
José Ignacio Blanco-González^b, Rafael Villanueva-Agero^b y
Francisco Pozo-Muñoz^c
- ^a Servicio de Medicina Interna, Área Sanitaria Norte de Málaga, España
- ^b Unidad de Medicina Preventiva, Área Sanitaria Norte de Málaga, España
- ^c Centro de Salud de Mollina, Área Sanitaria Norte de Málaga, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: miguel.garcia.sspa@juntadeandalucia.es (M.Á. García-Ordóñez).