

Brucelosis con nódulos pulmonares múltiples y neuritis óptica

Sr. Editor: A pesar de haber descendido la incidencia de casos de brucelosis en las últimas décadas, esta infección continúa siendo un importante problema de salud en determinadas áreas geográficas de la cuenca mediterránea entre las que se encuentra España.

Las manifestaciones clínicas pueden ser inespecíficas o localizarse en algún órgano o sistema, lo cual sucede en aproximadamente un tercio de los casos. Los sistemas afectados con más frecuencia son el mononuclear-fagocítico, osteoarticular y el genitourinario.

Se presenta un caso de brucelosis con afectación pulmonar en forma de nódulos pulmonares múltiples y neuritis óptica, localizaciones que son poco habituales durante el curso de esta infección.

Se trata de un varón de 47 años, que consultó por fiebre de 3 meses de evolución, cefalea holocraneal, sudación intensa, mialgias, astenia y pérdida de 8 kg de peso en este tiempo. Había notado visión borrosa y disminución de la agudeza visual en el ojo izquierdo. Era natural de Ecuador, llevaba 3 años residiendo en España y no había viajado al extranjero desde entonces. No tenía contacto con animales.

En la exploración física tan sólo destacaba una hepatomegalia palpable a 2 cm del reborde costal. Se le realizó un examen oftalmológico que reveló signos de neuritis óptica izquierda. Las pruebas complementarias fueron las siguientes:

Hemograma: leucocitos, 6.700/ μ l (N: 71,7%; L: 24,6%; M: 3,2%; Eo: 0%); hemoglobina: 11,5 g/dl; volumen corpuscular medio (VCM): 87 fl; plaquetas: 318.000/ μ l. Bioquímica en sangre: glucosa, 86 mg/dl; BUN: 17 mg/dl; creatinina, 0,9 mg/dl; sodio, 132 mEq/l; po-

tasio, 4 mEq/l; calcio, 8,8 mg/dl; GPT, 86 U/l; GOT, 76 U/l; fosfatasa alcalina, 230 U/l; GGT, 161 U/l; LDH, 440 U/l; bilirrubina total, 1 mg/dl. La radiografía de tórax no mostró hallazgos patológicos. Se realizó un ecocardiograma transtorácico que fue normal. Las serologías de VIH, VHC, VHB, *Coxiella*, *Rickettsia* y *Salmonella* resultaron negativas. La serología (aglutinación) de *Brucella* fue positiva a un título de 1/320 y el Coombs anti-*Brucella* positivo a título 1/640. Posteriormente se documentó crecimiento de *Brucella melitensis* en dos hemocultivos. Se realizó una TC toracoabdominopélvica que demostró la existencia de múltiples nódulos pulmonares bilaterales además de ligera hepatosplenomegalia con lesiones hipodensas mal definidas en hígado.

La posible fuente de exposición a *B. melitensis* pudo ser la ingesta de quesos no pasteurizados y sin control sanitario que el paciente reconoció haber consumido meses antes del inicio de la sintomatología.

Se inició tratamiento con doxiciclina, 100 mg/12 h y rifampicina, 15 mg/kg/24 h por vía oral. A los pocos días el paciente quedó afebril y su estado general mejoró.

La evolución clínica, en las sucesivas revisiones, fue favorable, con ganancia ponderal y sin recurrencia de la fiebre ni de otros síntomas. La serología y el Coombs anti-*Brucella* se han mantenido al mismo título que inicialmente. En el examen oftalmológico, varias semanas después de finalizar el tratamiento, no se evidenciaron signos de neuritis óptica.

La afectación pulmonar en el contexto de una infección por *Brucella*¹ es extremadamente infrecuente a pesar de que la enfermedad pueda adquirirse a través de la vía respiratoria. Puede cursar sin síntomas respiratorios, como en el caso descrito anteriormente. En las pruebas de imagen pueden encontrarse abscesos pulmonares, nódulos solitarios o múltiples, consolidaciones parenquimatosas, derrames pleurales, adenopatías e incluso un patrón reticulomicronodular difuso, parecido al de la tuberculosis miliar².

Existen 3 casos, descritos por Weed et al³, de afectación pulmonar en forma de nódulo pulmonar solitario. Posteriormente, se ha descrito un caso de nódulo pulmonar solitario calcificado producido por *B. melitensis*⁴.

Revisando la bibliografía, se ha encontrado tan sólo un caso, descrito por Haden y Kryger⁵ en el año 1946, de brucelosis con nódulos pulmonares múltiples.

Por tratarse de una enfermedad infecciosa en la cual existe, con frecuencia, formación de granulomas epite-

lioides, en nuestra opinión, las lesiones encontradas, posiblemente correspondan al hallazgo de dichos granulomas.

Hay que destacar la mayor sensibilidad del *scanner* sobre la radiografía convencional, que, en nuestro caso, permitió diagnosticar las lesiones hepáticas y pulmonares.

A pesar de que las manifestaciones oculares son frecuentes en forma de conjuntivitis, queratitis, retinopatías y uveítis, la neuritis óptica es una forma rara de afectación ocular de la que hay pocos casos descritos en la literatura médica⁶. Se han propuesto varios mecanismos para explicar la patogenia de esta afectación. Se cree que puede tratarse de un proceso vasculítico, una extensión de la infección desde las meninges o efecto directo de toxinas bacterianas sobre el nervio óptico. El tratamiento es el de la propia infección, aunque se han descrito algunos casos en los que se han utilizado esteroides sistémicos en dosis elevadas con éxito.

Ángela Casquero,

Antonio Núñez-García, Laura Crespi
y Manuel Luis Fernández-Guerrero
Servicio de Medicina Interna. División de
Enfermedades Infecciosas. Fundación
Jiménez Díaz. Madrid. España.

Bibliografía

1. Lubani MM, Lulu AR, Araj GF, Khateeb MI, Qurtom MAF, Dudin KI. Pulmonary brucellosis. Q J Med. 1989;264:319-24.
2. Patel PJ, Al-Suhaibani H, Al-Aska AK, Kola-wale TM, Al-Kassimi FA. The chest radiograph in brucellosis Clin Radiol. 1988;39:39-41.
3. Weed LA, Slos PT, Clagett OT. Chronic Localized Pulmonary Brucellosis. JAMA. 1956; 161:1044-7.
4. Aliaga L, Cobo F, De Cueto M, Cueto A, De la Rosa M. Nódulo pulmonar solitario producido por *Brucella melitensis*. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2001;9:452-3.
5. Haden RL, Kryger ER. Pulmonary manifestations of brucellosis. Cleveland Clin Quart. 1946;13:220-7.
6. Mohamed Abd Elrazak MD. Brucella optic neuritis. Arch Intern Med. 1991;151:776-8.