

Nota clínica

Quiste renal infectado por brucela

Raquel Escriche Ros, María J. Rodríguez Manzanilla, Manuel Martín Montañés, Miguel Á. Esclarín Duny, José I. Sanz Vélez

Servicio de Urología. Hospital San Jorge, Huesca, España.

Resumen

Objetivos: Presentar un caso clínico de quiste renal infectado por Brucela, patología excepcional en nuestro medio.

Método: Paciente de 82 años remitido desde Atención primaria por microhematuria y piuria persistentes sin evidencia de infección de orina.

Resultado: El estudio radiológico (Rx+ECO+TAC) demuestra una imagen sugestiva de quiste renal izquierdo con calcificación de pared. El estudio anatomo-patológico se demostró compatible con quiste renal complicado y el cultivo fue positivo para *Brucella spp.*

Conclusiones: La afectación renal por Brucela es excepcional, siendo aún más extraordinaria la infección de un quiste renal, motivo por el cual presentamos el caso.

Palabras clave: Quiste renal complicado. Brucelosis.

Renal cyst infected by brucella**Abstract**

Objectives: To report one case of renal cyst infected by *Brucella*, an exceptional pathology in our environment.

Methods: 82-year-old patient who was referred from his primary care physician for persistent microhematuria and piuria without evidence of infection.

Results: Radiological studies (XR+US+CTscan) showed a left renal cyst with parietal calcifications. Pathologic study was compatible with complicated cyst, with cultured (+) to *Brucella spp.*

Conclusions: Renal involvement by *Brucella* is exceptional, and the cystic renal involvement is by far one of the more exceptional manifestations.

Keywords: Complicated renal cyst. Brucellosis.

La brucelosis es una enfermedad producida por las bacterias del género *Brucella*, de la cual se reconocen 6 especies aunque sólo *B. Melitensis*, *B. Abortus*, *B. Suis* y *B. Canis* son causa de enfermedad humana. Es una zoonosis cuyo reservorio lo constituyen los animales domésticos con predilección por cabras y ovejas, vacas, cerdos y perros respectivamente. El hombre se ve afectado accidentalmente como huésped secundario principalmente por inoculación conjuntival, inhalación y vía cutánea, si ha existido contacto directo con el animal enfermo (profesionales), y por vía digestiva tras la ingesta de productos lácteos no controlados (países con un control sanitario deficiente).

La extensión de persona a persona es excepcional¹.

La infección de los quistes renales es muy rara, siendo el principal germe *E. Coli*². La colonización por *Brucella* de un quiste renal a su vez es todavía más excepcional, habiéndose detectado tan sólo 4 casos en la literatura revisada³⁻⁶.

CASO CLÍNICO

Paciente de 82 años con antecedentes de HTA y glaucoma, que consulta por microhematuria y piuria persistente sin evidencia de infección de orina. Como síntomas presenta polaquiuria desde hace 8 años y en ocasiones molestias generalizadas en abdomen desde hace 4-5 años. A la exploración presenta abdomen normal no doloroso y próstata con presencia de Adenoma I-II.

En las pruebas complementarias destaca creatinina 1,5, en orina 200 hematíes/C y piuria, hemograma normal con fórmula leucocitaria normal. Cultivo de orina negativo. Citología de orina: citología inflamatoria aguda.

En el estudio de imagen (Fig. 1) hallazgos sugerentes de quiste renal izquierdo con calcificación de pared.

El resultado de la punción ecodirigida del quiste presenta signos citológicos compatibles con quiste complicado y en la microbiología se aísla *Brucella spp.*

FIGURA 1. TAC abdominal quiste renal izquierdo con densidad 55-60 HU que sugiere quiste ocupado.

Se realiza tratamiento con vibracina, añadiéndose posteriormente estreptomicina por mala respuesta serológica. Tras 10 semanas de antibioterapia se negativizan las serologías.

En controles posteriores se mantienen normales las pruebas serológicas y los controles ecográficos no demuestran cambios, encontrándose el paciente asintomático desde el punto de vista urológico 7 años después del episodio clínico.

DISCUSIÓN

La brucelosis tiene una distribución mundial con incidencias variables difíciles de estimar dada la imprecisión diagnóstica y la inadecuada vigilancia epidemiológica en muchos países⁶. España ocupa el primer lugar entre los países europeos, donde la enfermedad humana es casi exclusivamente debida a *B. Melitensis*. Aragón es una de las comunidades con más predominio, con una incidencia estimada de 1,5 x 100.000 habitantes en el 2006⁷.

El cuadro clínico es muy polimorfo, presentando un periodo de incubación de entre 10 y 20 días. Está caracterizado por una etapa febril aguda con pocos o ningún signo de localización y una etapa crónica donde se pueden dar múltiples recaídas con fiebre, debilidad, sudoración profusa, dolores vagos y focalización en distintos órganos⁴.

El desarrollo de localizaciones específicas es característico de la enfermedad sobre todo si existe un determinado tiempo de evolución antes del tratamiento. La localización genitourinaria se presenta entre el 5-20% de los varones en forma de orquiepididimitis^{1,6}.

La afectación de los otros tramos del sistema excretor es mucho más rara, y en concreto la afectación renal debe considerarse excepcional habiéndose descrito afectación de quiste renal como nuestro caso³ y en otras ocasiones imágenes de aspecto sólido como consecuencia de la afectación renal⁴⁻⁶.

El antibiótico de elección en caso de sospecha de infección activa son las Tetraciclinas. La asociación de una tetraciclina con estreptomicina ha sido consagrada por el tiempo como el tratamiento clásico de la enfermedad. La combinación de Tetraciclinas 45 días más Estreptomicina 14 días es el tratamiento que menor porcentaje de recaídas presenta (3-5%), si bien se admiten pautas de menor duración (mínimo 3 semanas). También se aconsejan otras pautas de tratamiento por su mayor comodidad de administración como la asociación de doxiciclina-rifampicina (45 días), con un porcentaje de recaídas del 5-10%¹.

Dado el escaso número de casos publicados no existe una pauta de manejo quirúrgico establecida, dependiendo la decisión de la sospecha previa y respuesta al tratamiento antibiótico.

REFERENCIAS

1. Ariza Cardenal, J: Brucelosis. En: Farreras-Rozman: Medicina Interna, 14^a Edición. Madrid, Ediciones Harcourt SA, 2312-2317.
2. García M, Torres V. Malformaciones congénitas y enfermedades quísticas de riñón. En: Farreras-Rozman: Medicina Interna, 13^a Edición. Madrid, Ediciones Harcourt SA, 976-981.
3. Morote J, Solá J, Frutos D. Solitary renal cyst infected by Brucella. Review of the literature. Actas Urológicas Españolas. 1984;8(1):69-74.
4. Guinda Sevillano C, Arévalo Velasco JM, Espuela Orgaz R, Nogueras Gimeno MA, Martínez Pérez E, Pérez Arbej JA et al. Renal brucellosoma. A rare possible diagnosis. Actas Urológicas Españolas. 1995;19(7):577-581.
5. Herrero Polo E, Andréu García A, Alapont Alacreu JM, Brotons Márquez JL, Schiebenbusch Munné E, Botella Almodóvar R. Renal brucellosoma: an exceptional pathology. Archivos Españoles de Urología 2004;57(10):1130-1133.
6. Onaran M, Sen I, Polat F, Irkilata L, Tunc L, Biri H. Renal brucellosoma: A rare infection of the kidney. International Journal of Urology 2005;12(12):1058-1060.
7. Informe de Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno de Aragón, Vigilancia Epidemiológica, EDO, actualizada a la semana 27 del 2008.
8. Corbel M, Beeching N. Brucellosis. En: Harrison: Principles of Internal Medicine, 16^a Edición. Mc Graw Hill companies, Inc. 914-917.

Correspondencia autor: Dra. Raquel Escrich Ros
Servicio de Urología. Hospital San Jorge
Martínez de Velasco, 36 - 22004 Huesca. Tel.: 974 247 000
E-mail autor: rakerama@msn.com
Información artículo: Nota clínica
Trabajo recibido: febrero 2009
Trabajo aceptado: marzo 2009