

CASO CLÍNICO: BRUCELOSIS

Autoras: Sofía Cano López, M^a Ángeles Clari Pons, M^a Jesús Alcaraz Soriano

Hospital Clínico Universitario de Valencia

Palabras clave: *Brucella melitensis*, brucelosis, fiebre de origen desconocido

Se expone el caso de un paciente de 35 años que acude a Urgencias por presentar desde hace 15 días febrícula con máximo de 39°C, tos seca sin expectoración, cefalea, dolor lumbar, astenia y anorexia con pérdida de 7 kg aproximadamente. Como antecedentes personales refiere paludismo en el pasado. Natural de India, ha estado 5 meses en India con regreso a España el pasado 16 de julio. En India inició hace 4 meses cuadro de cefalea, fiebre intermitente, sensación distérmica y tos seca asociando astenia, hiporexia y pérdida de hasta 7 kg de peso. En las últimas 2 semanas empeoró el cuadro febril sin respuesta pese a tratamiento con paracetamol e ibuprofeno.

En su casa de la India tiene diversos animales: cordero, vaca y búfalo, su familia se dedica a la extracción de leche, que refiere consumir directamente sin calentarla. Pese a ello, no hay otros familiares afectados en su casa según refiere.

Desde Urgencias se solicita bioquímica, hemograma y radiografía de torax, ecografía abdominal, serología con perfil de fiebre de origen desconocido y hemocultivos.

En la analítica todos los parámetros son normales, a excepción de la Proteína C reactiva (PCR=32). En las pruebas de imagen se observa un nódulo compatible con granuloma o absceso pulmonar y hepatoesplenomegalia.

Resultados:

- Analítica: PCR 32, resto normal.
- Serología:
 - *Brucella* spp. - Anticuerpos (Rosa de Bengala)* POSITIVO
 - *Brucella* spp. - Anticuerpos (test inmunocaptura) POSITIVO: Título: 1/1280
 - *Strongyloides* spp. - IgG POSITIVO DÉBIL. ÍNDICE: 1,52

Evolución

Durante el ingreso se realizan pruebas que descartan afectación orgánica y/o osteoarticular por brucelosis, iniciando pauta de antibioterapia con doxiciclina oral y gentamicina endovenosa con muy buena respuesta. Se mantiene hemodinámicamente estable, quedando apirético tras 4 días de pauta antibiótica. Presenta mejor estado general ha cedido también la cefalea y el dolor lumbar. Tolerancia y cumplimiento adecuadamente el

tratamiento con doxiciclina oral. Se decide alta tras 12 días de gentamicina endovenosa, continuando con doxiciclina en monoterapia hasta completar 6 semanas.

Tratamiento:

- Gentamicina: 5 mg/kg cada 24 horas iv
- Doxiciclina: 100 mg cada 12 horas vo

Brucelosis y *Brucella melitensis*

La **brucelosis** es una zoonosis causada por bacterias del género *Brucella*, con *Brucella melitensis* siendo la más virulenta y común en humanos, se considera un agente de bioterrorismo de categoría B. Es una enfermedad de declaración obligatoria. Se transmite principalmente por contacto con animales infectados o por el consumo de productos lácteos no pasteurizados.

Es endémica en países en vías de desarrollo.

La *Brucella* es un patógeno intracelular que invade el sistema reticuloendotelial, lo que conduce a una respuesta inmunitaria crónica. La infección puede manifestarse como una enfermedad febril aguda o un cuadro insidioso con síntomas sistémicos como astenia, cefaleas, pérdida de peso o artralgias. También puede complicarse con afectación osteoarticular, cardiovascular (endocarditis) o neurológica.

El tratamiento de la brucelosis se centra en una combinación de antibióticos para evitar la recaída, ya que la reinfección es posible (5-10% de los casos), generalmente en los primeros 6 meses después de completar el tratamiento, en particular si existe un foco de infección, si se emplean pautas alternativas al tratamiento de elección o no se completa el tratamiento. Las pautas habituales incluyen:

- Doxiciclina y rifampicina por al menos 6 semanas.
- En casos graves, como en la brucelosis aguda con complicaciones, se añade gentamicina o estreptomycin durante las primeras 2-3 semanas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alavi SM, Alavi L. Treatment of brucellosis: a systematic review of studies in recent twenty years. *Caspian J Intern Med*. 2013;4(2):636-641.
2. Di Bonaventura G, Angeletti S, Ianni A, Petitti T, Gherardi G. Microbiological Laboratory Diagnosis of Human Brucellosis: An Overview. *Pathogens*. 2021 Dec 14;10(12):1623. doi: 10.3390/pathogens10121623.

3. Pappas G, Akritidis N, Bosilkovski M, Tsianos E. Brucellosis. *N Engl J Med*. 2005;352(22):2325-2336. doi:10.1056/NEJMra050570.
4. Ulu-Kilic A, Metan G, Alp E. Clinical presentations and diagnosis of brucellosis. *Recent Pat Antiinfect Drug Discov*. 2013;8(1):34-41
5. Yagupsky P, Morata P, Colmenero JD. Laboratory Diagnosis of Human Brucellosis. *Clin Microbiol Rev*. 2019;33(1). doi:10.1128/CMR.00073-19.
6. Yousefi-Nooraie R, Mortaz-Hejri S, Mehrani M, Sadeghipour P. Antibiotics for treating human brucellosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;2012(10). doi:10.1002/14651858.CD007179.pub2.