

Un caso de Brucelosis en tuberculosis

Por los Dres. R. Blanco Cervantes C. Urcuyo Gallegos
Bact. Stanley Villafranca

A. P., mujer. Procedencia: Puntarenas
Edad: 31 años
Historia clínica Nº 1206
Caso 1335

Ingresa al Sanatorio "Carlos Durán" el día 30 de Abril de 1943, con poca tos y expectoración de color amarillenta, positiva a Gaffky —II— homogenizado. Reacción de Eagle fuertemente positiva, con hemograma de ingreso como sigue: Hemoglobina 89% (14.2 gramos) Glóbulos Rojos 4.160.000, Glóbulos Blancos: 16.550 y con fórmula diferencial de marcada desviación hacia la izquierda. Además, la impresión radiográfica es de: Proceso tuberculoso lobar superior cavitario moderadamente avanzado del pulmón derecho.

Se le inicia el pneumotórax derecho el 15 de Mayo de 1943, el cual resulta parcial, con adherencia al campo superior y región paramediastinal de ese lado observándose siempre el resto cavitario del primer espacio intercostal anterior. En Agosto de 1943 se presenta en la paciente afonía, la cual será progresiva hasta su final.

Como la expectoración permanece siempre positiva y además el resto cavitario en el lugar citado del pulmón colapsado, se verifica una Pleuroscopía derecha el 21 de Junio de 1944 sin poder efectuar Pneumolisis de ese lado. Se prosigue por consiguiente el pneumotórax derecho más acentuado durante un tiempo prudencial, pero en vista de su ineffectividad se abandona este tratamiento definitivamente el 7 de Noviembre de 1944. Verificado que se hubo el decolapso total derecho, se deja a la enferma en observación para Toracoplastia superior derecha.

A mediados del mes de Febrero de 1945, salió del Sanatorio con permiso para solucionar asuntos familiares a Puntarenas, regresando al Sanatorio el 3 de Marzo siguiente, con permanencia primeramente en San José de 14 días y los 9 restantes en Puntarenas además de tres días de estancia en una finca cer-

cana. Estando en esta última localidad, sufrió dolor intenso, intermitente, en la región epigástrica en banda hacia ambos flancos: dolor que ya la paciente manifestaba en el Sanatorio con menor intensidad y con ritmo pos-prandial. Al mismo tiempo que este síntoma y precedida de escalofríos intensos, tuvo fiebre de $38\frac{1}{2}$ centígrados.

De regreso al Sanatorio se percibe en la gráfica correspondiente, aumento progresivo de la curva térmica con oscilaciones, siendo en sus principios dicha curva, seguida de períodos apiréticos y los cuales posteriormente se fueron acortando. La enferma notaba sudoración profusa nocturna al descenso de la temperatura que coincidía casi siempre entre 11 y 12 de la noche. Concomitantemente con los anteriores síntomas, la enferma sufría de dolores articulares, preferentemente intensos en la articulación sacro-iliaca. También se manifestaban Mialgias, dolores óseos, tendinosos y calambres en las extremidades inferiores.

Conjuntamente con el dolor epigástrico anteriormente anotado, comenzó a presentarse estreñimiento rebelde y pertinaz.

A principio de estas oscilaciones térmicas, la enferma percibió y palpó una tumoración del tamaño de una naranja, en el flanco izquierdo del abdomen, movable, no dolorosa y que posteriormente no volvió a apreciar.

A principios del mes de septiembre de 1945, se presentan deposiciones negras, y duras en cuatro ocasiones. Simultáneamente con este último síntoma, se manifestó dolor sub-costal derecho, irradiado lateralmente hacia el hombro del mismo lado, sabor amargo de la boca, matutino, con resequedad de la mucosa, vómitos también matutinos de color amarillento, prurito variable en intensidad, de aparición irregular y somnolencia muy marcada.

Coincidiendo con los períodos febriles, la paciente notó que había franca disminución de la secreción bronquial, motivo por el cual al principio se pensó que los accesos febriles eran debidos a posibles cierres bronquiales.

Desde el mes de Mayo en adelante la enferma notó que estas *pirexias* coincidían con la *menstruación*, siendo esta última irregular por adelanto del catamenio. En este mismo mes de Mayo presentó flujo vaginal, en poca cantidad, de color amarillo

viscoso y que al Gram fué negativo. Posteriormente este flujo no se volvió a presentar, excepto en los períodos finales de la enfermedad.

En el mes de Julio aparecieron orzuelos múltiples y en Agosto siguiente se manifestó Adenitis cervical izquierda, ovóide, dolorosa y que cedió a Pomada Iodada. Además, en dos ocasiones y simultáneamente con el principio del período febril, sufrió epistaxis en cantidad apreciable. Por último se nota marcada pérdida de peso. El 12 de Septiembre de 1945 se presentó a Sesión Médica para su estudio correspondiente. El Dr. R. Blanco Cervantes hizo notar en esa Sesión el valor ondulante de la curva térmica, motivo por el cual se le enviaron a hacer los siguientes exámenes del Laboratorio que a continuación se detallan:

1º—Se procedió a efectuar la prueba de aglutinación de Huddleson, la que fué: positiva a una dilución de 1:500. título al cual se considera la prueba como diagnóstica. (2)

2º—No obstante haberse obtenido un resultado positivo con la mencionada prueba, se decidió hacer un hemocultivo con el fin de comprobar el diagnóstico. A ese efecto se tomó sangre de la paciente en un período de pirexia (la temperatura de la enferma era de 40 grados centígrados) (3), sembrándose en caldo triptosa e incubada a 37° C.

Cuatro días después se hizo una resiembra del cultivo de sangre en Agar-Triptosa con Fucsina al 1:100.000 y Agar-Triptosa con Tiosina a la misma dilución. Los resultados obtenidos después de incubarse se dan a continuación en el cuadro siguiente:

CO ₂	Tionina	Fucsina	H ₂ s
—	Desarrollo	—	—

En la placa que contenía Tionina se observan colonias pequeñas, redondas, convexas, lisas y casi incoloras. Se procedió a hacer un frotis del material de una de estas colonias y que al Gram mostró bacilos muy pequeños casi cocos y Gram negativo (4).

De acuerdo con los anteriores resultados se reportó el organismo como *Brucella abortus* variedad "suis"

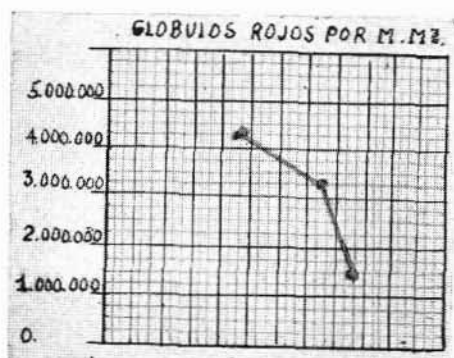
Para completar las pruebas anteriores de laboratorio, se hizo una intradermorreacción con Brucelina, la cual resultó positiva. Burnet fué el primero en poner énfasis en el test intra-

dérmico usando 0.05 al 0.1 cc. del filtrado de cultivo de *B. melitensis* (melitina) o *B. abortus* (abortina). Su interpretación, y valor se hacen difíciles por la gran variedad de preparaciones que existe, ya que para su correcta evaluación es necesario que haya un preparado estandarizado. En forma general, se puede decir que la prueba intradérmica para la Brucelosis tiene el mismo valor de la Tuberculina, pues denota la presencia de la infección sin dar ninguna indicación exacta en cuanto a la actividad de la enfermedad. Su valor principal estaría en el uso de ella como diagnóstico en aquellos casos que adquieren un curso crónico y en los que las pruebas de aglutinación son negativas (Topley and Wilson, Principles of Bact. and Imm. 1937 pags. 1342—1345).

En cuanto al Hemograma se observó lo siguiente:

Como dato primordial una baja de los glóbulos blancos a 6.000 p mm. cc. y la que continuó acentuándose hasta alcanzar la cifra de 2.800 p mm. cc., a pesar de que en un caso como el de esta enferma con Tuberculosis abierta (Caffky VI D. P. F. E.) y cavitaria mostraba una Leucocitosis de 16.150 glóbulos blancos a su ingreso al Sanatorio.

En cuanto a la Fórmula leucocitaria, lo llamativo fue una Eosinofilia de 35% a pesar de no existir parasitosis, que no se



presenta en los cuadros hemáticos de **Brucelosis** y que siempre en toda la serie de hemogramas hechos a la paciente se hizo continuamente manifiesta, excepto al final. (5) Ya con todos los anteriores datos clínicos y bacteriológicos no hubo duda alguna

en hacer el diagnóstico de **BRUCELOSIS** y por consiguiente se eliminó la indicación de Toracoplastía.

En la orina se encontraron Pigmentos biliares y Urobilina.

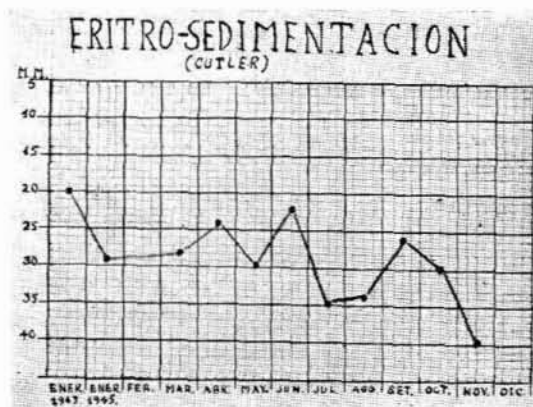
La Eritro-Sedimentación fué de 60/22 (Cutler)

Las gráficas adjuntas muestran claramente, el progresivo descenso de los Eritrocitos, Hemoglobina y Leucocitos, existiendo neutrofilia al final, Linfopenia y desapareciendo la Eosinofilia.

Exploración Física:

Se encontró Esplenomegalia, Hepatomegalia y Adenitis Cervical izquierda. No se encontraron procesos de osteítis y el cuadro pulmonar permanece siempre en la misma forma hasta el fallecimiento de la enferma.

Resumiendo sobre los anteriores valores hemotológicos, se puede decir que la anemia fué progresiva, siendo el principio Hipocrómica y normocítica y al final hipercrómica y macrocítica, acompañada de anisocitosis y poiquilositosis, a pesar de que desde el principio de la infección (**Brucelosis**) se instituyó una terapia a base de hierro, hígado, médula ósea, polivitamínicos y transfusión. Cabe aquí hacer la observación de que el factor anemiante de la Tuberculosis, se agregó el de la **Brucelosis**, cosa que indiscutiblemente ensombreció el pronóstico. (Dr. Tittier: Jefe de los Laboratorios Lilly de Indianapolis: comunicación personal).



Mientras tanto, la paciente acusa un estado general poco satisfactorio, con recrudecimiento de los síntomas anotados anteriormente y declarándose además un estado de insuficiencia hepática manifiesta y un proceso renal que se clasifica como Nefritis. La pérdida de peso es continua. En el mes de Diciembre de 1945, principian a manifestarse: soplos cardíacos, traquicardia, ritmos de galope, disnea, además anasarca y por último insuficiencia cardio-renal, de la cual fallece la enferma el día 26 de Diciembre del mismo año.

Terapéutica: La usada consistió de: Sulfadiazina tomada e inyectada, Leuco y Antigenoterapia, Acido nicotínico. (6) Autohemoterapia y como coadyuvante, extirpación de posibles focos alveolo-dentarios (7) sin haber obtenido resultado alguno.

Resumen

La co-existencia en una tuberculosis cavitaria y activa, de una Brucelosis, puede confundir el diagnóstico en sus principios —como se pudo ver en esta paciente simulando cierres bronquiales acompañados de accesos febriles, o posibles diseminaciones Hematógenas Tuberculosas.

Si el pronóstico de una Brucelosis de tipo Bang o "melitensis" es de suyo bastante favorable considerada su evolución natural hacia la curación; es en este caso, injertada en una Tuberculosis activa y sobre todo de la variedad "suis", de un pronóstico serio y fatal. (8)

La importancia para obtener éxito en el hemocultivo, de hacer la extracción de la sangre del paciente en el momento del mayor acceso febril.

Como nota posterior a esta Historia Clínica y en vista de la pregunta que el Dr. Peña Chavarría hizo sobre la variedad de brucela indentificada en este caso, cabe agregar que todo el anterior estudio fué consultado directamente y por medio del Bact. Stanley Villafranca, al Dr. Huddleson en Michigan U. S. A., el

cual confirmó en todas sus partes el diagnóstico clínico-bacteriológico.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Maladies Infectieuses, Bezancon. Enfermedades Tropicales, Manson — Bahr
 - 2-3—Topley and Wilson, Principles of Bact. and Imm., 1937, Sec. Ed. pp. 631, 640, 643, 649, 1342, 1345, Hans Hatters, *Manuel de Diag. Clinico*, p. 352.
 - 4.—Kolmer and Borener, *Met. de Diag. Bact.*, 3a. Ed., 1943, p. 502
 - 5.—E. Criscuola, *el día Médico*, Bs. Aires, 17-654-653, 1945 S. Cordoliani, *Rev. Le monde Medical* —Año IV Marzo—Abril, 1945 N° 975, p. 58 O. Naegeli, *Hematología Clínica*.
 - 6.—R. M. Calder. *Rev. South Med. Journal*. Vol. 32, p. 451
 - 7.—Focos alveolo-dentarios en Brucelosis, M. Morayta. *Rev. Am. Clinica* Vol. 18 N° 5 p. 25
 - 8.—C. Jochmann. C. Hegler. *Trat. Enf. Infect* p. 264.
- Además fueron consultados los trabajos de Ruis Castañeda y los de la Escuela Argentina de Córdoba.
-