

## Orquiepididimitis brucelósica

Sr. Director:

La brucelosis es una zoonosis endémica de algunos países en vías de desarrollo y zonas rurales de países desarrollados. Se transmite por el contacto con animales enfermos, el consumo de productos lácteos no pasteurizados y la inhalación de partículas infectadas (1,2). La *Brucella spp.* puede afectar a múltiples órganos y tejidos, la orquiepididimitis es una manifestación poco frecuente descrita en el 2-20% de las brucelosis sistémicas (2-5). Presentamos el caso de un varón joven, residente en un área urbana con baja incidencia de la enfermedad, que tenía el antecedente epidemiológico de un viaje a un área endémica de brucelosis y el consumo de productos lácteos no pasteurizados.

Varón de 37 años, sin antecedentes médicos de interés, que consulta por un cuadro de once días de evolución de fiebre termometrada de hasta 40,5 °C, de predominio matutino y vespertino, que en los últimos días se acompaña de molestias en el testículo derecho cuando realiza un esfuerzo físico. El mes anterior había realizado un viaje a Extremadura, donde consumió queso y leche de cabra sin pasteurizar. Al ingreso presentaba fiebre de 40,2 °C y taquicardia sinusal a 105 latidos por minuto, la tensión arterial era normal. En la exploración física sólo se objetivaba que el testículo derecho estaba aumentado de tamaño sin transluminación, tumefacto, doloroso a la palpación y con zonas de fluctuación.

En las exploraciones complementarias realizadas destacaba: una analítica de sangre con 14.610 leucocitos/mm<sup>3</sup>, 77% neutrófilos, sin desviación izquierda y una VSG de 40 mm a la primera hora; una analítica de orina sin hallazgos patológicos y una ecografía testicular con un aumento inhomogéneo del tamaño del testículo derecho, con pequeñas zonas hipoecoicas y una mínima cantidad de líquido en la bolsa escrotal. El rosa de Bengala, el test Brucellacapt (1/5120) y el test de Coombs (1/1280) fueron positivos. En los hemocultivos se aisló *Brucella spp.* a los pocos días de haberlos realizado.

Realizó tratamiento con doxiciclina, 100 mg cada 12 horas durante 6 semanas, asociando un gramo intramuscular de estreptomina al día durante dos semanas. El paciente evolucionó de forma satisfactoria con desaparición de la sintomatología y normalización del tamaño testicular.

La afectación genitourinaria es infrecuente en la infección por *Brucella spp.*, la orquiepididimitis generalmente es unilateral y no suele ocasionar atrofia o esterilidad (2,5). Se distingue clínicamente de otras formas de orquiepididimitis por la presencia de fiebre ondulante, un inicio gradual con un curso prolongado, la presencia de menor inflamación local, la ausencia de sintomatología urinaria y el contacto con animales o el consumo de derivados lácteos no pasteurizados (3,5,6).

La aproximación diagnóstica puede realizarse mediante las pruebas serológicas: rosa de Bengala, test de Coombs y test Brucellacapt. El diagnóstico definitivo se obtiene cuando se aísla la *Brucella spp.*, generalmente en los hemocultivos (2,3,5). La importancia de la ecografía reside más en su capacidad para descartar un absceso o un tumor, que en su utilidad para proporcionar el diagnóstico etiológico (5).

El tratamiento adecuado precisa de la combinación de dos antibióticos durante un periodo de tiempo prolongado, como mínimo seis semanas. La pauta más utilizada es la doxiciclina asociada a un aminoglucósido; se pueden emplear cotrimoxazol, doxiciclina o ciprofloxacino asociados a rifampicina obteniéndose similares resultados (2,3,5,6). La forma necrotizante responde mal al tratamiento antibiótico y generalmente debe realizarse drenaje del absceso u orquiectomía para curar la enfermedad (5,7).

**R. López Rodríguez, S. Arias Rivas, E. González Babarro, C. Martínez Rey, M. R. Alende Sixto**

Unidad Médica de Alta Precoc. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela. A Coruña

1. Young EJ. An overview of human brucellosis. Clin Infect Dis 1995; 21: 283-9.
2. Alapont JM, Gomez L, Delgado F, et al. Brucellar orchiepididymitis. Actas Urol Esp 2004; 28: 774-6.
3. Ibrahim AI, Awad R, Shetty SD, et al. Genito-urinary complications of brucellosis. Br J Urol 1988; 61: 294-8.
4. Afsar H, Baydar I, Sirmatel F. Epidídimo-orchitis due to brucellosis. Br J Urol 1993; 72: 104-5.
5. Navarro-Martínez A, Solera J, Corredoira J, et al. Epididymoorchitis due to *Brucella melitensis*: a retrospective study of 59 patients. Clin Infect Dis 2001; 33: 2017-22.
6. Papatsoris AG, Mpadra FA, Karamouzis MV, Frangides CY. Endemic brucellar epididymo-orchitis: a 10-year experience. Int J Infect Dis 2002; 6: 309-13.
7. González Sánchez FJ, Encinas Gaspar MB, Napal Lecumberri S, Rajab R. Brucellar orchiepididymitis with abscess. Arch Esp Urol 1997; 50: 289-92.

## Masa inguinal como forma de presentación de la enfermedad por arañazo de gato

Sr. Director:

La enfermedad por arañazo de gato es producida en casi todos los casos por la *Bartonella henselae* como lo demuestran los diversos estudios inmunohistoquímicos y de cultivo en los ganglios de los pacientes afectados y en la sangre de los gatos transmisores así como en sus pulgas. Sin embargo, se ha especulado la posibilidad de que otros agentes como la *Afipia felix* o la *Bartonella clarridgeiae* puedan producir cuadros similares a esta enfermedad (1). La forma clínica típica de presentación es la aparición de una pápula o pústula cutánea tras contacto con el animal infectado, seguida a las pocas semanas de linfadenopatías ipsilaterales y malestar general con fiebre y sintomatología digestiva. Existen cuadro clínicos atípicos como el síndrome de Parinaud oculoglandular (conjuntivitis granulomatosa más linfadenitis preauricular ipsilateral), neumonitis atípica, osteitis y síndromes neurológicos (encefalopatía y neurorretinitis) (1,2). Recientemente se han descrito, como casos muy infrecuentes, fiebre de origen desconocido en niños (3) y masas torácicas abscesificadas (4). El diagnóstico se basa además del cuadro clínico y del antecedente de contacto con gatos o perros, en el estudio histológico de las adenopatías con patrón de granulomas epiteloideos con microabscesos y ocasional aparición de células de Langhans (1). Los test serológicos mediante inmunofluorescencia indirecta (IFI) son los más habituales en cuanto a confirmación diagnóstica. El pronóstico es bueno en general pues la sensibilidad a la mayoría de los antibióticos es alta y en sus formas típicas, la evolución natural es hacia la resolución espontánea (2).

Presentamos el caso de una mujer de 23 años que refería como único antecedente de interés la adquisición de un gato como mascota unos meses antes de la presentación de un bulto-

ma inguinal derecho de 2 semanas de evolución, sin otra sintomatología acompañante. La exploración física era normal salvo un bultoma de 6 cm. de diámetro doloroso y fluctuante a la palpación en zona inguinal derecha. El hemograma completo era normal así como el estudio bioquímico de rutina con pruebas de funcionalidad renal y hepáticas. En el estudio serológico destacaba la positividad por IFI a *Bartonella henselae* con títulos de IgG 1/1600 e IgM 1/80. El resto de la serologías para sífilis, VIH, virus hepatotropos, CMV, virus de Epstein-Barr y toxoplasmosis fueron negativos. El Mantoux fue negativo. La radiografía simple de tórax fue normal. El cultivo de la punción aspiración de la masa fue estéril. El estudio histológico de la biopsia en cuña del paquete adenopático mostró granulomas epiteloideas con microabscesos centrales. Con el diagnóstico de enfermedad por arañazo de gato, el tratamiento fue analgésico-sintomático, resolviéndose el cuadro en 8 semanas.

Queremos destacar en la presentación de este caso la importancia de incluir desde un principio la posibilidad de la infección por *Bartonella henselae* en el diagnóstico diferencial de un síndrome poliadenopático con o sin sintomatología general. Así pues, la práctica de serología específica frente a *Bartonella henselae* al inicio del estudio, junto con los datos proporcionados por el estudio histológico y cultivo de material purulento, evitan desviaciones diagnósticas iniciales y tratamientos empíricos innecesarios (4,5), ante la benignidad pronóstica de esta enfermedad en paciente inmunocompetentes.

### J. Pinilla Moraza, P. Labarga Echevarría, I. Cachorro San Pedro

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro. Logroño

1. Slater LN, Welch DF. Bartonella species, including cat-scratch disease. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds Principles and practice of infectious diseases. Churchill Livingstone, 2005; p. 27733-48.
2. Segura F. Enfermedad por arañazo de gato. En: Farreras P, Rozman C, eds. Medicina Interna. Harcourt, 2004; p. 2360-62.
3. Jacobs RF, Schultze GE. Bartonella Henselae as a cause of prolonged fever of unknown origin in children. Clin Infect Dis 1998; 26: 80-84.
4. Godet C, Roblot F, Le Moal G, Roblot P, Frat JP, Becq-Giraudon B. Cat-Scratch disease presenting as a breast mass. Scand J Infect Dis 2004; 36: 494-5.
5. Simon J, Riquelme D, Anda P. Enfermedad por arañazo de gato : descripción de un nuevo caso. Enferm Infec Microbiol Clin 1998; 16: 291-2.

## Neumonía adquirida en la comunidad con pleuritis explosiva

Sr. Director:

El estreptococo del grupo A es un hallazgo frecuente en casos de faringoamigdalitis, que también es responsable de infecciones en otras localizaciones, como en la piel y tejidos blandos, y de forma excepcional se encuentra produciendo neumonías y bacteriemia. Presentamos el caso de una paciente con

neumonía complicada con empiema del que se aisló *Streptococcus pyogenes*.

Mujer de 76 años con antecedentes de hipertensión. Refiere en las últimas 48 horas, fiebre de 39 °C, tos con expectoración y dolor de características pleuríticas en costado derecho. A la exploración presentaba taquicardia, taquipnea, hipoventilación en base de hemitórax derecho. En la analítica destacaba leucocitosis con neutrofilia, insuficiencia renal y una tasa de protrombina de 36%. La gasometría arterial basal presentaba una insuficiencia respiratoria parcial. En la radiografía de tórax al ingreso se objetivó una condensación en base derecha y un mínimo derrame pleural. A las 12 horas se realizó una tomografía axial computerizada torácica que mostraba un importante derrame pleural derecho, que condiciona atelectasia del lóbulo inferior y superior derecho, junto con condensación en lóbulo inferior derecho. Se realizó toracocentesis con salida de líquido serohemático, con 33.200 cél/mm<sup>3</sup> (63% polimorfonucleares, 29% linfocitos), glucosa 120 mg/dL, proteínas 4,3 g/dL, LDH 10.428 U/L, ADA 38 U/L, pH 6,96 y se envió para estudio microbiológico. Una nueva radiografía de control a las 24 horas mostró un derrame pleural masivo. Se realizó drenaje pleural con tubo de tórax con salida de 1.000 mL de líquido pleural con abundante fibrina, y ante el deterioro con insuficiencia respiratoria aguda severa y livideces precisó ventilación mecánica en las primeras horas. Se obtuvieron 3 hemocultivos que fueron negativos a los 3 días. Las determinaciones de neumococo y legionela en orina fueron igualmente negativas. En el cultivo del líquido pleural creció *Streptococcus pyogenes*, el cual fue enviado al centro de referencia (Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III) para serotipado y pruebas de susceptibilidad, con el resultado de serotipo M (gen *emm*) y serotipo T, M1T1. Las concentraciones mínimas inhibitorias para los distintos antibióticos fueron: Penicilina < 0,003 µg/ml, tetraciclina 0,5 µg/ml, Vancomicina 1 µg/ml, rifampicina 0,03 mg/ml, Eritromicina 16 µg/ml y clindamicina 0,25 µg/ml. El cultivo del líquido pleural para micobacterias fue negativo. Se inició tratamiento de neumonía grave con cefotaxima asociada a levofloxacino, que se sustituyó tras antibiograma por clindamicina, y se mantuvo durante 4 semanas. La paciente evolucionó de forma satisfactoria, con traslado a planta y pudo ser dada de alta a las 6 semanas. Con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad por *Streptococcus pyogenes* con empiema. El estreptococo beta hemolítico del grupo A (SGA) es una bacteria grampositiva frecuente en casos de faringoamigdalitis e infecciones de piel y tejidos blandos, y de forma excepcional se encuentra produciendo neumonías y bacteriemia (1-6). La mayoría de los casos son esporádicos y adquiridos en la comunidad (4,8). El microorganismo entra en el pulmón mediante inhalación o microaspiración, en raras ocasiones secundario a diseminación hematogénea (5,6). La presentación clínica y analítica es similar a la neumonía neumocócica (5). La radiología es muy característica, con aparición de infiltrados bronconeumónicos en lóbulos inferiores que se complican a las pocas horas con derrame pleural en el 55-95% de los casos (3,5,6,9). Algunos autores lo han denominado "pleuritis explosiva" por su rápida evolución. El líquido pleural cumple criterios bioquímicos de exudado complicado o de empiema, con tendencia a la formación de localizaciones muy precoces (5). Los cultivos en el líquido pleural son positivos entre el 20-40% (4,5). El tratamiento mediante tubo de drenaje torácico intercostal debe realizarse con la mayor brevedad, así como tratamiento antibiótico sobretodo con penicilina intravenosa asociada a clindamicina, ante la sospecha diagnóstica y antes de recibir el estudio de sensibilidad (1,4,7). Presentan una tasa de mortalidad elevada entre el 38-47% (3,4). Por tanto se debe sospechar neumonía por SGA en presencia de afectación de lóbulos inferiores con desarrollo de rápida y severo derrame pleural.