

BRUCELOSIS EN LA INFANCIA

Por el Dr. GUSTAVO ROSS B.

Hospital Luis Calvo Mackenna. Cátedra de Pediatría del Prof. A. Anizúa.

El tratamiento de la brucelosis o fiebre ondulante ha sufrido modificaciones substanciales en los últimos años y buenos resultados se han descrito desde el advenimiento de los compuestos sulfamidados, estreptomícina, cloromicetina, aureomicina y terramicina, aisladamente, o asociados entre sí.

Sin embargo, los investigadores concuerdan en recomendar prudencia en la interpretación de tales éxitos, pues, con frecuencia se observan recaídas y los períodos de observación posteriores al tratamiento deben ser, por lo tanto, prolongados.

Entre nosotros llama la atención el silencio mantenido por los autores pediátricos sobre esta afección, la que con seguridad debe ser relativamente frecuente si se considera la incidencia con que se presenta en la edad adulta. Por otra parte, Hardy, en revisión de 125 casos de brucelosis, encontró que sólo 7 % de ellos correspondían a sujetos menores de 15 años. Concluye que tal vez los niños poseerían una inmunidad natural para esta enfermedad, pues, en aquellas comunidades en que se ha observado una contaminación masiva de la leche con *brucella melitensis* han sido casi exclusivamente adultos los que han contraído la afección.

En nuestro Hospital hemos observado 3 casos confirmados de brucelosis aguda en los últimos años, que con posterioridad al tratamiento combinado de estreptomícina y compuestos sulfamidados no han experimentado recaídas durante un período de observación de 2 años en los primeros casos y de 1 año en el último.

Uno de nuestros enfermitos provenía de la comuna de San Miguel y los otros dos (casos 2 y 3) de la vecina localidad de Puente Alto. En ellos el antecedente de ingestión de alimentos caprinos se obtuvo sólo en 1 caso.

CASO 1. — P. P. de A. — Obs. 49-6071.

Se trata de una niña de 6 años de edad, proveniente de la comuna de San Miguel, que ingresó al servicio por presentar un cuadro febril desde 2 semanas antes con elevaciones diarias de temperatura a 39 y 40 grados, acompañado en un comienzo de vómitos, epistaxis, tumefacción tonsilar y posteriormente artralgias vagas y fugaces, junto a marcada astenia e inapetencia. Se le había tratado en su casa con piramidón y penicilina durante 8 días, sin experimentar mejoría.

En el examen de ingreso se comprobó una niña en regular estado nutritivo, pero muy decaída y febril (39°), con discreta inflamación amigdalina, sin exudado y que se quejaba de dolor a la palpación de los codos y rodillas, los que, sin embargo, no se apreciaban tumefactos. El examen visceral sólo revelaba discreta hepatomegalia de 2 cm y polo inferior del bazo palpable.

En el Servicio la niña presenta como único síntoma temperaturas que alcanzaban de 38 a 39° en los primeros 10 días, para el cabo de este plazo normalizarse, o llegar sólo a 37,5° durante una semana. Al final de este período la temperatura vuelve a elevarse a 39,5°, coincidiendo esta fase con la precisión del diagnóstico y comienzo del tratamiento.

Si bien clínicamente se sospechaba el diagnóstico de brucelosis, éste sólo se confirmó después de haberse practicado con resultados negativos múltiples hemocultivos, coprocultivos, urocultivos y haber sido también negativa la investigación del Índice Opsonocitofágico para *Brucelas*. De igual modo las reacciones de aglutinación de rigor, tíficas, paratíficas y de Huddleson eran negativas cuando en una tercera tentativa esta última resultó

positiva al 1 x 400 y la intradermo-reacción a la melitina también fué intensamente positiva.

Entre otros exámenes de laboratorio resulta de interés destacar los hemogramas, que al principio indicaban una cifra de 2,810,000 glóbulos rojos con 8,4 g de Hb %, la que posteriormente se elevó en la curación de manera espontánea a 4,040,000 glóbulos rojos con 13 g Hb %; la fórmula blanca no mostró alteraciones de importancia. La velocidad de sedimentación eritrocítica, que alcanzó a 50 mm por hora durante el período febril, se normalizó en la convalecencia.

Una vez confirmado el diagnóstico clínico se inició tratamiento con estreptomycin intramuscular con 200 mg cada 8 horas y sulfatiazol 0.75 g cada 4 horas, mantenidos por un período de 20 días. Se pudo observar rápida mejoría de la enfermita, normalizándose la temperatura ya al tercer día de tratamiento y no experimentando recaídas en 2 años de control en Policlínica.

CASO 2. — L. C. — Obs. 49-1548.

Niña de 5 años de edad, sin antecedentes de importancia, salvo el hecho de vivir en la vecindad de Puente Alto, que ingresó al Servicio de Cirugía de nuestro Hospital por presentar un cuadro inflamatorio de la rodilla izquierda de 3 días de evolución. Es de notar que 3 semanas antes tuvo un proceso febril interpretado como paratífus y tratado en su casa con 10 g de sulfadiazina, cediendo la temperatura al cabo de 15 días.

En el examen físico de ingreso se comprueba una niña en regular estado general, afebril y a nivel de la articulación afectada aumento de volumen fusiforme, acentuación de la temperatura local, dolor y limitación de la movilidad. Examen visceral negativo. Se planteó como primera posibilidad diagnóstica la de una sinovitis tuberculosa, pero, como ya al segundo día de ingresada muestra considerable alza térmica, se piensa en un proceso articular u ósteo-articular agudo y se indica penicilina intramuscular y punción articular, la que da salida a 25 cc de líquido puriforme.

Los exámenes de laboratorio muestran en dos ocasiones reacciones tíficas, paratíficas y de Huddleson negativas, al igual que la radioscopia de tórax y tuberculinas. Velocidad de sedimentación de 35 mm por hora.

Los hemogramas practicados mostraron discreta anemia de 3,000,000 de glóbulos rojos con 10 g Hb %, 6,000 glóbulos blancos y aneosinofilia. En la radiografía de rodilla sólo se observa aumento de densidad de los tejidos periarticulares.

Como la niña siguiera con fiebre de 38-39°, la artritis persistiera y la curva térmica mos-

trara cierto carácter ondulante, se pensó en bruceosis, lo que fué confirmado al obtenerse ahora, en una tercera reacción de Huddleson, una respuesta positiva al 1 x 200, al igual que la intradermo-reacción con melitina y encontrarse *Bruceella Melitensis* en el hemocultivo y en cultivo del líquido sinovial. (En una cuarta reacción de Huddleson, al mes de evolución, el título alcanzó al 1 x 400).

Se indicó tratamiento con estreptomycin a razón de 300 mg cada 8 horas los primeros 11 días y de 200 mg cada 8 horas los últimos 7 días, asociada con sulfatiazol 3 g al día.

La evolución fué muy satisfactoria, desapareciendo la fiebre de inmediato y la inflamación articular al cabo de 10 días, siendo dada de alta sana a las 6 semanas de hospitalización y no habiendo experimentado recaídas.

CASO 3. — A. M. — Obs. 50-4988.

Niño de 8 años de edad en buenas condiciones de salud hasta 18 días antes de ingresar, cuando comenzó a presentar decaimiento, anorexia, polidipsia, cefalea, malestar general, epistaxis e hipertermia constante de 39-40°, por lo que 4 días antes de consultar en nuestro Hospital, entre otras reacciones de aglutinación, se le practicó una de Huddleson, que fué positiva al 1 x 200. Entre sus antecedentes vale citar que el paciente es vecino de Puente Alto y que habitualmente come queso de cabra.

En el examen de ingreso se constata su síndrome febril, con decaimiento moderado y un deficiente estado nutritivo. El hígado se palpaba a 2 cm bajo el reborde y el bazo en su polo inferior. Resto del examen era negativo.

En el Servicio se observa que su temperatura oscilaba en el día entre 39 y 40° y que al cabo de un período de 10 días se sucede otro de más o menos igual duración de temperaturas más bajas, que variaban entre 37 a 38°, para nuevamente alcanzar los altos niveles iniciales. Es en este segundo ciclo en que es posible confirmar el diagnóstico clínico e iniciar su tratamiento.

Los exámenes de laboratorio repetidos en tanto en numerosas oportunidades son negativos en lo que a tuberculosis y fiebres tíficas se refiere. De igual modo la investigación de fiebre ondulante por medio de hemocultivos, copro y urocultivos a repetición es negativa, hasta que en una quinta reacción de Huddleson se obtiene positividad al 1 x 800 a los 15 días de ingresado el paciente. Con posterioridad a este hallazgo se comprueban Índices Oponocitofágicos débiles e intradermo-reacción a la melitina positivos.

Los hemogramas muestran sólo discreta anemia sin reacción leucocitaria. La velocidad de

sedimentación de 55 mm por hora baja a la normal en la convalecencia.

Precisado el diagnóstico se procede a tratar al niño con estreptomycin intramuscular, 300 mg cada 12 horas, asociada a sulfadiazina, 0,75 g cada 4 horas, por un período de 18 días. Es de hacer notar que la temperatura persiste elevada alrededor de 40° al iniciar el tratamiento y hasta 4 días más tarde, en que hace crisis y ya se normaliza definitivamente. La mejoría es tanto objetiva como subjetiva y el niño comienza a alimentarse bien y a ganar peso hasta el momento de su alta. Controlado posteriormente en Policlínica no ha vuelto a recaer.

Comentario.

Los cuadros clínicos observados han correspondido a estados febriles prolongados acompañados de astenia, anorexia, transpiraciones profusas, artralgias, etc., con escasa o nula reacción visceral y de gran similitud con las infecciones tíficas y tuberculosis de las que a posteriori se diferenciaron por cierto carácter ondulante de la curva térmica y las reacciones de laboratorio. En una oportunidad, sin embargo, la afección se nos presentó como una artritis aguda monoarticular y en la que el cultivo de líquido sinovial y hemocultivo dieron desarrollo a *B. Melitensis*.

Cabe también señalar las dificultades técnicas que significan las pruebas específicas de laboratorio en esta afección, ya que los hemocultivos en medios mejorados y observados prolongadamente, al igual que las reacciones de aglutinación de Huddleson-Wright, deben a veces ser repetidas en numerosas oportunidades si ha de obtenerse un resultado positivo. De igual modo el Índice Opsonocitofágico para brucelas es de técnica e interpretación difícil y generalmente sólo se hace positivo en la convalecencia. A la intradermo-reacción a la melitina,

de sensibilidad variable, sólo se le asigna valor en asociación a las otras pruebas.

En nuestro pequeño número de casos de brucelosis tratados con una asociación de estreptomycin y un compuesto sulfamidado, los resultados han sido satisfactorios, por cuanto los signos clínicos cedieron rápidamente y durante períodos de control prolongados no se observó recaídas.

Summary.

1. Three cases of brucellosis in children treated with a combination of streptomycin and sulfadiazine with good results are reported.

2. After observation periods of one to two years no relapses were noted.

Bibliografía.

- 1.—HARDY, H. — Undulant Fever. Clinical Analysis of 125 cases. *J. A. M. A.* 92: 853, 1929.
- 2.—ALESSANDRI, H. y GONZALEZ, F. — Un caso de infección melitocócica. *Rev. Méd. Ch.* 60: 356, 1931.
- 3.—ALESSANDRI, H. y CONCHA, E. — La brucelosis humana en clínica. *Rev. Méd. Ch.* 71: 1183, 1943.
- 4.—VACCARO, H. y ONETTO, E. — Estudios bacteriológicos de la fiebre de Malta. *Rev. Med. Ch.* 63: 340, 1935.
- 5.—SPINK, W. W.; HALL, W. H.; SHAFFER, I. y BRAUDE, A. I. — Treatment of Brucellosis with Streptomycin and a Sulfonamide drug. *J. A. M. A.* 139: 352, 1949.
- 6.—YOW, E. M. y SPINK, W. W. — Experimental studies on the action of Streptomycin, Aureomycin and Chloromycetin on *Brucella*. *J. of Cl. Invest.* 28: 871, 1949.
- 7.—HARRIS, H. J. — Aureomycin and Chloramphenicol in Brucellosis. *J. A. M. A.* 142: 161, 1950.
- 8.—CASTRO MOLLER, H. y col. — Brucelosis y cloromicetina. *Rev. Méd. Ch.* 79: 499, 1951.