

Brucelosis en niños: Presentación inusual de dos casos.

Brucellosis in children: A report of two unusual cases.

Tori Carlos¹

¹Médico Pediatra Clínica Médica Ambulatoria, Universidad Peruana Cayetano Heredia y Clínica San Felipe, Lima.

SUMMARY

Even though brucellosis in our country is an endemic disease, it is more commonly seen over the age of ten years. We here present two cases of children whose ages eighteen months and two years respectively. It is interesting the way both patients began their disease, with acute pharyngitis and exudative amigdalgitis, signs that are poorly emphasized in the literature, and that accounts for the fact that many of them are treated initially for a respiratory infection.

KEY WORDS: Brucellosis, amigdalgitis, children.

INTRODUCCION

Si bien la brucelosis en nuestro medio es una enfermedad endémica, su incidencia es más común en mayores de diez años de edad. Se presentan dos casos, de 18 meses y dos años respectivamente, uno con un antecedente de ingesta de queso fresco de vacuno y de cabra, y el segundo con antecedentes familiares recientes de brucelosis.

La presentación es interesante, con congestión faríngea, acompañado de exudado amigdalino, signos que son muy poco destacados en la literatura, y que motivan que muchos de estos pacientes sean tratados inicialmente por infecciones respiratorias.

Caso I.

F.S.S., niña de 18 meses, con fiebre de 4 semanas de duración; diagnosticada de amigdalitis y medicada con cotrimazol. Pasa la fiebre, pero 8 días después cojea del miembro inferior izquierdo, presentaba “pus” en las amígdalas, fiebre y hepatomegalia.

Antecedentes: 45 días antes, ingesta de queso fresco serrano de vacuno y de queso fresco tipo cabra.

La paciente lucía bastante enferma, con fiebre alta, adelgazada, irritable y deshidratada. El hígado se palpaba a 4 cms. Por debajo del reborde costal a nivel de la línea medio clavicular.

Recibió una transfusión de paquete globular, y se medicó con estreptomycin, cotrimazol y rifampicina durante seis semanas. Estuvo afebril al tercer día de tratamiento, mejoró su estado general, se redujo la hepatomegalia, y las transaminasas volvieron a la normalidad al mes de su alta.

Caso 2.

B.S., niño de dos años de edad, afebril, decaído, con balonamiento abdominal, vómitos y diarrea. Le prescriben Albendazol y un antitusivo por una infección de amígdalas. En los días posteriores persiste la diarrea, presenta fiebre, exudado amigdaliano, y dolor abdominal.

El paciente lucía enfermo, febril, y adelgazado. Tenía un exudado blanquecino en ambas amígdalas; el hígado estaba a 4.5 cms debajo del reborde costal. Antecedentes domiciliarios: Tío materno y abuela materna con brucelosis diagnosticados un mes antes y un día después que el paciente respectivamente.

Exámenes de laboratorio (Cuadro N°1):

Se medicó con Estreptomycin y Cotrimazol. Seis días después se agregó Rifampicina. El niño estaba afebril, persistía el exudado amigdaliano, y la hepatomegalia. Al final de las seis semanas de tratamiento, se le encontró en buen estado general y sin visceromegalia.

Pruebas de Laboratorio - Cuadro N° 1		
	Paciente 1	Paciente 2
Hemoglobina gms	7.5	10
Hamatocrito	23.3	30.9
Hematies X mm	3'100,000	3'900,000
Leucocitos X mm ³	8600	8600
Abastionados	7	3
Segmentados	33	30
Linfocitos	58	66
Monocitos	2	0
Eosinófilos	0	1
Basófilos	0	0
Observaciones	Hipocromia	Hipocromia
Plaquetas x mm ³	103000	295000
SGOT UI/L	257	68
SGPT UI/L	163	73
Tifico H	negativo	negativo
Tifico O	1/40	negativo
Paratifico A	negativo	negativo
Paratifico B	negativo	negativo
Brucella abortus	1/160	1/800
Brucella Mellitensis	1/160	1/800
Brucella abortus tubo	1/640	1/640
Brucella mellit. tubo	1/320	1/320

DISCUSION

En países desarrollados, donde la brucelosis es una enfermedad ocupacional, es inusual encontrar brucela en niños. En áreas endémicas con *Brucella mellitensis*, la casuística en niños representa entre un 20 y un 25% de los casos (1,2). Los menores de 10 años y específicamente los menores de 5 años, presentaron tasas de enfermedad significativamente más bajas que los mayores (3,4). En otra serie (5), el 15% de los casos ocurrieron entre los 2 y 4 años de 15% de los casos ocurrieron entre los 2 y 4 años de edad, el 43% entre los 5 y 9 años y el 42% entre los 10 y 14 años. No hubo ningún caso en menores de dos años.

La transmisión interhumana de la brucelosis (6), la perinatal (7,8), y la neonatal (9) han sido reportadas. En el primer paciente hubo ingesta tres semanas antes del inicio de su enfermedad de queso fresco serrano de vacuno, y dos semanas antes de queso de cabra.

En el segundo paciente, sólo existía el antecedente de una tía materna que un mes antes había tenido brucelosis y su abuela materna que se enfermó un día después que el paciente.

También quisiera llamar la atención sobre una de las facetas de inicio de la brucelosis en pediatría, la de presentarse como un cuadro inflamatorio faríngeo (10,11,12), con amígdala hipertroficadas, congestivas y con exudado, que en un inicio, y quizá hasta que se agreguen otros síntomas y signos de la enfermedad, hacen que el médico no la tenga presente en el diagnóstico diferencial, y se trate como una infección respiratoria.

El cuadro clínico de la brucelosis es proteiforme (13,14), y los signos y síntomas principales son: fiebre 100%, malestar general 91%, anorexia 68%, tos 20%, síntomas abdominales 20%, artralgias 25%, hepatomegalia 31%, esplenomegalia 55%, linfadenopatía 36%, artritis 35%, rash cutáneo y faringitis.

Las complicaciones más frecuentes en pediatría son:

- a) Hepatitis granulomatosa: Ambos pacientes presentaron pruebas bioquímicas de hepatitis granulomatosa.
- b) Artritis: El 36% de un grupo de 157 pacientes pediátricos (15) tuvieron artritis. Algunos con presentación subaguda de oligoartritis periférica, afectando principalmente la cadera y rodilla. Hay descrito un caso de necrosis avascular de la cabeza del fémur en un niño de siete años (16). La espondilitis es rara (1). Nuestro primer caso tuvo un cuadro agudo autolimitado de cojera que pudo haber sido reumático extrarticular o una artritis reactiva.
- c) Hematológicas: Entre las manifestaciones hematológicas (13,14,17), es frecuente la anemia 44%, la hemólisis, leucopenia 33%, con neutropenia o linfopenia, pancitopenia transitoria 5.8% a 14%, púrpura trombocitopénica 4% (1,18), velocidad de sedimentación incrementada en un 81%, hiperesplenismo y hemocitosis (19). La

linfocitosis se presenta cuando no hay complicaciones graves; la linfopenia es un índice de mal pronóstico (20).

- d) Neurológicas: En niños la neurobrucelosis ha sido reportada como rara complicación (1,21,22). Se han descrito casos de meningitis, meningoencefalitis, mielomeningoencefalitis, neuropatía óptica, complicaciones meningovasculares, síndrome cerebeloso, sordera permanente, síndrome de Guillain Barre y convulsiones.
- e) Pulmonares: Hay compromiso pulmonar en un 16% de casos de infecciones con *Brucella mellitensis*, bronconeumonía de tipo miliar (12), y derrame pleural (23).
- f) Oftalmológicas: Se han reportados lesiones corneales, neuritis óptica, desprendimiento de retina (24), papiledema y uveítis (25), está muy frecuente en el Perú (26). La uveítis se puede complicar con cataratas, desprendimiento de la mácula, phthisis bulbi y glaucoma secundario.
- g) Genitourinarias; La incidencia de epidídimo orquitis es rara en niños (1,27).

Tratamiento:

Es un estudio prospectivo de 113 casos de brucelosis en niños (5) con medicación oral en que se usaron trimetoprim sulfametoxazol y rifampicina, ambas en dos dosis diarias durante seis semanas, el cien por ciento respondió bien. Sólo el 3.5% tuvo recaídas después de seis semanas.

En otra serie (14), se usaron combinaciones de rifampicina, cotrimoxazol, tetraciclina y estreptomina, con menor respuesta en aquellos casos con artropatía y hepatoesplenomegalia. El uso de la ceftriaxona en el tratamiento de la brucelosis no ha dado buenos resultados (28). Nuestros casos tuvieron una defervescencia de la fiebre al tercer y segundo día respectivamente.

Correspondencia:

Dr. Caro Tori
Clínica San Felipe. Av. Gregorio Escobedo 660
Jesús María,
Lima – Perú.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gottuzo E, Carrillo C. *Brucella*. En: Gorbach Sherwood L., Barlett JG, Blacklow N. Textbook of infectious diseases. WB Saunders Co. 1992: 1513-21.
2. Burgio R. Brucellosis. En: Sala Ginebra JD. Tratado de las enfermedades infecciosas en la infancia. Barcelona: Editorial Científico Médico 1962: 873-900.

3. Gotuzzo E, Carrillo C, Seas C, et al. Factores de riesgo de infección familiar por brucellosis. Aspectos epidemiológicos y clínicos en 50 grupos familiares. *Rev Med Hered* 1990; 1: 8-13.
4. Street M, Wilson M, Grant W, Alva J. Brucellosis in childhood. *Pediatrics* 1975; 55: 416-2.
5. Khuri Bulos NA, Daoud AH, Azab SM. Treatment of childhood brucellosis: results of a prospective trial on 113 children. *Pediatr Infect Dis J.* 1993; 12: 377-81.
6. Ruben B, Band JD, Wong P, Colville J. Person to person transmission of *Brucella melitensis*. *Lancet* 1991; 337: 14-5.
7. Williams EM. Mediterranean fever infection in utero. *J R Army Med Corps* 1907; 9: 59-60.
8. Lubani MM, Dudin KI, Sharda DC, et al. Neonatal brucellosis. *Eur J Pediatr* 1988; 147: 52-22.
9. Youssef A, Al Eissa, Saleh M Al Mofada. Congenital brucellosis. *Pediatr Infect Dis J.* 1992; 11: 667-71.
10. Yinnon AM, Morali Ga, Goren A, Rudensky B, Isacsohn M, Michael J, Hershko C. Effect of age and duration of disease on the clinical manifestations of brucellosis. A study of 73 consecutive patients in Israel. *Isr J Med Sci.* 1993; 29: 11-6.
11. Pacheco G, Thiago de Mello M. Brucellosis na infancia En: *Mongrafias do Instituto Oswaldo Cruz. Brucelose.* 1956; 445-52.
12. Anderson ED, Pohl JF. Ondulant fever in Children: Report of 3 cases. *Amer J Dis Children* 1931; 42: 1103-8.
13. Al Eissa YA, Assuhaimi SA, al Fawaz IM, Higgy KE, al Nasser MN, al Morbaireek KF. Pancytopenia in children with brucellosis: clinical manifestations and bone marrow findings. *Acta Haematol.* 1993; 89: 132-6.
14. Benjamin B, Annobil SH. Childhood brucellosis in southwestern Saudi Arabia: a 5 year experience. *J Trop Pediatrics* 1992; 38: 167-72.
15. Benjamin B, Annobil SH, Khan MR. Osteoarticular complications of childhood brucellosis: a study of 57 cases in Saudi Arabia, *J Pediatr Orthop.* 1992; 12: 801-5.
16. Gedalia A, Howard C, Einhorn M. Brucellosis induced a vascular necrosis of the femoral head in a 7 year old child. *Ann Rheum Dis.* 1992; 51: 404-6.
17. Al Eissa Y, al Nasser M. Haematological manifestations of childhood brucellosis. *Infection* 1993; 21: 23-6.
18. Ulloa V, Rojas Otarola J, Gotuzzo E. Púrpura trombocitopénica asociada a brucelosis. *Rev Med Hered* 1992; 3: 87-93.
19. Ullrich Ch, Fader R, Fahner JB, Barbour SD. Brucellosis presenting as prolonged fever and hemophagocytosis (letter). *Am J Dis Child* 1993; 147: 1037-8.
20. Crosby E, Llosa L, Miro Quesada M, Carrillo PC, Gotuzzo E. Hematologic changes in Brucellosis. *The Journal of Infectious Diseases* 1984; 150: 419-24.
21. Mc Lean DR, Russel N, Khan MY. Neurobrucellosis: clinical and therapeutic features. *Clin Infect Dis* 1992; 15: 582-90.
22. Swick HM. *Brucella meningoencephalitis* in childhood. *Neuropediatrics* 1981; 12: 330.
23. Kerem E, Diav O, et al. Pleural fluid characteristics in pulmonary brucellosis. *Thorax* 1994; 49: 89-90.
24. Rolando I, Carbone O, Haro D, et al. Retinal detachment in chronic brucellosis. *Am J Ophthalmol* 1985; 99: 733.

25. Akduman L, Or M, Hasanreisoglu B, Kurtar K. A case of ocular brucellosis: importance of vitreous specimen. *Acta Ophthalmol Copenh.* 1993; 71: 130-2.
26. Tobaru L. Uveitis: Aspectos clínicos y etiológicos. Estudio prospectivo de 28 casos Tesis de especialidad. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1983. 41 pp.
27. Afsar H, Baydar I, Sirmatel F. Epididymo orchitis due to brucellosis. *Br J Urol* 1993; 72: 104-5.
28. Lang R, Dagan R, Potasman I, Einhorn M, Raz R. Failure of ceftriaxone in the treatment of acute brucellosis. *Clin Infect Dis.* 1992; 14: 506-9.