

Bacteriemia por *Brucella* sp. con serología convencional negativa

Sr. Director: La brucelosis es una enfermedad infecciosa endémica en varias regiones de España. En nuestro medio la tasa de incidencia durante el año 1998 fue de 12,57 casos/100.000 habitantes.

El diagnóstico de la brucelosis humana se realiza mediante hemocultivo y pruebas serológicas. Las pruebas serológicas empleadas de rutina son el rosa de Bengala (RB) (Bio-Merieux), la seroaglutinación en tubo (SAT) (Linear Chemicals) y la prueba de Coombs¹. El RB es una prueba de criba rápida y fácil de realizar. Ante un resultado positivo de RB, se procede a realización de la SAT y la prueba de Coombs, esta última según los criterios que establece cada laboratorio.

En el caso de la brucelosis aguda, tanto el RB como la SAT son positivas, admitiéndose como títulos significativos para SAT en las zonas endémicas los superiores o iguales a 1/320, siendo este título en las zonas no endémicas 1/160.

Presentamos el caso de un paciente con brucelosis aguda diagnosticada por hemocultivo en el que el RB, la SAT y la prueba de Coombs fueron negativas.

Se trata de un varón de 31 años de edad, fumador de un paquete de cigarrillos al día, bebedor moderado, hábitat rural, cabrero de profesión, sin otros antecedentes de interés que consulta en urgencias por cuadro de escalofríos, fiebre, sudación y algias generalizadas de tres días de evolución, sin clínica focal infecciosa evidente. Negaba consumo de leche o derivados no higienizados.

En el examen físico salvo la presencia de fiebre (38° C) no se observaron hallazgos patológicos. En la analítica realizada las alteraciones más relevantes fueron: leucocitos 1.820/mm³, neutrófilos 1.240/mm³, linfocitos 460/mm³, monocitos 60/mm³, cayados 36/mm³, plaquetas 87.000/mm³, colesterol 84 mg/dl, triglicéridos 177 mg/dl, sodio 129 mEq/l, LDH 396 UI/l, GGT 62 UI/l, GOT 89 UI/l, GPT 74 UI/l. La radiografía de tórax fue normal.

Dado el ambiente epidemiológico, se solicitó hemocultivo y pruebas serológicas frente a *Brucella* spp. El RB, la SAT (hasta títulos 1/10.240) y la prueba de Coombs fueron negativas. En el hemocultivo a los cuatro días de incubación, se aisló *B. mellitensis* (biotipo 1).

Ante los resultados obtenidos, se realizó una técnica de inmunocaptura-aglutinación (Brucellacapt[®], Vircell S.L. Santafé, Granada) para la detección de anticuerpos totales (aglutinantes y no aglutinantes) frente a *Brucella* spp., siendo el resultado positivo con títulos superior o igual a 1/10.240. Esta prueba que permite detectar anticuerpos IgG e IgA específicos de *Brucella* spp., se realiza en un solo paso, siendo más cómoda que las pruebas clásicas de SAT y Coombs.

El paciente fue tratado con doxiclina y estreptomina en dosis y duración habitual, con lo cual evolucionó favorablemente, desapareciendo la fiebre y normalizando tanto el hemograma como el perfil hepático.

Una serología realizada 4 semanas más tarde del inicio del cuadro clínico, puso de manifiesto una prueba de Coombs positiva a título 1/1.280, continuando la SAT y el RB negativo.

A pesar de lo excepcional del caso, creemos de interés señalarlo, ya que no conocemos casos similares en la bibliografía consultada²⁻⁶.

No podemos pensar que la SAT y RB se realizaron precozmente, ya que la respuesta inmune del paciente pudo detectarse mediante Brucellacapt[®].

Ante una sospecha de brucelosis y en general ante cuadros febriles de origen no conocido en nuestro medio, no debemos dar por descartada una brucelosis sólo con un resultado negativo de RB y SAT⁷⁻⁹. En las formas evolucionadas de la enfermedad, estas pruebas pueden ser negativas. La prueba de Coombs sería en estos casos de gran utilidad, por lo que parece obligado introducirla siempre en los protocolos de diagnóstico, ya sea la prueba clásica de Coombs o bien la modificación aparecida recientemente en el mercado (Brucellacapt[®]).

María Ortega, Ambrosio Lara^a,
María Jesús Pérez, Vicente Díaz^a,
Alberto Ruiz^a y Manuel Rodríguez.
Servicio de Análisis Clínicos. ^aServicio de Medicina Interna.
Hospital General Básico Serranía de Ronda.
Málaga.

Bibliografía

1. Díaz R, Moriyón I. Laboratory techniques in the diagnosis of human brucellosis. En: Young EJ, Corbel JM, eds. Brucellosis: Clinical and laboratory aspects of human infection. Florida: CRC, 1989; 73-83.
2. Díaz R, Maravi-Poma E, Delgado G, Rivero R. Rose bengal plate agglutination test and

counterrimmunoelectrophoresis test on spinal fluid in the diagnosis of Brucella meningitis. J Clin Microbiol 1978; 7: 236-237.

3. Sánchez-Sousa A, Torres C, Campello MG, García C, Parras F, Cercenado E, Baquero F. Serological diagnosis of neurobrucellosis. J Clin Pathol 1990; 43: 79-81.
4. Guinea Esquerdo I, Carrero González P, Visedo Orden R, García Carabajosa S, Calvo del Olmo T, Reverte Cejudo D. El diagnóstico de la brucelosis en un área endémica. Valoración de las pruebas diagnósticas habituales. Med Clin (Barc) 1992; 98: 481-1.042.
5. Potasman I, Even L, Banni M, Cohen E, Angel D, Jaffe M. Brucellosis: an unusual diagnosis for a seronegative patient with abscesses, osteomyelitis, and ulcerative colitis. Rev Infect Dis 1991; 13: 1.039-1.042.
6. Bouza E, García de la Torre M, Paras F, Guerrero A, Rodríguez-Creixems M, Gobernado J. Brucellar meningitis. Rev Infect Dis 1987; 9: 810-822.
7. Zinneman HH, Glenchur H, Hall WH. Chronic renal brucellosis. Report of a case with studies of blocking antibody and precipitins. N Engl J Med 1961; 265: 872-875.
8. Serre A, Dana M, Roux J. Nature des anticorps bloquants dans la brucellose humaine. Path Biol 1972; 18: 367-374.
9. Serre A, Arie M. Etude des quelques particularités des anticorps bloquants dans la brucellose humaine. Path Bio 1972; 20: 551-557.

Osteonecrosis bilateral de caderas, corticoides e inhibidores de la proteasa del virus de la inmunodeficiencia humana

Sr. Director: En los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) raramente hay osteonecrosis aséptica (ONA) en ausencia de los factores predisponentes que aparecen en la población general. Los inhibidores de la proteasa del VIH (IP) en combinación con otros tratamientos antirretrovíricos han conseguido disminuir la mortalidad y morbilidad de estos pacientes¹, pero no están exentos de efectos secundarios. Puede aparecer un síndrome de lipodistrofia periférica, hiperlipidemia y resistencia a la insulina². Recientemente también se ha descrito la posibilidad de un incremento de ONA en los tratados con IP³. Presentamos un paciente con ONA bilateral de caderas que había recibido glucocorticoides y estaba tratado con IP.

Se trata de un paciente de 67 años diagnosticado hace cinco años de infección por el VIH y toxoplasmosis cerebral, que fue tratado con pirimetamina, sulfadiazina y 4 mg/día de dexametasona en pauta descendente, que se suspendió a los 4 me-