

Epididimitis aguda por *Brucella*. Comunicación de un caso

Acute brucellar epididymitis. Case report

Tristán Dellavedova, Rolando Ponzano, Sergio Arselán, Alejandro Lamberti, Laura Racca,
Leonardo Tavip, Gustavo Minuzzi

FUCDIM (Fundación Urológica Córdoba para la Docencia e Investigación Médica),
Córdoba, Argentina.

INTRODUCCIÓN

El epidídimo puede ser afectado por una amplia variedad de condiciones inflamatorias, incluyendo infecciones por bacterias, virus, hongos o parásitos, procesos no infecciosos como enfermedades granulomatosas –sarcoidosis–, vasculitis –enfermedad de Behçet, púrpura de Henoch-Schönlein–, por medicamentos –amiodarona–, o sufrir inflamación idiopática¹.

Según la duración del cuadro, la epididimitis puede ser aguda (menos de seis semanas) o crónica. La afección aguda se caracteriza por dolor y flogosis locales, generalmente unilateral, que puede acompañarse de fiebre, eritema escrotal, compromiso del estado general y leucocitosis. Puede presentarse además con uretritis, hidrocele y urocultivo positivo¹.

Es frecuente en hombres de 18 a 50 años y es la causa más común de ausentismo entre los militares de EE.UU.²

Después del sistema osteoarticular, el aparato reproductor es el segundo sitio más frecuente de afectación focal por *Brucella*³.

CASO CLÍNICO

Paciente de 34 años, con orquialgia derecha y fiebre. Tratado con AINEs y Ciprofloxacina 500 mg cada 12 horas por 14 días. Mejoró inicialmente, pero reaparece el dolor tras retomar sus tareas habituales, con hemospermia, sin fiebre. Mantiene relaciones anales activas sin protección con pareja estable. Paciente sin antecedentes epidemiológicos compatibles con Brucelosis. Concorre a la consulta con ecografía que informa aumento de tamaño de todo el epidídimo derecho (**Figura 1**), testículos normales, con leve hidrocele y varicocele izquierdos.

En esta instancia consultó a nuestro centro; al examen físico presentaba leve aumento de la porción cefálica del epidídimo derecho. Se realizó urocultivo, de resultado negativo y se indicó Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 14 días, reposo, hielo local y AINEs. Mejoró clínicamente, cediendo el dolor y la hemospermia, pero reapareció la orquialgia tras volver a su actividad laboral, constatándose febrícula. Se lo deriva a Infectología, donde el labo-



Figura 1. Ecografía testicular que evidencia engrosamiento de todo el epidídimo derecho.

ratorio descarta leucocitosis y neutrofilia. VSG de 36 mm y PCR de 9 mg/l, Huddleson (+) 1/8, fijación de complemento para *Brucella* positivo (++) . Para confirmar el diagnóstico se pide IgM anti-*Brucella* (+), índice 17 (positivo >11). Se indica tratamiento con Rifampicina 600 mg/día y Doxiciclina 200 mg/día por 30 días. A pesar de intolerancia digestiva y reacciones cutáneas por el tratamiento, logró completarlo. En controles posteriores, la VSG fue de 6 mm y la PCR normal. A los 4 meses la IgM anti-*Brucella* fue negativa. No repitió dolor local ni fiebre, ni persistieron alteraciones locales al examen físico.

DISCUSIÓN

La brucelosis es una zoonosis causada por una bacteria intracelular; la gran mayoría de los casos son producidos por *Brucella melitensis* y el resto por los subtipos *abortis*, *canis* o *suis*³. Ocurre por contacto directo con animales infectados, por ingerir productos lácteos no pasteurizados o por inhalación de partículas aerosolizadas y se da principalmente en áreas endémicas^{3,4}, como nuestro país. La epididimoorquitis es la complicación genitourinaria más frecuente⁵ y su incidencia varía del 7 al 20%^{3,5,6,7}. La edad promedio de los pacientes afectados oscila entre 18 y 50 años^{2,5,8,9}. Se puede manifestar como epididimoorquitis, orquitis o epididimitis aisladas, en ese orden de frecuencia y la presentación puede ser aguda –la más frecuente–, subaguda o crónica⁵.

Los síntomas más comunes son dolor escrotal e inflamación, fiebre, sudoración y artralgia o artritis⁸. Al comparar la afectación por *Brucella* con la orquiepididimitis inespecífica, la primera tiene mayor riesgo ocupacional, mayor incidencia en algunas estaciones del año, instalación más gradual, mayor duración, fiebre “ondulante”, poca afectación local y ausencia de leucocitosis y síntomas urinarios¹⁰.

Puede haber, mientras se desarrolla la infección, oligo o azoospermia (93% de los casos) y en más del 20% este deterioro seminal puede ser permanente⁸.

El diagnóstico absoluto requiere aislar la bacteria de sangre o tejidos. Los cultivos de médula ósea son el “gold standard” por la alta concentración del germen en el sistema retículo endotelial y porque la eliminación del mismo de la médula equivale a erradicación microbiana, pero al ser un método invasivo y doloroso no es de uso rutinario. Por serología se la puede detectar por anticuerpos contra antígenos bacterianos; títulos >1:160 son diagnósticos ante un cuadro clínico compatible, aunque en áreas endémicas es aconsejable usar valores >1:320. La detección de anticuerpos por ELISA (inmunoglobulina A, M o G) tiene mayor sensibilidad y especificidad que los tests de aglutinación. La reacción en cadena de polimerasa (PCR, por sus siglas en inglés) tiene mayores ventajas, ya que detecta precozmente la infección. Tiene sensibilidad y especificidad superiores a los tests actuales, pero su uso aún no está estandarizado³.

Existen varios esquemas para el tratamiento antibiótico, todos ellos basados en la combinación de drogas. Las publicaciones consultadas plantean regímenes diferentes, tanto en las drogas a usar como en la duración y tasas de curación (**Tabla 1**).

Esquema	Tasa de curación
Gentamicina (1 sem) + Doxiciclina (6 sem) ⁸	87%
Cotrimoxazol + Doxiciclina (6 sem) ⁸	90%
Estreptomicina (2 sem) + Doxiciclina (6 sem) ⁸	100%
Estreptomicina (3 sem) + Doxiciclina (6 sem) ¹¹	100%
Cotrimoxazol + Rifampicina (6 sem) ⁸	75%
Doxiciclina + Rifampicina (4 sem) ⁵	80%
Estreptomicina + Doxiciclina (4 sem) ⁵	91%

Tabla 1. Tratamiento antibiótico utilizado, tiempo (semanas) y tasa de curación.

La evolución suele ser favorable con tratamiento conservador, aunque la infección puede ser refractaria al manejo inicial con antibióticos y el cuadro evolucionar a abscesos, orquitis necrotizante o afectación granulomatosa del testículo, eventual indicación de orquiectomía^{8,9}.

Esta etiología debe ser sospechada ante epidemiología positiva del paciente, antecedentes de turismo en zonas endémicas o cuando no hay respuesta al tratamiento antibiótico habitual^{3,9,11}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tracy CR, Steers WD, Costabile R. Diagnosis and management of epididymitis. *Urol Clin N Am.* 2008; 35:101-108.
2. Collins MM, Stafford RS, O'Leary MP, y cols. How common is prostatitis? A national survey of physician visits. *J Urol.* 1998; 159:1224-1228.
3. Colmenero JD, Muñoz-Roca NL, Bermúdez P, y cols. Clinical findings, diagnostic approach and outcome of *Brucella melitensis* epididymo-orchitis. *Diagn Microbiol Infect Dis.* 2007; 57(4):367-372.
4. Pappas G, Akritidis N, Bostilkovski M, y cols. Brucellosis. *N Engl J Med.* 2005; 352:2325-2336.
5. Troy SB, Rickman LS, Davis CE, y cols. Brucellosis in San Diego: epidemiology and species related differences in acute clinical presentation. *Medicine (Baltimore)* 2005; 84:174-187.
6. Akinci E, Bodur AE, Cevik MA, y cols. A complication of brucellosis: epididymo-orchitis. *Int J Infect Dis.* 2006; 10(2):171-177.
7. Al Tawfiq JA. *Brucella* epididymo-orchitis: a consideration in endemic area. *Int Braz J Urol.* 2006; 32(3): 313-315.
8. Roushan MR, Baiani M, Javanian M, y cols. Brucellar epididymo-orchitis: review of 53 cases in Babol, northern Iran. *Scand J Infect Dis.* 2009; 41(6-7):440-444.
9. Stamatou K, Polyzois K, Dahanis S, y cols. *Brucella melitensis*: a rarely suspected cause of infections of genitalia and the lower urinary tract. *Braz J Infect Dis.* 2009; 13(2):86-89.
10. Papatsoris AG, Mpadra FA, Karamouzis MV, y cols. Endemic brucellar epididymo-orchitis: a 10-year experience. *Int J Infect Dis.* 2002; 6(4):309-313.
11. Perez Fentes D, Blanco Parra M, Alende Sixto M, y cols. *Brucella orcyhoepididymitis*: case report. *Arch Esp Urol.* 2005; 58(7):674-677.