

Serv. de Vías Urinarias del Hosp. Ramos Mejía,  
Jefe: Dr. Gilberto Elizalde

## COMPLICACIONES GENITALES DE LA BRUCELOSIS

---

Por el Dr. ROBERTO A. RUBI

Hemos tenido la oportunidad de observar dos casos de epididimitis brucelosa, cuya publicación consideramos de interés dada la difusión de la enfermedad originaria. Basta recordar al respecto que Basso, Miyara y Molinelli presentaron 561 observaciones de brucelosis, solamente en la provincia de Mendoza años 1931-1943) y como las complicaciones urinarias y sobre todo genitales suelen presentarse en su decurso, creemos justificada la presentación de nuestras observaciones.

El primer caso se refiere al señor N. N., de 60 años de edad, que nos consulta por un proceso doloroso del contenido de las bolsas, aparecido espontáneamente, sin que medie antecedente venéreo alguno.

Los síntomas físicos nos permiten comprobar la existencia de una fluxión subaguda de ambos epidídimos que interesados en su totalidad de modo uniforme alcanzan el tamaño del meñique; la glándula conserva sus caracteres normales y no se aprecia ninguna repercusión deferencial o vaginal.

El polo genital interno es normal. Se acompaña esta sintomatología local de fenómenos de orden general: temperatura, pequeños escalofríos, sudores nocturnos, etc. . . . en discordancia con lo atenuado del cuadro genital.

Todos los exámenes realizados (químico, y bacteriológico) de orina, secreción prostática, reacciones serológicas, etc. . . .) fueron negativos y confesamos nuestra perplejidad e imposibilidad de llegar a un diagnóstico eiológico.

Se medica en forma sintomática y queda el paciente en observación. En los días que siguen al reposo y a la aplicación de hielo se atenúan los síntomas locales a la par que amenúan los de orden general. Pasa el tiempo y dos meses después vemos nuevamente al enfermo postrado en cama desde hace tres semanas con una reagudización del proceso epididimario derecho. En ese lapso en que dejara de verle, la aparición de manifestaciones dolorosas musculares y articulares permiten al clínico rotular la afección como de naturaleza reumática y aplicar toda la gama de medicamentos ya clásica a este efecto. Recién entonces, frente

a lo prolongado de la afección, se realizan los exámenes de laboratorio, investigando tifoidea y parotifoidea y en última instancia las reacciones de aglutinación para la brucelosis (positiva al  $1 \times 9.00$ ).

Tras de esa nueva "poussée" todo entra en orden en la esfera genital, acentuándose en cambio los síntomas que caracterizan el período de estado de la enfermedad: astenia, anorexia, transpiración profusa y sobre todo mialgias intensas (a predominio en las masas glúteas) que le impedían a veces hasta apoyarse en la cama.

No seguiremos en la descripción del caso en su aspecto clínico general, porque saldríamos del marco asignado a esta modesta contribución que no tiene más objeto que llamar la atención sobre una modalidad muy rara de presentarse la brucelosis, es decir, la epididimitis del período de comienzo, semejante al caso descrito por Isaac en el "Journal of Urology", cuya lectura nos incitó a publicar nuestras observaciones.

El segundo caso difiere del anterior: se trata de un hombre de 37 años, trabajador rural, procedente de la provincia de Entre Ríos, que nos consulta por un proceso de evolución crónica del hemiescrotro derecho.

El examen físico permite individualizar un epidídimo discretamente aumentado de tamaño, a predominio cefálico, en cuyo segmento alcanza el volumen de un garbanzo grande, adelgazándose a medida que desciende, para continuarse con un conducto deferente normal.

La superficie es regular y lisa, la sensibilidad exagerada hace dolorosas las maniobras de exploración. La glándula presenta a nivel del cuerpo del epidídimo, a la altura del antro de Highmore una zona indurada, equivalente al tamaño de una moneda de 10 centavos. El resto del examen físico local y general es normal; trátase por otra parte de una persona sana hasta hace poco más de un año (14 meses) en que sufrió un proceso infeccioso prolongado, con dos recaídas, que como balance final le deja la secuela genital y un estado de astenia acentuada. Los exámenes de laboratorio no nos orientan mayormente (orina normal, cultivos e inoculación negativos, reacciones de Wasserman y Kahn (standard negativos). Comunicamos al colega nuestra orientación diagnóstica de probable epididimitis bacilosa y al contestarnos nos aclara el diagnóstico etiológico: tratábase de una brucelosis, complicada en su faz casi de declinación, con una orquioepididimitis aguda que nosotros habíamos observado en un período de evolución crónica.

Difiere este caso del anterior: 1º por su aparición cronológica, ya que lo hace en el período de estado y se prolonga finalizada ya la enfermedad; 2º en contraste con la involución perfecta del primer caso aquí se comprueba una evolución hacia la cronicidad; 3º la localización exclusivamente epididimaria del primero es orquio-epididimaria en el segundo. Y finalmente tiene un punto de contacto muy interesante con la primera observación y es que en los dos casos sólo pude llegar al diagnóstico etiológico "a posteriori".

La localización de la brucella en el testículo y en el epidídimo es tan frecuente que algunos autores la consideran más como un síntoma que como

una complicación. La proporción de orquiepididimitis en relación a la afeción causal es variable: Mazza, dentro de las observaciones recogidas por la Misión de Estudios de Patología Regional Argentina, da un 10 % aproximadamente de localizaciones testiculares; Roger consigna un 25 %; Orr el 8 %; Hardy, 4 %; Simpson, 10 %; Isaac, entre el 4 y el 20 %.

Wainwright explica la disparidad de estas cifras: el grupo melitense se complica de orquiepididimitis en el 5 al 20 % de los casos, en cambio el grupo abortus lo hace solamente del 2 al 4 %.

En general la complicación se instala del segundo al tercer mes, en pleno período de estado; raramente lo hace en la faz terminal, más raramente aun en el período inicial. Existe una forma que podríamos llamar tardía que se presenta cuando aparentemente el enfermo ya está curado de su brucelosis (caso de Mazza en un niño de 3 años y otro de Mazza y Caro en un niño de 2½ años, que había contraído la infección en el primer mes de vida).

Los síntomas locales que abarcan en grado variable a la glándula y al epidídimo siguen, según las circunstancias, una evolución aguda, subaguda o crónica. El proceso puede ser uni o bilateral y, como hace notar Alfonsín, "es poco doloroso, se caracteriza por su gran desarrollo y por la poca relación que guarda con el estado general, ya que en muchos casos permite la concurrencia al consultorio médico".

Desde luego que la duración del cuadro es variable según la modalidad evolutiva: de pocos días en los casos frustrados, tiene un promedio de duración de uno a tres meses para Alfonsín.

Según Roger, es bilateral en el tercio de los casos y a menudo recidiva en el mismo lado; la supuración es excepcional, así también como la atrofia post-inflamatoria.

Al lado de esta complicación orquiopidimaria recordaremos la observación de Boyn, quien refiere el caso de una prostatitis provocada por la *Brucella abortus*, de muy larga duración y diagnosticada tardíamente. El aparato urinario paga también su tributo: Alfonsín menciona la existencia de la albuminuria y de los elementos renales propios de la glomérulo-nefritis en algunos casos y Clark señala también las manifestaciones urinarias: pielitis y cistitis de diagnóstico muy difícil.

En efecto, Jullien afirma que "esta septicemia no tiene en el hombre fisiología patognomónica, ni individualidad clínica y sólo la encuentra quien la busca".

Tan cierto es esto que en los 69 casos reunidos por Locci sólo en 8 se hizo el diagnóstico clínico y se llegó a él casi siempre por exclusión. Si difícil

resulta el diagnóstico de la septicemia, cuánto más arduo será el problema para el diagnóstico de las complicaciones genitales y urinarias.

Creemos que se llegará a sospecharlo a través de la anamnesis y del examen clínico y sólo se establecerá con certidumbre a través del diagnóstico biológico, que mencionaremos de paso, siguiéndolo en un todo a Locci.

*Primero. suero aglutinación.* La técnica lenta de Wright ha sido reemplazada por la técnica rápida de Hudlesson, cuya lectura se efectúa a los 3'. Según Fernández Ithurrat y Molinelli, esta técnica permite hallar en el 96 % de los enfermos suero-aglutininas específicas, con títulos que oscilan al 1/25-1/500.

*Segundo. intradermo-reacción* (reacción de alergia cutánea). Se efectúa con melitina de Burnett o con brucelín, amén de otra serie de preparados. En inyección intradérmica (0,2 c.c. del 1º; 0,1 c.c. del 2º). La lectura se realiza a las 24-48 horas; se observa una pápula de 1 cmt. rodeada por un halo de edema en vidrio de reloj, de 2 a 6 cmt. de diámetro.

*Tercero. índice opsono-citofágico.*

*Cuarto. hemocultivo.* La sangre debe extraerse por punción venosa en el acmé de la temperatura; el cultivo en agar-hígado-medio de Stafseth, es positivo en el 50 al 80 % de los casos.

*Quinto. desviación del complemento.* que para Fernández Ithurrat es positivo en el 82,3 %.

*Sexto. reacción de floculación.*

Pruebas que en la práctica, para nosotros, se pueden reducir a la suero-aglutinación rápida de Hudlesson y al hemocultivo.