

Miopericarditis por *Brucella*

Sr. Editor:

La afección cardíaca como complicación de la brucelosis es inusual y suele ocurrir en un 0-2%, según las grandes series publicadas¹. La manifestación más habitual es una endocarditis que afecta a una válvula nativa sana, generalmente la válvula aórtica. La afección miocárdica o pericárdica como complicación de la endocarditis es posible; sin embargo, es excepcional su presentación de forma aislada. El caso que presentamos es el de un paciente con miopericarditis aguda aislada y evolución clínica favorable.

Paciente de 29 años de profesión veterinario, en contacto habitual con ganado bovino, asintomático hasta 5 días antes del ingreso, en que refirió malestar general y fiebre de predominio vespertino acompañado de dolor retroesternal continuo no opresivo y no modificado con los cambios posturales, sin más síntomas. La temperatura axilar era de 39 °C y la presión arterial, 130/70 mmHg. Las auscultaciones cardíaca y pulmonar, así como la exploración abdominal, fueron normales. En los análisis efectuados en el momento del ingreso destacaron: creatinina de 2.476 U/l, fracción MB de la creatinina de 163,6 U/l; TnI de 142 U/l; AST de 201 U/l; ALT de 334 U/l; GGT de 120 U/l, y LDH de 515 U/l. El resto de la bioquímica habitual, así como el hemograma y las pruebas de coagulación, eran normales. La radiografía de tórax fue normal y en el ECG se observaba una elevación generalizada del punto J y ondas T altas y picudas en las derivaciones precordiales. La ecografía abdominal fue normal. Las serologías para citomegalovirus, enterovirus, mononucleosis, fiebre Q, *Toxoplasma* y *Mycoplasma* fueron negativas, así como los anticuerpos antinucleares, inmunoglobulinas, factor reumatoide y test de Mantoux. La prueba del rosa de Bengala y aglutinaciones a *Brucella* fueron negativas en el momento del ingreso, y se volvieron positivas a las 48 h con un título de 1/320. Los hemocultivos fueron positivos al octavo día a *Brucella mellitensis* y el test de Coombs anti-*Brucella* fue positivo, con un título 1/320. El ecocardiograma transtorácico mostró un engrosamiento pericárdico sin derrame, con las cavidades, las válvulas y la función ventricular izquierda normales. Inicialmente se realizó tratamiento con analgésicos menores y antiinflamatorios no esteroideos. Tras los resultados de microbiología se inició terapia con estreptomina parenteral (1 g/24 h) y doxiciclina (100 mg/12 h). El paciente quedó afebril y asintomático a los 4 días, sin evidencia de insuficiencia cardíaca durante el ingreso o arritmias en los ECG seriados. La creatinina inicial descendió de forma progresiva (1.320, 654 y 180 U/l) en 3 días, al igual que el resto de las enzimas. Se mantuvo el tratamiento antibiótico durante 6 semanas. En la revisión realizada a los 3 meses el paciente continúa asintomático, y las aglutinaciones y el test de Coombs presentan positividad, con un título de 1/80.

La brucelosis es una antropozoonosis de distribución mundial muy polimorfa. En España, la especie más común es *Brucella mellitensis*. La afección cardiovascular es muy infrecuente y suele manifestarse como una endocarditis², a

menudo sobre la válvula aórtica sana³. Es excepcional la afección del pericardio o del miocardio como eventos aislados^{4,5}, y aún más su asociación⁶. El mecanismo de daño cardíaco puede ser efecto directo del microorganismo (demostrado en líquido pericárdico obtenido por pericardiocentesis)⁷ o debido al depósito local de inmunocomplejos. El diagnóstico en ausencia de pericardiocentesis se basa en la clínica, la serología y los hemocultivos, así como en la exclusión de otras causas potenciales. Sorprende la escasez de casos de brucelosis con afección cardíaca en nuestro medio, a pesar de que se trata de una enfermedad endémica, lo cual puede estar relacionado con algún factor local que preserve el corazón y con el diagnóstico precoz de la infección. El pronóstico de los pacientes con miopericarditis brucelar es en la mayoría de los casos, como el que aquí presentamos, hacia la curación. En algún caso se ha asociado a insuficiencia cardíaca con buena evolución⁸. La pericarditis puede ser poco sintomática o llegar al taponamiento cardíaco^{4,7}. Aunque se trata de una eventualidad rara, no debe descartarse esta forma de presentación en un país en el que la brucelosis es una infección endémica.

María D. García de Lucas^a, Juan C. Castillo Domínguez^b y María S. Martínez González^b

^aMedicina Interna. Hospital Valle de los Pedroches. Pozoblanco. Córdoba.

^bUnidad de Cardiología. Hospital Valle de los Pedroches. Pozoblanco. Córdoba. España.

BIBLIOGRAFÍA

- Colmenero JD, Reguera JM, Martos F, Sánchez de Mora D, Delgado M, Causse M, et al. Complications associated with *Brucella mellitensis* infection: a study of 530 cases. *Medicine* 1996;75:195-210.
- Reguera JM, Alarcón A, Miralles F, Pachón J, Juárez C, Colmenero JD. *Brucella* endocarditis: clinical, diagnostic, and therapeutic approach. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2003;22:647-50.
- Castillo Domínguez JC, Anguita Sánchez M, Ramírez Moreno A, Siles Rubio JR, Mesa Rubio MD, Franco Zapata M, et al. Absceso de la confluencia mitroaórtica y perforación de la válvula mitral en un paciente con una endocarditis por *Brucella*. *Rev Esp Cardiol* 1998;51:1002-5.
- Anguita M, Díaz V, Bueno G, López-Granados A, Vivancos R, Mesa D, et al. Pericarditis brucelosa: dos formas diferentes de presentación para una etiología poco frecuente. *Rev Esp Cardiol* 1991;44:482-4.
- Chocarro Matínez A, González López A, Zuazola P, García García I. Pericarditis brucelar. *An Med Interna (Madrid)* 2002;19:50-1.
- Marcos Sánchez F, Vázquez García A, Juárez de Ucelay F, López Anega P, Durán Pérez-Navarro A. Afección pericárdica y miocárdica como forma de presentación de brucelosis. *An Med Interna (Madrid)* 1991;8:100-1.
- Ugartemendia MC, Curós-Abadal A, Pujol-Rakosnic M, Pujadas-Capenany R, Escrivá-Montserrat E, Jané-Pesquer J. *Brucella mellitensis* pericarditis. *Am Heart J* 1985;109:1108.
- Villaverde M, Gurini L, González A, Cohen R. Febrile syndrome: myocarditis and brucellosis. *Medicina (Buenos Aires)* 1995;55:145-6.