

GACETA MEDICA DE MEXICO

ORGANO DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA

Registrado como artículo de 2ª clase en la Administración de Correos
de México, D. F., con fecha 21 de marzo de 1939

TOMO LXXX

JUNIO DE 1950

NUM. 2

TRABAJOS ACADEMICOS

ESPONDILITIS BRUCELOSICA *

Por el Dr. JUAN FABILL,
académico de número.

Me ha parecido importante traer a la consideración de esta Academia un caso de espondilitis brucelósica que he tratado desde sus comienzos, ya que desgraciadamente la morbilidad de la brucelosis aumenta cada día más en nuestra Patria, las complicaciones esqueléticas son de las más constantes en ella y su diagnóstico es a menudo difícil de establecer.

De entre las artropatías que produce esta enfermedad, la localización vertebral es de las más frecuentes, y aunque en los últimos años las publicaciones sobre este tema no han sido raras, se puede ver que si bien existen puntos en los que coinciden en cuanto a sintomatología y evolución, hay todavía muchos en los que el lector se halla desorientado. Desconozco la descripción anatómo-patológica de las lesiones esqueléticas en el hombre, aunque supongo que ya deben haber sido hechos estudios sobre este tópico tan interesante, siendo lógico pensar que sus resultados tengan que diferir con los obtenidos en los animales, pues la postura erecta de la raza humana modifica las condiciones mecánicas del esqueleto y las fuerzas de tensión y presión sobre éste, haciendo que, con excepción de las de los primates, sean verdaderamente únicas.

En el cerdo, Bishop ha encontrado que las espondilitis predominan en la región lumbar, iniciándose las lesiones en el tejido esponjoso de las

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 20 de junio de 1948.

epífisis, dando lugar a abscesos dentro de los cuerpos vertebrales o en los meniscos, de forma irregular, llenos de materia pastosa blanco-amari-llenta o de substancia caseosa, con secuestros ocasionales, que dan lugar en su superficie a reacciones osteogénicas, sobre todo en la parte anterior de los cuerpos, formando asas que unen una vértebra con otra. Las lesiones agudas presentan la forma de verdaderas osteomielitis o artritis. Las crónicas muestran esclerosis durante el proceso infiltrativo, que las hace diferenciarse entonces ya de las de origen tuberculoso y terminan en muchos casos con verdaderas sinostosis (Figs. 3 y 4) y aun fusión con el aspecto de osteoartritis localizadas. El menisco, aunque atacado y disminuido de volumen a la vez, pierde más de la mitad de su altura. Se observa casi siempre la localización en la parte anterior del cuerpo vertebral, conociendo el autor sólo el caso que publica Dobelle, en el cual la lesión inicial y la destrucción se presentaron en la parte postero-inferior del cuerpo de la 4ª lumbar, en una mujer embarazada, cuyos síntomas comenzaron en el cuarto mes, debiendo recordarse que en la gravidez, las condiciones estáticas y dinámicas de la columna vertebral son bien distintas, a tal grado que en la experiencia del autor se ha llegado a presentar en estas condiciones, la fractura espontánea de un buen injerto huesoso aplicado hacía varios años en la región sacro-lumbar. Los abscesos son frecuentes, aunque no tienden habitualmente a abrirse al exterior y sí a absorberse espontáneamente o después de puncionarse, siempre que se atienda el estado general y local del enfermo. Su aspiración da a menudo salida a cantidad abundante de pus estéril, aunque en ocasiones este es riquísimo en brucefas.

Barceló señala un 75% de sus casos de espondilitis brucelósica con localización lumbar, prestándose a confusión la forma osteolítica (23%) con el mal de Pott; y las hipertróficas (39%) con las osteoartritis.

Se ha hallado que esta lesión puede ser producida, igualmente, por la *brucella melitensis*, por la abortus y por la porcina (Bishop). Cjfelhau Levine señala la relación estrecha de quienes padecen esta enfermedad con el manejo de animales o de los productos de éstos, susceptibles de padecerla, y hace hincapié en que muchos de ellos eran trabajadores de empa-cadoras, rastros, granjas, etc., que no manejaban la carne pero que sí la comían sin estar completamente cocida, lo que es importante para valorar debidamente los datos anamnésicos. Desde el punto de vista sanitario tiene esto una trascendencia enorme, pues los enfermos, frecuentemente sin síntomas de brucelosis, manejan alimentos que van a contaminar al

público. Debe pues investigarse por todos los medios posibles la existencia de brucelósicos o portadores entre los trabajadores relacionados con la obtención, almacenamiento, preparación, conservación y venta de productos alimenticios de origen animal. Tenemos conocimiento que por sistema se hace ya en Torreón, Coah.

Como sabemos, las artralgias y las mialgias son síntomas comúnmente hallados en los enfermos de fiebre ondulante y el autor ha visto con qué atención los internistas tienen cuidado de estos síntomas y cómo luchan para prevenir que las lesiones avancen. En estos casos el problema es terapéutico.

Mas existen numerosos casos sin más síntomas que las artralgias o las mialgias, que concurren al consultorio para ser tratados y en los cuales se hace diagnóstico de artritis reumática, de reumatismo poliarticular, de tuberculosis esquelética, de lesiones de origen mecánico de las articulaciones, de neuritis, etc., y que, como es lógico, no sólo no mejoran sino que tienden a agravarse. En estos casos la clínica, ayudada del laboratorio y de los rayos X, puede establecer el diagnóstico aunque tenga que llegarse a él por exclusión. Lo que se necesita es que el médico piense en la posibilidad etiológica brucelar. De otro modo, el enfermo irá de consultorio en consultorio buscando su alivio hasta que la evolución misma del padecimiento y sus síntomas generales establezcan el diagnóstico. Es conveniente no olvidar que esta enfermedad, que hasta hace 30 años se tenía como exótica en nuestro país, cada día se presenta con mayor morbilidad. Los datos de la Dirección de Higiene de la Secretaría de Salubridad señalan que los casos reportados, que como sabemos son una minoría con relación a los existentes, han aumentado en la República de 636 en 1939 a 1471 en 1947, ésto es a más del doble, sin tener en cuenta los que, por no presentar síntomas generales, ignoran que están enfermos.

Si el problema terapéutico es durísimo en la brucelosis, el diagnóstico no lo es menos cuando se trata de individuos que relacionan su enfermedad sólo a molestias locales y en los que no hay síntomas generales o no les dan la debida importancia, ya que cuando la enfermedad ha sido reconocida es lógico asociar a ella los trastornos concomitantes. Es sabido que la brucelosis existe en muy numerosas personas sin manifestaciones patológicas y también se debe recordar que, con excepción del cultivo positivo de brucelas, el resto de las pruebas de laboratorio no es definitivo en el 100% de los casos, por más que casi siempre orienten

al diagnóstico. Además, la sintomatología es tan inconstante, tan caprichosa y tan variable, en general y aun en el mismo enfermo, que el clínico se halla sin una pauta clara y precisa para establecer su diagnóstico.

Los dolores articulares y musculares triviales se presentan en los brucelosos sin ningún ritmo, aunque es frecuente que se agraven en los períodos apiréticos y también con los movimientos y la gravitación, sin que desaparezcan siempre en estas ocasiones, completamente, con el reposo. Cuando hay lesiones destructivas u osteogénicas demostradas por los rayos X, el síntoma dolor se hace más constante, lo que debe atribuirse a la añadidura del proceso destructivo y del factor mecánico en su causa. Cuando no es así, se manifiesta desde la forma de cansancio doloroso hasta la crisis bien intensa con contractura muscular antiálgica. Cede habitualmente a los analgésicos generales y a la aplicación tópica de novocaina. La tracción y la inmovilización lo alivian. Súbita o gradualmente suele desaparecer en mayor o menor grado para permitir al enfermo proseguir aun el ritmo de una vida activa, aunque esto no es lo frecuente. Cuando es resultado de una verdadera artritis con manifestaciones inflamatorias locales, pueden encontrarse clínica y radiológicamente verdaderas artritis supuradas y osteomielitis; en estos casos la evolución es lenta, de mayor intensidad en sus síntomas y de evolución más severa. En los casos agudos, en los que predomina el dolor con cuadro general infeccioso, puede confundirse con la osteomielitis piógena, tanto más cuanto que en los estados agudos no se piensa por regla general en el origen brucelar. Debe recordarse que, desde la publicación en 1943 de un caso de osteomielitis brucelar por Kulowski, los reportes se han repetido.

Como datos de observación debe consignarse que las artralgiás pasajeras son aberrantes y atacan a menudo varias articulaciones, teniendo predilección por las de la columna vertebral, cadera y rodilla, quizá debido a sus funciones mecánicas, y que estas mismas coyunturas son el sitio de predilección de las artritis brucelósicas, predominando notablemente la espondilítica.

En la localización vertebral el disco vertebral no permanece indemne y al examen radiológico se halla aplanado, aunque rara vez totalmente, concidiendo esto con la halisteresis o con cambios hipertróficos. Cuando su ataque es ligero, la evolución es hacia la mejoría y se protege correctamente la articulación; la restitución puede ser "ad-integrum". Síntomas radiculares y neuríticos pueden agregarse a los anteriormente expuestos que complican más el diagnóstico.

La formación de abscesos es clínicamente apreciable en numerosos casos de artritis brucelósica, ayudando en algunas ocasiones los rayos X a confirmarlos aunque en forma indirecta, por la deformación de la sombra del músculo psoas-iliaco. El autor estima que su existencia debe ser casi constante, sólo que en algunos casos son tan pequeños o tan profundos que no pueden comprobarse clínicamente, evolucionando en su mayoría hacia la absorción. Esta idea es una conclusión de los datos anatómopatológicos mencionados por Bishop.

La coexistencia de traumatismos o esfuerzos violentos o prolongados y los datos anamnésicos de infecciones palúdicas pueden aún oscurecer más el diagnóstico en las formas agudas. En los crónicos, la evolución, el fracaso de los tratamientos usados y las pruebas de laboratorio ayudan grandemente al diagnóstico.

La citología hemática en la brucelosis no presenta un cuadro característico, aunque lo frecuente es que exista linfocitosis con neutropenia, y, menos constante, leucopenia y ligera eosinofilia.

Como se ve, son muchos los signos y síntomas de las artritis brucelósicas que pueden dificultar o hacer imposible el diagnóstico por la forma caprichosa en que se presentan, teniendo el autor presentes los siguientes datos para su diferenciación con las entidades que más comúnmente se confunden con ellas:

Las artropatías piógenas, consecutivas generalmente a algunas infección estafilocócica o estreptocócica, habitualmente se presentan de modo violento con cuadro febril alto, dolor y síntomas inflamatorios locales muy pronunciados, constituyendo, cuando la infección ha sido llevada por vía sanguínea, verdaderas septicemias. La leucocitosis acentuada y la neutrofilia ayudan a establecer el diagnóstico que los antibióticos comprueban más tarde. Las radiografías en el estado agudo lo más que pueden mostrar son el borramiento de los contornos y la imagen poco nítida en comparación con el lado sano. En el período subagudo la halisteresis y la destrucción del cartílago articular, que se manifiesta por la disminución del espacio, son los signos radiológicos principales. En el período crónico, las erosiones de las superficies articulares, la osteoporosis, la coexistencia de lagunas de destrucción con las de esclerosis ósea y la sombra de abscesos forman la sintomatología que se obtiene por los rayos X. Clínicamente, la formación y apertura de los abscesos, cuyo contenido debe examinarse bacteriológicamente antes de la contaminación secundaria y el agravamiento o la mejoría del estado general, son la regla.

Si los cuidados ortopédicos se olvidan, a pesar de llevarse a la práctica los de índole general y etiológica, las complicaciones articulares son la regla, principalmente en forma de limitación de movimientos, dolor articular, anquilosis ósea o luxación patológica.

Las artropatías tuberculosas son monotópicas, se inician lentamente y de modo progresivo, acompañándose de febrículas que a menudo son insospechadas. El estado general es atacado gradualmente; el dolor articular agravado por la gravitación y el movimiento y mejorado por el reposo, llega después hasta los gritos nocturnos. La adenitis regional, las deformaciones que se hacen notables y la atrofia muscular, la anorexia y el insomnio por temor a la relajación muscular, que origina los dolores, son síntomas que se instalan casi a un tiempo, pero no de modo brusco. Las pruebas a la tuberculina positivas son valiosísimas en los niños pequeños; mas en los adultos esta positividad no tiene mucha importancia sobre todo en los que viven en los grandes centros de población; pero el hecho de que resulten negativas sí puede descartar, casi siempre, esta causa; la citología hemática y la fórmula leucocitaria no tienen valor especial y a menudo no sufren variación más allá de la demostración de anemia. El hallazgo del bacilo de Koch es la única prueba definitiva del origen fímico. La imagen radiológica negativa en las primeras semanas, muestra halisteresis segmentaria, pellizcamiento del espacio articular, erosiones de las superficies huesosas, osteoporosis, pequeños abscesos intraóseos con secuestros y luxaciones o subluxaciones intra-articulares. La curación se manifiesta por la esclerosis ósea y por la calcificación de los abscesos.

En las artritis post-tifoidicas los antecedentes, las reacciones de aglutinación positivas, la leucopenia, y la mejoría con la administración de la estreptomycin, de las vacunas o de las inmuno-transfusiones, ayudan a establecer el diagnóstico. Más dificultad para conocer el etiológico se halla en las de origen colibacilar, excepto en los casos de colibacilosis bien conocidos, pues las reacciones de aglutinación son negativas a los tíficos y paratíficos, la leucocitosis y la fórmula leucocitaria se hallan en los límites normales y el cuadro clínico apirético o con temperaturas caprichosas y dolor variable engaña. El urocultivo, la investigación del germen en el líquido de la punción articular, cuando ésta es posible, y la mejoría con la estreptomycin, serán la clave del diagnóstico causal. Las infecciones por salmonelas se encuentran en situación parecida.

Las artralgias y las artritis por focos infecciosos a distancia son apiréticas, se acompañan de astenia, no presentan hidrartrosis ni reacción ganglionar; las pruebas de laboratorio son negativas; la administración de antibióticos no siempre las mejora, el salicilato de sodio actúa en su papel antiálgido, y su sintomatología, generalmente de intensidad media, es caprichosa. La investigación de infecciones dentarias, rino-faríngeas, prostáticas, ginecológicas y vesiculares, y la mejoría por el tratamiento de ellas aclara el diagnóstico.

La artritis reumatoide a menudo politópica, acompañada de febrículas, poco aumento de volumen de las articulaciones, con períodos de mejoría y agravación de evolución lenta, con cuadro radiológico que en su evolución muestra solamente atrofia, disminución del espacio, deformaciones posturales, anquilosis frecuente, ausencia de las destrucciones típicas de las tuberculosas, aceleración del tiempo de sedimentación, anemia e inversión de la relación albúmina-globulina, y el hecho de presentarse en individuos adultos jóvenes de hábito asténico, ayudan a establecer el diagnóstico.

La fiebre reumática que se presenta en niños y adultos jóvenes, preferentemente, de principio brusco o gradual, con temperaturas altas, sudoración profusa, astenia, dolores intensos articulares en forma migratoria, de preferencia en las grandes, resolviéndose casi siempre en dos o tres semanas favorablemente; con ataque al corazón, y los antecedentes de corea o de eritemas y la aceleración notable de la sedimentación globar, aclaran el cuadro.

La gota con su sintomatología súbita y repetida de dolores intensos, de comienzo y agravación nocturnos, atacando a adultos mayores de 45 años, grucos, con localización frecuente en la articulación metatarsfalangina del primer dedo del pie, las deformaciones de esta articulación y de las manos por tofos que también se hallan en las orejas, el aumento de ácido úrico en la sangre, la mejoría con la colchicina y el hallazgo de los tofos radiotranslúcidos sobre la sombra huesosa establecen el diagnóstico.

La osteoartritis, proceso crónico que afecta adultos de edad madura, de constitución robusta, con dolores articulares soportables, agravados por el ejercicio y mejorados por el reposo, sin fiebre, con ataque frecuente de varias articulaciones, sin modificación de la leucocitosis, de la forma leucocitaria ni del tiempo de sedimentación, con deformaciones articulares que pueden limitar la motilidad pero rara vez producen an-

quilosis excepto en la columna vertebral, y la existencia de cambios hipertróficos politópicos en las radiografías, no se presta a confusión con las artropatías brucelósicas.

Por la enumeración breve de los principales signos y síntomas diagnósticos de las artritis brucelósicas y de los procesos anteriormente enumerados, se verá que teóricamente se puede llegar a un diagnóstico. Debemos repetir que este es más fácil cuando sabemos que el paciente sufre de brucelosis; pero que lo difícil es establecerlo cuando esto no se sabe ni se sospecha por la benignidad de los síntomas. En estos casos se puede sospechar o llegar a él sólo por exclusión. El caso que vengo a presentar en esta ocasión es una demostración de esta dificultad, constituyendo sus radiografías en serie un documento importante para estudiar la evolución de este padecimiento.

A. S. I., de rama mestiza, de 51 años de edad, casado, militar, vecino de esta ciudad, se presentó a consulta el 12 de enero de 1945, quejándose de cansancio doloroso en ambas rodillas desde hace como 4 semanas, aumentado por la fatiga a tal grado que no puede caminar más de 6 o 8 cuabras sin tener que descansar. El reposo alivia sus molestias, pero no las hace desaparecer. No recuerda haber sufrido ningún traumatismo ni haber practicado la equitación o algún otro ejercicio en forma violenta o prolongada. No hay datos recientes de ninguna infección y, entre los patológicos personales, refiere sólo haber sufrido de paludismo cuyas crisis febriles le repiten rara vez. De pequeño sufrió de sarampión, varicela y tos ferina. En general ha sido un hombre sano, no fuma ni toma bebidas alcohólicas y lleva una vida muy metódica desde joven. No recuerda haber sufrido de otras articulaciones, ni de esta molestia en las rodillas anteriormente. En la actualidad no hay síntomas generales ni algún otro local además del anteriormente expuesto. La exploración física da resultados negativos, excepto dolor ligero a la presión sobre los paquetes grasosos de la rodilla, moviendo éstas libremente y sin dolor aunque sí con adolorimiento. No hay hidrartrosis y las pruebas para sus ligamentos laterales y cruzados y para los meniscos son negativas. No presenta adenitis inguinal. El aspecto de las rodillas es normal en todas sus partes. Las condiciones estáticas de sus pies son normales y la exploración del resto de sus articulaciones y la de sus aparatos no muestra nada patológico o anormal. Las radiografías de las articulaciones motivo de su consulta, son negativas. Se prescribió reposo, calor y un vendaje elástico sin resultado. Las medidas fisioterápicas, la administración

de vitamina B₁ y algunas modificaciones en su calzado tampoco lo mejoraron; lo dejé de ver algunos meses, aunque sabía que era debido a un paludismo que lo tenía recluso en el Hospital Militar. Me informó, meses después, que en virtud de llegar resfriado y con malestar en las tardes a su casa pensó que se tratara de paludismo, cosa que fué descartada en el nosocomio de referencia. El tratamiento antirreumático tampoco tuvo éxito. Los exámenes en ese Hospital fueron positivos a la Fiebre de Malta. Sus gonalgias se intensificaron en ocasión de ese período febril que tuvo lugar en abril de 1945. Fué tratado con transfusiones y sulfas principalmente. Poco después la fiebre ondulante, el decaimiento, la astenia y la anorexia hicieron su aparición, pero no se encamó a pesar de la prescripción médica. El diagnóstico de brucelosis fué confirmado en el Servicio correspondiente del Hospital General a cargo del Dr. M. Ruiz Castañeda. En julio de 1946 hizo un viaje a los Estados Unidos y al regreso en ese mismo mes sufrió un agravamiento de sus síntomas generales y de las molestias de sus rodillas, presentándose una lumbalgia intensa que lo postró en cama, empeorada por los movimientos aún más ligeros, siéndole imposible sentarse o ponerse de pie. El dolor no desapareció con el reposo. Tratado por un especialista no mejoró en sus dolores ni en su cuadro febril, síntomas que desaparecieron en noviembre de ese año. En noviembre de 1946 regresó a consulta, siendo entonces fácil pensar en una espondilitis brucelósica, diagnóstico que fué comprobado por la radiografía (Figs. 1 y 2). Tratado de su infección con transfusiones sanguíneas, MBP, vitaminas y antisépticos generales fué mejorando paulatinamente hasta febrero de 1947, que fué cuando ya se sintió casi normal aunque su lumbalgia persistía en forma atenuada. En ocasiones ésta desaparecía hasta hacerle olvidar su lesión. En abril del propio año sufrió un agravamiento de sus dolores lumbares en forma muy intensa, irradiados a los miembros inferiores por su parte posterior, siguiendo el trayecto de los ciáticos, no presentando fiebre ni síntomas generales. La sensibilidad objetiva, los reflejos, la movilidad y las pruebas eléctricas resultaron negativas. La última crisis dolorosa la sufrió en abril del corriente año. Ha mejorado notablemente con su tratamiento general antes dicho, quedando solo ligero cansancio en los miembros inferiores y a veces astenia. La lumbalgia ha desaparecido y empieza a descartar el uso del corset ortopédico. Sus movimientos son libres y las molestias de las rodillas rara vez se presentan y eso en forma ligera y por muy poco tiempo.

Las radiografías (Figuras 1 y 2), tomadas el 2 de noviembre de 1946, muestran disminución ligera del espacio articular entre tercera y cuarta lumbares, una pequeña zona destructiva del ángulo antero-superior del cuerpo de la cuarta y halisteresis moderada de esta misma vértebra. En las segundas (Figs. 3 y 4), tomadas el 22 de abril de 1947, la destrucción dicha es más notable aunque no ha aumentado considerablemente en área. La disminución del espacio es más considerable, se nota esclerosis en la parte superior de esa vértebra y en la inferior de la 3ª y una sombra de calcificación que corresponde al ligamento anterior y al espacio articular entre ambos cuerpos. En la vista antero-posterior, de la misma fecha, al parecer no existe atrofia huesosa; pero si la formación de una asa intervertebral entre la tercera y la cuarta lumbares del lado izquierdo y cambios hipertróficos sobre el lado derecho. El espacio articular se encuentra disminuido, y más aún del lado derecho.

En la proyección lateral del 2 de marzo del corriente año se nota la formación de un puente inter-vertebral en la parte anterior, disminución del espacio articular igual que en la lateral de abril de 1947, y desaparición de la esclerosis para presentar un aspecto trabecular y una condensación prácticamente normal en ambos cuerpos. En la antero-posterior del propio marzo no hay diferencia apreciable de la condensación, aunque las trabéculas son posiblemente más ensanchadas que en la de abril del año pasado. Las asas inter-vertebrales se ven fuertes y comprenden ambos lados de las vértebras. El espacio es similar al observado en la de la misma proyección en 1947. Radiológicamente se puede concluir en la existencia de una anquilosis ósea por cambios hipertróficos de tipo osteo-artrítico localizados exclusivamente a las vértebras tercera y cuarta lumbares.

El caso descrito muestra en forma clara los errores en que se puede incurrir y la dificultad grande que existe para elaborar el diagnóstico etiológico preciso, cuando no se cuenta con la observación larga y con síntomas generales que puedan inducir a la investigación de laboratorio. Un gran número de pacientes de brucelosis no presentan síntomas de la fiebre recurrente o los tienen en forma tan atenuada que no llaman su atención. En ellos pueden hacerse notables algunos como las artralgias, que inducen a error por no presentar un cuadro definido. Los fracasos terapéuticos, la evolución y los datos de laboratorio serán los que determinen la etiología, principalmente en los lugares en los que la fiebre ondulante no existe en forma constante y con una morbilidad acentuada.



Fig. 1. Espondilitis brucelósica.

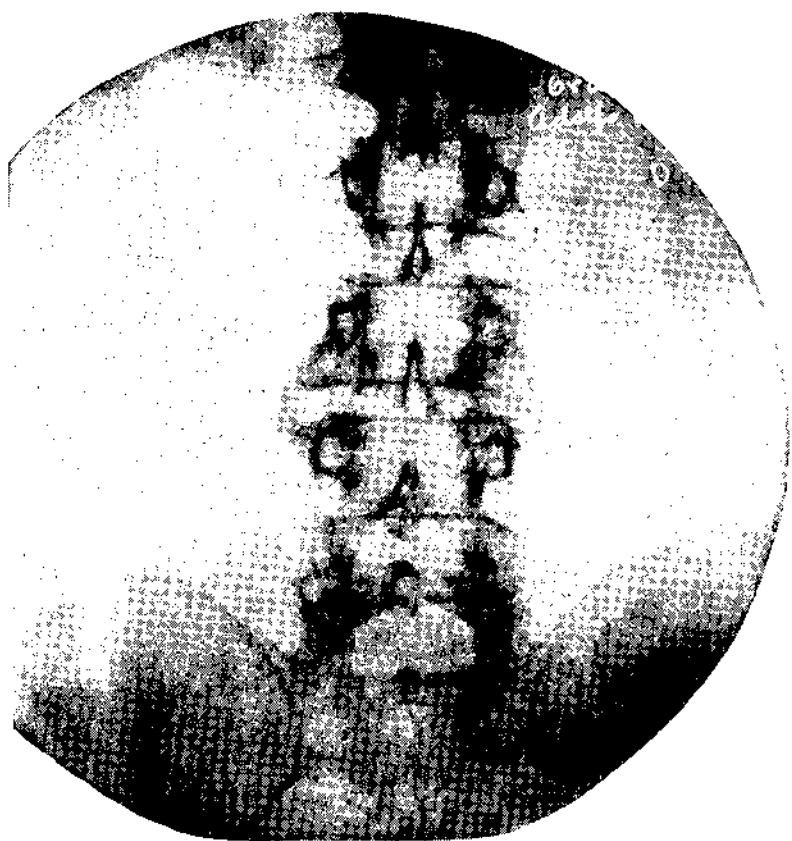


Fig. 2. Espondilítis brucelósien.



Fig. 3. Espondilitis brucelósica.



Fig. 4. Espondilitis brucelósica.