

Soledad Salvo<sup>1,2</sup>,  
Rafael Benito<sup>1,2</sup>,  
Miguel Angel de Gregorio<sup>2,3</sup>,  
Joaquina Gil<sup>1,2</sup>,  
Julián Cuesta<sup>4</sup>,  
Carmen Rubio<sup>1,2</sup>,  
Estrella Durán<sup>1</sup>

# Absceso primario de psoas por *Brucella melitensis* con resultados serológicos inesperados

<sup>1</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

<sup>2</sup>Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza.

<sup>3</sup>Servicio de Radiología Intervencionista. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

<sup>4</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Sr. Editor: la infección focal más frecuente de la brucelosis es la osteoarticular<sup>1-3</sup>, bien como sacroileitis en jóvenes o como espondilodiscitis lumbar en edades más avanzadas<sup>1</sup>. Estos cuadros, en raras ocasiones, se pueden complicar con absceso de psoas (AP)<sup>1,4-7</sup>. Más infrecuentes todavía son los AP primarios debidos a *Brucella*<sup>2,8</sup>. Presentamos un caso de AP primario por *Brucella melitensis* con resultados serológicos inesperados.

Se trata de un varón de 60 años, español, de profesión frutero, con antecedentes de infarto agudo de miocardio, diabetes mellitus tipo 2 y laminectomía por hernia discal L5-S1. Sin antecedentes epidemiológicos de interés. Acudió a nuestro hospital en noviembre de 2009 por presentar intenso dolor lumbar y dificultad para la deambulacion. La analítica sanguínea fue normal. Se realizó Tomografía Computarizada (TC) donde se objetivó agrandamiento del psoas lumbar izquierdo sin participación de psoas iliaco ni de otras estructuras de vecindad. En el seno de la masa muscular se apreció una cavidad hipodensa de 5x3x3 cm de bordes irregulares, compatible con absceso a este nivel. Contactando con el psoas y la aorta en su cara externa, se apreció una masa redonda de 4x4 cm con necrosis central y parcialmente calcificada. Existía comunicación entre ambas estructuras y se catalogó de lesión adenopática (figura 1A y 1B). No se evidenciaron alteraciones óseas ni discales. Se biopsió la lesión, se drenó mediante catéter pigtail de 8 French (Cook. Bjaeverskov, Denmark), y se remitieron muestras de exudado para cultivo. Se administró tratamiento antibiótico empírico con levofloxacino 500 mg /24h durante 3 semanas. El resultado de la biopsia informó de material inflamatorio sin mayor precisión. Los cultivos fueron negativos. Siendo la evolución clínica satisfactoria, se retiró el drenaje a las tres semanas.

En julio del 2010, fue hospitalizado por reaparición del dolor e impotencia funcional. Las pruebas de laboratorio fueron normales, excepto la VSG: 48 mm en la primera hora. En

la TC se evidenciaron los mismos hallazgos mencionados sin cambios en la morfología ni en el tamaño. Se realizó nuevo drenaje y se remitieron muestras de exudado para cultivo, incluidas micobacterias. No fueron solicitados hemocultivos, ni pruebas serológicas. A los 4 días de incubación, se aisló *Brucella* sp. El diagnóstico de especie se realizó en el Centro Nacional de Microbiología. La baciloscopia y el cultivo de micobacterias fueron negativos. Con el diagnóstico de AP por *B. melitensis*, se instauró tratamiento con doxiciclina 100 mg/12h y rifampicina 900 mg/día por vía oral, durante 7 semanas, asociándose las dos primeras semanas gentamicina 240 mg/ i.v /24h. El paciente, permaneció apirético, disminuyendo el dolor lumbar. Comprobada la eficacia del catéter, con débito e imagen negativos, se retiró tras 8 días (figura 1C).

Tras conocer el resultado del cultivo, se solicitaron pruebas serológicas: Rosa de Bengala (RB) (Cromatest®, Linear Chemical SL, Mongat, Barcelona, España) y seroaglutinación en tubo (SAT) (Cromatest®, Linear Chemical SL, Mongat, Barcelona, España) que resultaron negativos y la prueba de inmunocaptura (BCAP) (Brucellacapt®, Vircell SL Santa Fe, Granada, España) con un título de 1/160. En vista del mencionado perfil serológico, se realizaron: ELISA-IgM, ELISA IgG (Brucella ELISA IgM y Brucella ELISA IgG, Vircell SL Santa Fe, Granada, España), y ELISA-IgA y la prueba de Coombs. Éstas mostraron resultados positivos para IgG e IgA, negativos para IgM y títulos no significativos con la prueba de Coombs. Dichas pruebas serológicas fueron repetidas con posterioridad y su evolución se refleja en la tabla 1. El paciente fue dado de alta a las 4 semanas de su ingreso, permaneciendo actualmente asintomático.

Los AP debidos a *Brucella* son poco frecuentes, uni<sup>7,8</sup> o bilaterales<sup>1,2,4</sup>, la mayoría de los casos descritos en la literatura son complicaciones de espondilodiscitis que afectan por contigüidad al músculo psoas<sup>1,4-7</sup>. Excepcionalmente, pueden ser primarios en el curso de una brucelosis<sup>2,8</sup>. El diagnóstico definitivo de brucelosis se realiza a través del aislamiento de la bacteria en sangre, medula ósea o en otros tejidos pero sólo son positivos el 80% de los cultivos<sup>1</sup>. En la bibliografía revisada, el diagnóstico etiológico fue mayoritariamente serológico<sup>1,2,4,5,7,8</sup>.

Pese a la ausencia de antecedentes epidemiológicos, probablemente el paciente sufrió una infección brucelar años an-

Correspondencia:  
Soledad Salvo  
Servicio de Microbiología  
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa  
Avda. San Juan Bosco,15 C.P.50009 Zaragoza  
E-mail: sslavo@salud.aragon.es

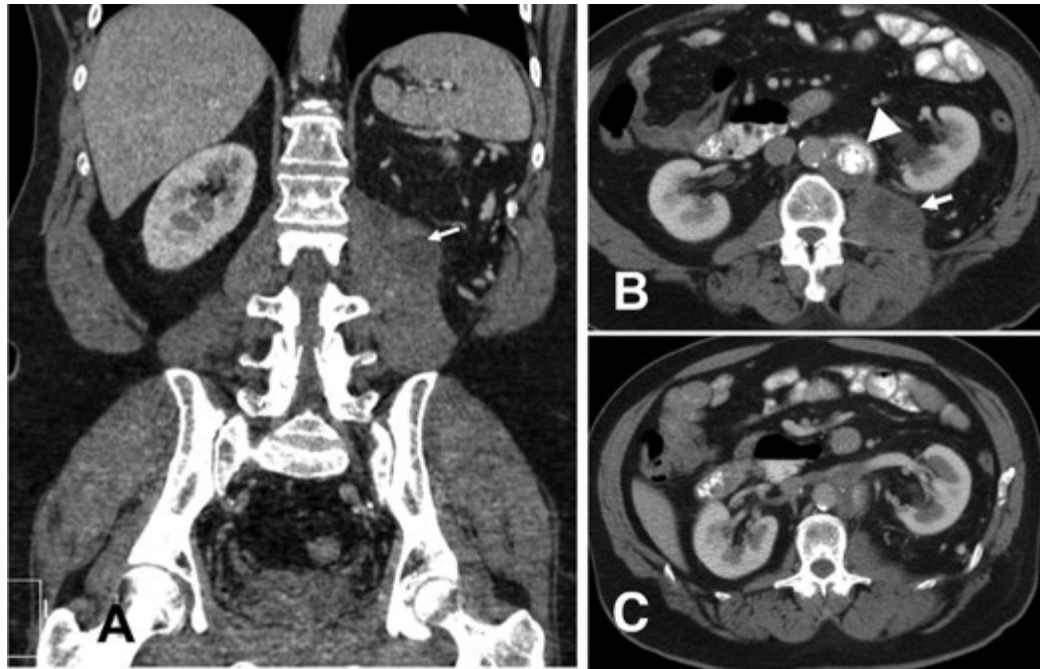


Figura 1

A: reconstrucción coronal en la que se observa el agrandamiento del psoas izquierdo con la formación abscesificada (flecha). B: corte sagital TC que muestra la colección del psoas (flecha) y la masa paraórtica calcificada (cabeza de flecha). C: evolución con resolución del absceso del psoas.

Tabla 1

## Resultados de las pruebas serológicas.

Días	CULTIVO	RB	SAT	BCAP	Índice EIA IgM	Índice EIA IgG	Índice EIA IgA	COOMBS
0	NEG							
+ 210	POS							
+ 15		NEG	NEG	1/160	NEG 1,61	POS 14,38	POS 29,08	1/40
+ 60		NEG	NEG	1/80	NEG 1,85	POS 13,60	POS 34,57	1/40
+ 15		NEG	NEG	1/160	NEG 1,71	POS 16,23	POS 34,48	1/40
+ 60		NEG	NEG	1/80	NEG 2,08	POS 13,33	POS 28,65	NEG

RB=Rosa de Bengala; SAT=Seroaglutinación en tubo; BCAP: Inmunocaptura

tes del episodio actual, que pasó desapercibida y que explicaría la calcificación parcial y los resultados serológicos compatibles con infección antigua. Dicha infección persistió en forma de foco en el psoas izquierdo, con baja concentración bacteriana y sin provocar bacteriemia. La lesión se reactivó en 2009 y el tratamiento con levofloxacino logró controlar, en parte, la infección. Tras la reactivación del foco en 2010, reapareció la sintomatología y el aislamiento de *Brucella* permitió hacer el diagnóstico etiológico.

Llaman la atención los resultados de las pruebas serológicas. No sorprende la negatividad de RB y SAT, pero sí los títulos repetidamente no significativos de BCAP, prueba que se muestra intensamente positiva en pacientes con brucelosis crónica<sup>9,10</sup>. Los títulos, que oscilaron entre 1/80 y 1/160, podrían explicarse por una falta de estímulo antigénico desde el foco infeccioso, parcialmente calcificado. Los estudios serológicos para determinar los isotipos de inmunoglobulinas específicas y la prueba de Coombs fueron negativos para IgM específica, lo

que se explicaría por la cronicidad del caso y mostraron índices elevados de IgG e IgA, cuya actividad bloqueante explicarían la negatividad de las pruebas de aglutinación; sin embargo, BCAP y Coombs mostraron valores no significativos.

Queremos concluir que, a pesar de su baja incidencia, *B. melitensis* debe ser considerada en los casos de AP de evolución crónica. Nuestros resultados resaltan la importancia del cultivo y la posibilidad de resultados serológicos atípicos que pueden llevar a errores diagnósticos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Romero J, Martínez V, Pamplona M, Capitán C, Piedra J, Leiva O. Absceso de psoas brucelósico bilateral: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Actas Urol Esp* 2005; 29: 704-7.
2. Dudler J, Balegué F, Waldburger M. Bilateral primary psoas abscess. *Br J Rheumatol* 1994; 33: 988-90.
3. Buzgan T, Karahocagil M, Irmak H, Baran A I, Karsen H, Evirgen O et al. Clinical manifestations and complications in 1028 cases of brucellosis: a retrospective evaluation and review of the literature. *Int J Infect Dis* 2010; 14: 469-78.
4. Marrakchi C, Kilani B, Kanoun F, Abdelmalek R, Tiouiri H, Goubontini A et al. Melitococcal psoas abscesses: study of three cases and review of the literature. *Med Trop* 2006; 66: 261-5.
5. Kaya S, Sayil O. Psoas abscess due to brucellosis. *Trop Doct* 2009; 39: 124-7.
6. Penado S, Espina B, Campo JF. Absceso de psoas. Descripción de una serie de 23 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001; 19: 257-60.
7. Olivares D, Navarro-López V, Serrano R, López-García F. Brucellosis complicada con absceso de músculo psoas. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004; 22: 197-200.
8. Dufour-Gaume F, Pavic M, Karkowski L, Pasquet F, Rabar D, Meeus P et al. Pseudotumeur rétro-péritonéale: la brucellose autochtone reste d'actualité. Retroperitoneal pseudotumor related to native brucellosis in France. *Rev Med Interne* 2010; 31: 7-9.
9. Benito R, Durán E, Gil J, Rubio MC. Brucellosis osteoarticular: utilidad diagnóstica de las técnicas de inmunocaptura. *Med Clin* 2000; 114: 639-40.
10. Benito R, Durán E, Gil J, Rubio MC. Bacteriemia por *Brucella* con serología convencional negativa. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001; 19: 348-9.