

CASOS CLÍNICOS

Probable transmisión de la brucelosis por leche materna

I. Arroyo Carrera¹, M.J. López Rodríguez¹, A. Martínez Sapiña², A. López Lafuente¹, M.J. González García¹

¹Servicio de Pediatría. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres

²Servicio de Microbiología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres

RESUMEN

Introducción. La brucelosis es una zoonosis transmisible al hombre. El contagio es principalmente por consumo de leche no higienizada o sus derivados. Los casos en el primer año de vida son muy infrecuentes y sus vías de contagio son diferentes en esta edad.

Objetivo y material. Presentar 3 casos clínicos diagnosticados a los 7, 5 y 2 meses de edad donde la probable vía de contagio es la leche materna.

Conclusiones. Debemos pensar en la lactancia materna como posible vía de contagio de la brucelosis, ello nos permitirá el diagnóstico y tratamiento precoz de los niños afectados.

Palabras clave. Brucelosis, lactante, transmisión por leche materna.

INTRODUCCIÓN

La brucelosis es una zoonosis. El ser humano adquiere la enfermedad por contacto directo con un animal infectado por motivos profesionales o de ocio, o por consumo de alimentos procedentes de dichos animales⁽¹⁾. El contagio de humano a humano es muy infrecuente pero se ha demostrado por transfusión sanguínea, trasplante de médula ósea y sexual. La infección neonatal puede adquirirse por vía transplacentaria o durante el parto y después del nacimiento por la leche materna⁽²⁾.

La brucelosis tiene una distribución mundial y es todavía un importante problema de salud pública, sus áreas endémicas son Oriente Medio, el Mediterráneo, India y América del Sur. En nuestro país existen zonas con elevada incidencia, como la Comunidad Autónoma de Extremadura con brotes epidémicos ocasionales, en ellos la principal vía de contagio es el consumo de leche no higienizada o sus derivados. La brucelosis humana está producida por uno de los cuatro biovarios del género *Brucella*: la *B. melitensis* que infecta preferentemente a cabras y ovejas y es la más frecuente en España, incluyendo los casos infantiles; la *B. abortus*, que infecta preferentemente a los bóvidos; la *B. suis*

a los cerdos, y la *B. canis* a los perros. Estos gérmenes son cocobacilos aerobios gramnegativos⁽¹⁾.

Es una enfermedad sistémica que se manifiesta con expresividad muy variable, puede presentar una clínica aguda o sintomatología insidiosa, inespecífica y heterogénea. Ésta comienza al menos dos semanas después del contagio y en ocasiones puede ser difícil su diagnóstico. Los principales hallazgos clínicos son fiebre, artralgias y hepatoesplenomegalia. Las brucelas son capaces de sobrevivir y multiplicarse en las células del sistema reticuloendotelial, esto explica que la enfermedad tienda a presentar una evolución clínica larga con posibles recaídas⁽¹⁾. Los casos infantiles de brucelosis ocurren principalmente en la edad escolar, es muy infrecuente en niños de menos de un año y en esta edad debemos pensar en otras vías de contagio: congénita, transfusión de sangre en el período neonatal o lactancia materna⁽²⁾.

Describimos tres casos pertenecientes a dos brotes de brucelosis en una misma localidad rural de la Comunidad Autónoma de Extremadura: los dos primeros corresponden al primer brote en el año 1997 y el tercero al segundo brote en el año 2004. El diagnóstico se realizó a los 7, 5 y 2 meses de edad y la probable vía de contagio en los tres casos es la leche materna.

CASOS CLÍNICOS

El primer caso es una niña de 7 meses de edad que acude al hospital para control pediátrico por cambio de residencia familiar. Primera hija, no abortos anteriores, embarazo controlado de curso normal, parto vaginal eutócico a las 35 semanas de gestación, y un peso al nacimiento de 2.020 g. Alimentación desde el nacimiento con lactancia materna suplementada con fórmula adaptada comercial, desde los cuatro meses cereales sin gluten, no se introdujo ningún otro alimento. En la anamnesis realizada a los padres la madre comunicó que estaba en tratamiento de brucelo-

sis diagnosticada 15 días antes, en el hemocultivo se aisló *B. melitensis* y clínicamente se había manifestado con fiebre, malestar general, anorexia y cansancio sin artralgia. Ella reconoció el consumo de queso no higienizado desde dos meses después del parto. La niña estaba afebril y asintomática excepto que la madre refería que comía peor en las últimas dos semanas. En la exploración física presentaba ligera palidez de piel y mucosas, hepatomegalia de 4 cm y esplenomegalia de 3 cm. Hemoglobina: 10,9 g/dL; leucocitos totales: 15.300/mm³, 73% linfocitos; velocidad de sedimentación: 48 mm en la primera hora; GOT: 373 UI/L; GPT: 297 UI/L; Rosa de Bengala positivo; título de seroaglutinación: 1/1.280; título del Coombs antibrucella: 1/2.560. En el hemocultivo se aisló *B. melitensis*. Se retiró la lactancia materna y se comenzó tratamiento oral con trimetoprima-sulfametoxazol, mantenido durante ocho semanas y gentamicina intramuscular durante los primeros cinco días. La seroaglutinación se negativizó a los tres meses. A los 15 meses de vida ingresó por clínica de fiebre de un mes de evolución, sudoración y anorexia, en la exploración física tenía una hepatomegalia de 5 cm y una esplenomegalia de 3,5 cm. El Rosa de Bengala fue positivo, título de seroaglutinación: 1/320; título del Coombs antibrucella: 1/1.280, y aislamiento de *B. melitensis* en hemocultivo. Fue tratada con gentamicina parenteral durante cinco días + trimetoprima-sulfametoxazol y rifampicina oral durante ocho semanas. Buena evolución clínica con negativización de la seroaglutinación a los 4 meses. Posteriormente a este episodio no aparecieron nuevas recaídas en 5 años de seguimiento.

El segundo caso es un niño de cinco meses y medio que ingresa para estudio por diagnóstico materno de brucelosis 3 semanas antes, la sintomatología clínica materna había empezado 10 días antes del diagnóstico. El Rosa de Bengala materno fue positivo al diagnóstico pero había sido negativo una semana antes cuando se realizó dentro de un control de salud pública a los habitantes del pueblo donde ella vive cuando se conoció la existencia de un brote de la enfermedad. Título de seroaglutinación: 1/80; título del Coombs antibrucella: 1/640. No se obtuvo aislamiento de la brucella en los hemocultivos. Antecedente de ingesta materna de quesos no higienizados en varias ocasiones, la primera vez días antes del parto. Embarazo de curso normal, parto vaginal,

eutócico, a término. Peso al nacimiento: 3.800 g. Alimentación desde el nacimiento con lactancia materna suplementada con fórmula adaptada comercial, al principio del cuarto mes se suspendió la lactancia materna, aproximadamente 15 días antes del comienzo de la sintomatología materna. Al ingreso el niño estaba asintomático. En la exploración física presentaba una hepatomegalia de 4 cm y una esplenomegalia de 1 cm. Hemoglobina: 13 g/dL; leucocitos totales: 11.200/mm³, 66% linfocitos; velocidad de sedimentación: 11 mm en la primera hora; GOT: 140 UI/L; GPT: 103 UI/L; Rosa de Bengala: positivo; título de seroaglutinación: 1/20; título del Coombs antibrucella: 1/80; hemocultivo sin crecimiento. El paciente fue tratado con la misma pauta antibiótica que el primer caso y su evolución no presentó incidencias ni recaídas en 5 años de seguimiento.

El tercer caso es una niña remitida al hospital por el diagnóstico materno de brucelosis aguda cuando la niña tenía 15 días de vida. Embarazo sin patología, parto a término, eutócico, peso al nacimiento: 3.380 g. La madre permaneció asintomática durante la gestación y comenzó con febrícula 1 semana después del parto, ella reconoció el consumo ocasional de queso no higienizado pero fue imposible precisar el momento exacto. En el momento del diagnóstico materno, 15 días de vida, la niña estaba asintomática, se suspendió la lactancia materna y se realizó una prueba del Rosa de Bengala, una seroaglutinación y un hemocultivo, todas con resultado negativo. La niña fue revisada al mes y medio de vida y permanecía asintomática, se realizó un nuevo Rosa de Bengala, una seroaglutinación y un hemocultivo, siendo de nuevo negativos. A los 2 meses de edad fue remitida al hospital ante los antecedentes referidos y la presencia de fiebre e irritabilidad. En la exploración física se constató una hepatomegalia de 2 cm y una esplenomegalia de 1,5 cm que no presentaba en exploraciones previas. Se repitieron las pruebas diagnósticas con Rosa de Bengala positivo; título de seroaglutinación: 1/1.280, y crecimiento en hemocultivo de *B. melitensis*. Se realizó tratamiento con la misma pauta antibiótica que los casos previos con buena evolución sin recaídas en el primer año de seguimiento.

DISCUSIÓN

El contagio de la brucelosis de humano a humano es excepcional pero debemos pensar en él en los prime-

ros meses de vida durante la lactancia. La leche materna es una fuente de contagio potencial aunque frecuentemente no se piensa en ella. En la revisión de la literatura realizada sólo hemos encontrado siete casos en los que la probable vía de contagio fue la leche materna⁽³⁻⁸⁾, dos de ellos son los actuales casos 1 y 2. En ninguno de estos casos se consiguió aislar la brucella en la leche materna.

La vía de contagio de la brucelosis neonatal puede ser a través de la placenta o por exposición perinatal a fluidos infectados durante el parto^(2,9). En estas situaciones la madre padece la infección por brucella durante la gestación o se identifica una sintomatología que nos lleva a establecer el diagnóstico; el consumo de productos infectados es durante el embarazo y la clínica del niño debuta en el periodo neonatal. Si la infección es por vía transplacentaria, puede dar lugar a abortos o partos prematuros⁽¹⁰⁾. El contagio posnatal es posible a través de la leche materna, excepcionalmente se ha conseguido aislar *B. melitensis* en leche de mujer⁽¹¹⁾. En nuestros casos no se realizó cultivo de la leche materna en los pacientes 1 y 2, la madre del primer caso llevaba 15 días con tratamiento antibiótico y en el segundo caso se había suspendido la lactancia materna 1 mes antes, en el tercer caso se realizó cultivo de la leche materna sin conseguirse aislamiento de la brucella, esta madre llevaba en ese momento mes y medio de tratamiento antibiótico.

En nuestros 3 casos se cumplen varias circunstancias que hacen muy probable que la fuente de contagio sea la leche materna: el consumo de los derivados lácteos infectados fue exclusivamente después del parto en el caso 1 y en el caso 2 en varias ocasiones posparto, y únicamente en una antes del parto y sólo unos días antes; el momento de aparición de los síntomas maternos fue después del parto y el debut clínico en los niños fue más allá del periodo neonatal, el más precoz el tercer caso a los 2 meses de edad. Además hay datos diagnósticos que apoyan que la infección fue reciente, al menos en el segundo caso donde la madre dio negativa en la prueba del Rosa de Bengala 1 semana antes del diagnóstico cuando el niño tenía cuatro meses y medio y en el tercer caso donde las pruebas diagnósticas de la enfermedad fueron negativas en la niña a los 15 días y al mes y medio antes de ser positivas en el momento del diagnóstico a los 2 meses de vida. Estos niños no consumieron ningún producto animal infectado y no recibieron trans-

fusión de sangre, sin embargo no podemos descartar con total seguridad la posibilidad del contagio congénito o intraparto.

CONCLUSIONES

Debido a que la leche materna es una posible vía de contagio de la brucelosis, debemos pensar en ella sobre todo en áreas de elevada incidencia. Cuando una madre lactante sea diagnosticada de la enfermedad debe suprimirse la lactancia materna y el niño debe ser estudiado con la realización de un seguimiento posterior para descartar o confirmar la infección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Young EJ. Brucellosis. In: Feigin RD, Cherry JD, Demmler GJ, Kaplan SL (eds.). *Textbook of pediatric infectious diseases*. 5th ed. Philadelphia: Saunders; 2004. p. 1582-8.
2. Lubani MM, Dudin KI, Sharda DC, et al. Neonatal brucellosis. *Eur J Pediatr* 1988; 147: 520-2.
3. Lubani M, Sharda D, Helin I. Probable transmisión de brucellosis from breast milk to a newborn. *Trop Geogr Med* 1988; 40: 151-2.
4. Al-Eissa YA. Probable breast-milk borne brucellosis in a young infant. *Ann Trop Pediatr* 1990; 10: 305-7.
5. Varon E, Cohen R, Bouhanna CA, Canet J, Janaud JC, Geslin P. Brucellose chez un nourrisson de 3 mois. *Arch Fr Pediatr* 1990; 47: 587-90.
6. Barroso Espadero D, Arroyo Carrera I, López Rodríguez MJ, Lozano Rodríguez JA, López Lafuente A. Transmisión de brucelosis por lactancia materna. Presentación de dos casos. *An Esp Pediatr* 1998; 48: 60-2.
7. Palanduz A, Palanduz S, Güler K, Güler N. Brucellosis in a mother and her young infant: Probable transmisión by breast milk. *Int J Infect Dis* 2000; 4: 55-6.
8. Palanduz A, Telhan L, Yildirmak Y, Memioglu N, Arapoglu M, Kayaalp N. Brucellar arthritis of knee in a child. *J Paediatr Child Health* 2005; 41: 76-7.
9. Singer R, Amitai Y, Geist M, et al. Neonatal brucellosis possibly transmitted during delivery. *Lancet* 1991; 338: 127-8.
10. Chheda S, López SM, Sanderson EP. Congenital brucellosis in a premature infant. *Pediatr Infect Dis J* 1997; 16: 81-3.
11. Al-Mafada SM, Al-Eissa YA, Saeed ES, Kambal A. Isolation of *Brucella melitensis* from human milk. *J Infect* 1993; 26: 346-8.