

PSITACOSIS: COMENTARIOS CLINICO-EPIDEMIOLOGICOS A PROPOSITO DE TRES CASOS OCURRIDOS EN UNA FAMILIA

A. IZQUIERDO DEL AMO, D. FERRER
MARIN-BLAZQUEZ, L.A. OTERO OCHOA, S. GARCIA
RULL, A.E. DELGADO PEREZ y A. SUEIRO BENDITO

Servicio de Neumología.
Centro Especial de la S.S. «Ramón y Cajal».
Madrid.

Introducción

La psitacosis es una enfermedad infecciosa que afecta frecuentemente a diversas aves y puede ser transmitida al hombre. Su aparición en humanos es multisistémica, con predominio de la afectación pulmonar. Su agente etiológico, la *Clamidia psittaci*, es poco frecuente en nuestro medio, incidiendo esporádicamente en pequeñas epidemias en todo el mundo¹.

Aunque en un principio se creyó que la enfermedad estaba limitada a la especie «psitacides», posteriormente se ha comprobado que afecta alrededor de 90 especies de aves, por lo que algunos autores consideran más correcta la denominación de ornitosis.

La *Clamidia psittaci* se encuentra en la sangre, tejidos, plumaje y deyecciones de los pájaros infectados. El hombre adquiere la enfermedad por la inhalación de las escretas infectadas, aunque también por la manipulación de las aves enfermas o

sus vísceras². La transmisión hombre-hombre, aunque comprobada, es rara³.

El período de incubación varía de 7 a 14 días. La clínica varía desde un síndrome gripal hasta la insuficiencia respiratoria e incluso la muerte⁴. La forma más habitual de presentación es un cuadro gripal con tos, fiebre, artralgias, mialgias de predominio en cuello y espalda, y cefaleas. La enfermedad, además de pulmón, puede afectar a otros órganos, como el corazón, produciendo miocarditis, pericarditis y endocarditis⁵, sistema nervioso central, aparato urinario y tracto digestivo⁶.

Casos clínicos

Los tres pacientes afectados, son miembros de una misma familia (padres y una hija) y eran las únicas personas que vivían en la casa. Como dato de interés hay que indicar que tenían cuatro periquitos aparentemente sanos, aunque uno de ellos murió posteriormente. Todos los pájaros llevaban varios meses en el domicilio.

Caso n.º 1: Mujer con 69 años, sin antecedentes clínicos de interés, que comenzó 10 días antes del ingreso con fiebre alta no termometrada, tiritona franca y sudoración profusa. Crepitanes en base y región anteroinferior de hemitórax izquierdo. Bioquímica: GOT de 47, GPT de 94 y LDH de 355U/l. Ra-

Recibido el día 28 de diciembre de 1981.

diológicamente mostraba un patrón alveolar en llingula y lóbulo inferior izquierdo. La serología para psitacosis, mediante fijación de complemento, en los días 10 y 25 de enfermedad mostraba un título de 1 : 16 en ambas determinaciones. Leucocitos de 21300 con 83 % de polimorfonucleares.

Caso n.º 2: Varón de 63 años, esposo de la paciente anterior, sin antecedentes de interés, que comienza 11 días antes de la consulta con un cuadro de inicio brusco de afectación del estado general, fiebre de hasta 40 °C, varios episodios de tiritona y dolor pleurítico en hemitórax derecho. Había recuperado el bienestar general y el apetito con desaparición de la fiebre desde cinco días antes. El único dato de interés en la exploración clínica era la auscultación de crepitantes en base derecha.

La bioquímica, el hemograma y la fórmula leucocitaria eran normales.

En la placa de tórax se visualizaba un denso patrón alveolar en el lóbulo inferior derecho.

La serología para psitacosis, realizada los días 13 y 24 desde el inicio de la clínica, mostraba un título en ambas ocasiones de 1 : 32. El enfermo fue tratado a partir del treceavo día de enfermedad, durante 10 días, con tetraciclina oral (2 g/día), desapareciendo las alteraciones clínico-radiológicas al finalizar dicho tratamiento.

Caso n.º 3: Hembra de 38 años, hija de los pacientes anteriores, sin antecedentes de interés. Diez días antes de ser vista en consulta comenzó de forma brusca con malestar general, fiebre superior a 40 °C, escalofríos y tiritona durante varios días. A partir del quinto día de enfermedad inició una mejoría progresiva, encontrándose en el momento de la consulta asintomática con exploración normal.

Bioquímica, hemograma y fórmula leucocitaria normales. No presentaba alteraciones en la placa de tórax.

El estudio serológico para psitacosis, realizado los días 12 y 23 desde el inicio del cuadro fue 1 : 8 en ambas determinaciones. Como en los otros dos pacientes, no hubo recaída posterior después del tratamiento con tetraciclina.

En ninguno de los tres enfermos se encontraron títulos significativos para *Mycoplasma pneumoniae*, fiebre Q, influenza A, B o adenovirus.

La serología para enfermedad de los legionarios (G 1 y G 2) fue también en todos los casos negativa.

Discusión

El diagnóstico de psitacosis se hace normalmente por serología, considerándose como caso confirmado, cuando el enfermo presenta signos y síntomas compatibles con la enfermedad (fiebre, escalofríos, diaforesis, mialgias, cefaleas), y un aumento de cuatro veces o más del título serológico para *C. psittaci* entre dos muestras tomadas con una diferencia de dos o más semanas.

Se habla de enfermedad probable cuando a las manifestaciones clínicas compatibles con psitacosis, se une un título serológico mayor o igual de 1 : 6, extraído durante el curso evolutivo del proceso. Se consideran compatibles aquellos casos que manifiestan signos y síntomas de psitacosis, aún con título serológico menor o igual a 1 : 8, o en ausencia de determinación serológica².

El otro método diagnóstico confirmativo es el aislamiento del germen en el esputo, tejido o exudado de un enfermo en período agudo⁷.

El largo tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad hasta la toma de la primera muestra serológica (13 días), en los pacientes n.ºs 1 y 2, podría ser la causa de que apareciesen ya en la pri-

mera determinación, títulos altos de anticuerpos con fallo de la seroconversión. Los anticuerpos pueden detectarse a partir de la primera semana de enfermedad, aunque lo habitual es que aumenten significativamente a partir de la segunda⁶. El ser una enfermedad poco frecuente, facilita, ante un título serológico bajo, la sospecha del diagnóstico.

Se ha visto que en epidemias de psitacosis, ocurrida entre empleados de mataderos avícolas, había un número considerable de pacientes (15 %), que teniendo un cuadro clínico compatible con la enfermedad, no mostraban seroconversión ni títulos significativos de anticuerpos. Este hallazgo permite, dada la cerrada correlación epidemiológica familiar, incluir a la paciente n.º 3 en el diagnóstico, ya que presentaba una clínica compatible y un título serológico de 1 : 8 en ambas determinaciones.

En un estudio epidemiológico realizado en EEUU sobre 239 casos, se encontró como una de las principales fuentes epidemiológicas de infección la posesión de pájaros en el propio domicilio (32 %), siendo menor el número de afectados entre vendedores y cuidadores de los mismos. Más del 41 % de los casos se asociaron con la especie psitacides, siendo los periquitos sus más importantes representaciones, 15 % de los casos.

El antecedente epidemiológico en nuestros casos de posesión de varios periquitos en el domicilio de los pacientes, hacen muy probable que fueran estas aves la fuente de infección. El cuadro clínico fue bastante similar en los tres casos, con fiebre, tiritona y cefalea como síntomas dominantes.

La cefalea es para algunos autores un síntoma casi invariablemente encontrado^{2,4}, mientras que en otras series su frecuencia sólo alcanza un tercio de los casos⁸. A veces es intensa, con rigidez cervical, que sugiere el diagnóstico de meningitis. Nuestros tres enfermos la presentaban con mediana intensidad en los primeros días de la enfermedad y relacionada con los ascensos térmicos.

La neumonía es una manifestación frecuente, apareciendo en aproximadamente el 60 % de los casos⁸.

Las manifestaciones radiológicas son variables. Pueden aparecer típicos patrones en «vidrio deslustrado», imágenes redondeadas, pequeñas y diseminadas semejando un patrón miliar o infiltrados alveolares en todo semejantes a los de una neumonía bacteriana.

La aparición de esplenomegalia en el seno de una neumonía, junto a bradicardia y rash del tipo «mancha rosada», deben sugerir el diagnóstico de psitacosis. En ninguno de nuestros pacientes encontramos rash o esplenomegalia.

La fiebre es el síntoma más constante en la mayoría de las publicaciones, llegando en muchas series a una frecuencia cercana al 100 %, aunque en otra con número importante de casos, fue sólo del 78 %. En los casos sin neumonía, la enferme-



dad puede manifestarse como un cuadro de fiebre de origen desconocido⁹.

Cuando aparecen varios casos de neumonía en un corto espacio de tiempo en una comunidad, el agente más probable es el *Mycoplasma pneumoniae*; sin embargo, si existe un antecedente de contacto con aves y especialmente si estas son psitácidas, habrá que tener también en cuenta la posibilidad de una psitacosis.

En cuanto al tratamiento, el antibiótico de elección es la tetraciclina, a dosis diaria de 1-3 g, durante unos diez días, continuando si no desaparece la fiebre, hasta unos días después de su revisión.

En ocasiones, y como medida profiláctica, se utiliza el tratamiento con tetraciclina durante 30 días de todos los pájaros, especialmente psitácidas, que van a ser objeto de venta⁶.

Resumen

Se presentan tres casos de psitacosis aparecidos entre miembros de una familia, con fuente de infección probable en los periquitos presentes en el domicilio. Se puntualizan los aspectos epidemiológicos de mayor interés en los casos referidos.

Summary

PSITTACOSIS: CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS, BASED ON THREE CASES OF FAMILIAL OCCURRENCE.

Three members of the same family are presented with psittacosis; the family parakeets were suspected as the causal source. The more noteworthy epidemiologic aspects are discussed.

BIBLIOGRAFIA

1. Meyer RF: The ecology of psittacosis and ornithosis. *Medicine* 1942; 21: 175-206.
2. Anderson DC, Stoesz PA, Kaufmann AF: Psittacosis outbreak in employees of a turkey processing plant. *Am J Epidemiol* 1978; 107: 140-148.
3. Editorial. Psittacosis. *Lancet* 1973; 2: 1246.
4. Byron NP, Walls J, Mair HJ: Fulminant psittacosis. *Lancet* 1979; 1: 353-356.
5. Levinson DA, Guthrie W, Ward C, Green DM, Robertson PGC: Infective endocarditis as part of psittacosis. *Lancet* 1971; 2: 844-847.
6. Murray HW, Tuazon C: Atypical pneumonia. *Med Clin N Amer* 1980; 64: 507-529.
7. Schachter J, Sugg M: Psittacosis: The reservoir persists. *J Infect Dis* 1978; 137: 44-49.
8. Potter E, Kaufmann F: Psittacosis in humans in USA. *J Infect Dis* 1979; 140: 131-134.
9. Harding HB: The epidemiology of sporadic urban ornithosis. *Amer J Clin Path* 1962; 38: 230-243.