

# Tres casos de psitacosis

Dres. Liliana Díaz<sup>1</sup>, Francisco Lacordelle<sup>2</sup>,  
Adelina Braselli<sup>3</sup>, Isidoro Sadi<sup>4</sup>

## Resumen

*Se presentan tres casos clínicos de psitacosis, uno con manifestaciones exclusivamente respiratorias y dos que asociaron compromiso extrarrespiratorio: hematológico, encefálico y renal.*

*El diagnóstico etiológico fue sospechado por el cuadro clínico y el antecedente epidemiológico. En un caso se confirmó al verificarse un cambio significativo en el título de anticuerpos específicos, mientras que en los otros dos la sospecha fue reafirmada por un estudio serológico positivo y la buena y rápida respuesta al tratamiento con doxiciclina.*

*El interés de la presente comunicación reside en recordar que Chlamydia psittaci es uno de los agentes causales de neumopatías adquiridas en la comunidad y que esta etiología debe ser sospechada cuando existe el antecedente epidemiológico, y el cuadro clínico es compatible. Además se destacan las distintas maneras de presentarse la infección y los diferentes niveles de gravedad que puede adoptar, yendo desde las formas inaparentes, hasta la enfermedad generalizada grave, donde varios parénquimas pueden estar comprometidos, y existir riesgo vital en los casos de falla orgánica.*

**Palabras clave:** Ornitosis

## Casos clínicos

### Caso 1

Paciente de 52 años, sexo femenino, ama de casa, fumadora leve, con antecedentes de neumopatía aguda. Su enfermedad comenzó 9 días antes con fiebre, malestar general, cefaleas, mialgias y tos, al comienzo seca y luego con expectoración mucopurulenta. Posteriormente agrega dolor en base de hemitórax derecho y es tratada en domicilio con cefradina. Como no mejora consulta en el Servicio de Emergencia donde se le practica una radiografía de tórax que muestra una opacidad topografiada en el lóbulo superior derecho, y es internada en el Sanatorio Español en

enero de 1995 con diagnóstico de neumopatía aguda. Hemograma: glóbulos rojos 4.500.000 elementos/mm<sup>3</sup>, hemoglobina 14 g%, glóbulos blancos 6.700 elementos/mm<sup>3</sup>, neutrófilos 83%, linfocitos 17%, plaquetas 169.000 elementos/mm<sup>3</sup>, velocidad de eritrosedimentación (VES) 120 mm, glucemia 0,65 g/l, azoemia 0,38 g/l, creatinemia 1,08 mg%, examen de orina normal, hemocultivos y urocultivos negativos, baciloscopía negativa. En el estudio directo de expectoración se observan cocos Gram positivos en cadena y en el cultivo no desarrolla patógenos. Funcional hepático normal. Se inicia tratamiento con ceftriazona pese a lo cual la paciente persiste con cefaleas intensas, malestar general, y fiebre, agregándose disnea. En la radiografía de tórax de control se observa desaparición de la opacidad lobar superior y aparición de infiltrados pulmonares basales bilaterales (figura 1). En el examen físico se hace evidente una esplenomegalia y en la paraclínica compromiso hematológico, de falla renal e insuficiencia respiratoria. Hemograma: glóbulos blancos 3.600 elementos/mm<sup>3</sup>, neutrófilos 42%, linfocitos 56%, plaquetas 44.000 elementos/mm<sup>3</sup>. Mielograma: médula ósea rica con franco predominio de la serie granulocítica y mieloblastosis parcial. Gasometría en sangre arterial:

Trabajo del Departamento de Medicina Interna del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU).

1. Médica Ayudante de Medicina Interna de CASMU, Asistente de la Cátedra de Hematología, Facultad de Medicina (FM).

2. Nefrólogo del CASMU, Prof. Adjunto de Clínica Médica (FM).

3. Médica Internista del CASMU, Profesora Directora de la Clínica de Enfermedades Infecciosas (FM).

4. Médico Internista del CASMU.

**Correspondencia:** Adelina Braselli, Departamento de Medicina Interna, CASMU, Hospital Español, Garibaldi 1729

Recibido 17/11/95

Aceptado 1/12/95



**Figura 1.** Caso 1. Radiografía de tórax de control. Se observan infiltrados pulmonares basales bilaterales.

PO<sub>2</sub> 47,1 mmHg, PCO<sub>2</sub> 26,5 mmHg, pH 7,49. Exceso de base -1,5. Azoemia 1,72 g/l y creatinemia 2,54 mg%. Con la sospecha de sepsis a punto de partida respiratorio se realiza una nueva serie de hemocultivos que son negativos. La ecografía abdominal confirma la esplenomegalia de 175 mm. Tomografía axial computada (TAC) tóraco-abdominal: esplenomegalia, ganglios paratraqueales, focos basales de neumonitis y escaso derrame pleural bilateral. Ecocardiograma transtorácico y transesofágico descartan vegetaciones.

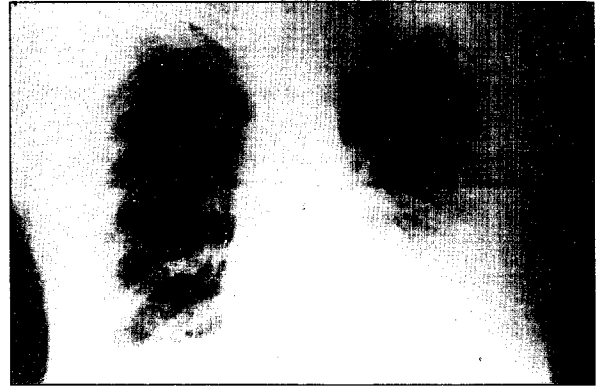
Reinterrogada la enferma recuerda el antecedente epidemiológico de 2 loros muertos que le habían regalado para fin de año, hecho que hasta ese momento había negado.

Teniendo en cuenta la presentación clínica de la enfermedad y el antecedente epidemiológico, con sospecha de psitacosis se le sacó sangre para búsqueda de anticuerpos contra *C. psittaci*, e inició tratamiento con doxicilina a dosis de 100 mg cada 12 horas por vía oral.

La mejoría clínica fue espectacular. Posteriormente se informó que el título de anticuerpos específicos, por técnica de IFI, era de 1/256, el que descendió a los 4 meses a 1/64.

#### Caso 2

Paciente de 54 años, sexo masculino, en tratamiento psiquiátrico por cuadro depresivo y tratada con enalapril por su hipertensión arterial. Antecedentes ambientales de haber comprado un loro aproximadamente un mes antes. Ingresó al Sanatorio Español el 25 de mayo de 1995 por cuadro de cinco días de evolución caracterizado por fiebre de hasta 40°C axilar, cefaleas muy intensas y tos. En el examen físico: foco de estertores subcrepitantes de base izquierda. Radiografía de tórax: opacidad densa basal izquierda (figura 2). Por la intensidad de las cefaleas, y el agregado de vómitos y depresión de conciencia se realizó una TAC de cráneo de urgencia la que fue normal. El examen neurológico era negativo. Con el diagnóstico



**Figura 2.** Caso 2. Radiografía de tórax. Opacidad densa basal izquierda.

de neumopatía aguda comunitaria se inició tratamiento con penicilina. VES de 105 mm. Ecografía abdominal: esplenomegalia de 160 por 71 cm, riñones normales. Hemoglobina 10,4%, glóbulos blancos 8.800 elementos/mm<sup>3</sup>, neutrófilos 93%, linfocitos 7%. Al día siguiente continúa febril y con oligoanuria. Orina: densidad 1025, albúmina 10,5 g/l, campo cubierto de hematíes. Azoemia 2,09 g/l, creatinemia 8,11 mg%. Urocultivo negativo. Gasometría arterial: PO<sub>2</sub> 65,3 mmHg, PCO<sub>2</sub> 21,8 mmHg, pH 7,39, exceso de base -10. Hemocultivos negativos. El día 27 de mayo se inició plan de hemodiálisis que prosiguió hasta el 3 de junio, y tratamiento con doxiciclina y ceftriazona obteniéndose mejoría. Luego del alta se recibió el informe del estudio serológico que fue positivo para *C. psittaci* con título de anticuerpos por técnica de IFI de 1/128.

#### Caso 3

Mientras el paciente anterior estaba internado se tuvo conocimiento que su esposa estaba siendo asistida por un médico de zona por un cuadro respiratorio febril. Obtenida su radiografía de tórax se vio que presentaba una opacidad basal izquierda (figura 3). Con conocimiento del antecedente familiar y ambiental, se le instituyó tratamiento con doxiciclina obteniéndose mejoría.

El estudio serológico apoyó la sospecha clínica al encontrarse anticuerpos específicos contra *C. psittaci* con título de 1/32, por técnica de IFI.

#### Comentario

La psitacosis es una zoonosis causada por *Chlamydia psittaci*, parásito intracelular obligado. El hombre comúnmente la adquiere por exposición a psitácidos infectados<sup>(1,2)</sup>. Como otras especies aviarias pueden transmitir la enfermedad se prefiere el término de ornitosis. Aunque las aves son el reservorio fundamental, recientemente se han descrito psitacosis de origen no aviario<sup>(3)</sup>. En algunas circunstancias se trata de una enfermedad profesio-

nal. El ave enferma o portadora asintomática elimina el germen con las secreciones digestivas y respiratorias contaminando el medio ambiente <sup>(1)</sup>. Para que se produzca el contagio no se necesita un contacto íntimo ni prolongado. La transmisión interhumana, aunque posible, es poco probable. Para el hombre la puerta de entrada es respiratoria. Por diseminación hemática otros órganos pueden ser afectados <sup>(1,4)</sup>.

Anualmente Estados Unidos notifica al Center for Disease Control menos de 200 casos <sup>(5)</sup>, pero se piensa que muchos no son diagnosticados, ya que por presentarse como enfermedades benignas y autolimitadas, no se efectúan estudios serológicos. En un estudio realizado en nuestro medio <sup>(6)</sup> en que se analizan las causas de una muestra de 41 casos de neumopatías agudas comunitarias, se hallaron 2 casos de psitacosis. En el mismo trabajo se hace mención a otros casos comunicados en el "último Congreso Nacional de Medicina Interna". Aunque la psitacosis no es una enfermedad frecuente debe pensarse en ella, en particular frente a neumopatías agudas atípicas adquiridas en la comunidad, cuando el antecedente epidemiológico está presente. Como en otras neumopatías atípicas la tos es persistente, y la expectoración escasa o ausente <sup>(1,7)</sup>. En ocasiones la expectoración es hemoptoica.

El patrón radiológico de tórax no es específico pudiendo ser indistinguible del de otras neumopatías atípicas o neumocócica. Otras formas frecuentes de presentación son: síndrome febril pseudogripal, cuadros catarrales respiratorios inespecíficos, o simulando una fiebre tifoidea. Los síntomas extrarrespiratorios más frecuentes son: cefalea que casi nunca falta, mialgias, artralgias, decaimiento, los que pueden ser más relevantes que los síntomas respiratorios. La esplenomegalia está presente hasta en 70% de los casos, lo que se considera como un elemento clínico de importancia diagnóstica <sup>(1,7)</sup>. En estas situaciones hay que insistir en la búsqueda del antecedente epidemiológico. Desde que ninguno de los agentes beta-lactámicos es eficaz contra el germen causal, es necesario tener presente esta enfermedad, la que tiene un tratamiento diferente. Antes de la tetraciclina la mortalidad era de 20%, después de la misma, es de menos de 1% <sup>(5)</sup>. La eritromicina es también efectiva y puede ser una mejor elección empírica inicial pues es eficaz contra *Streptococcus pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* y *Legionella pneumophila*, los que pueden ocasionar un cuadro clínico similar <sup>(8)</sup>.

Se destaca el curso grave de los dos primeros casos presentados: insuficiencia respiratoria en un caso, insuficiencia renal en los dos, la que fue severa en uno y rápidamente reversible en el otro. La insuficiencia renal en el segundo paciente cursó una evolución característica, con una fase oligoanúrica y reinicio posterior de la diuresis. Requirió hemodiálisis durante la etapa inicial, y

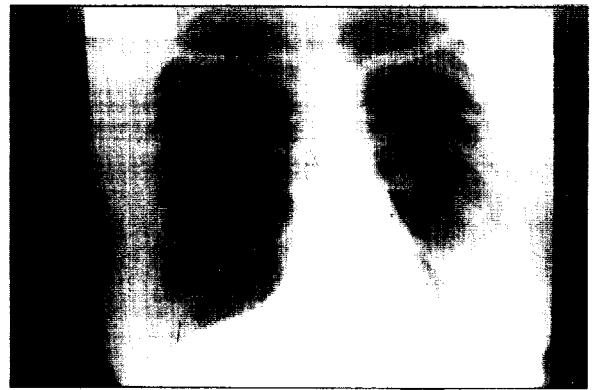


Figura 3. Caso 3. Radiografía de tórax. Opacidad basal izquierda.

luego se manejó con tratamiento médico. Esta evolución es sugestiva de una lesión tubular por necrosis tubular aguda, aunque dada la ausencia de histología en el caso, no se pudo confirmar. A los dos meses de evolución el paciente presentaba función renal y examen de orina normales. Uno de ellos presentó síndrome de hipertensión endocraneana con intensas cefaleas y vómitos lo que se interpretó como correspondiente al compromiso encefálico de la enfermedad. El otro tuvo trastornos hematológicos periféricos con mielograma normal.

En la literatura médica se menciona el hallazgo de alteraciones cutánea, miocárdica, pericárdica, endocárdica, suprarrenal, encefálica, meníngea, renal, hepática, pancreática, hematológica, con evolución fatal en algunos enfermos <sup>(1,7,9)</sup>. Se describe un caso mortal con "distress" respiratorio, "shock" séptico y fallas multiorgánicas <sup>(10)</sup>.

Como en otras enfermedades infecciosas, la psitacosis puede presentarse dentro de una extensa gama de severidad, desde las formas graves hasta las poco sintomáticas o asintomáticas. En este sentido es de valor la observación de títulos significativos de anticuerpos para *C. psittaci* en dos integrantes del grupo familiar de un enfermo, los que no presentaban síntomas <sup>(11)</sup>.

El mecanismo patogénico de los diversos compromisos parenquimatosos estaría relacionado a la agresión directa del agente infeccioso o sus toxinas y a la respuesta inmune del organismo <sup>(1,12)</sup> (artritis, síndrome de Reiter, glomerulonefritis). En dos casos en que los enfermos tuvieron insuficiencia renal aguda, se pudo comprobar tubulopatía con necrosis tubular en uno, la que se atribuyó a la acción de toxinas ya que no pudo demostrarse la presencia del microorganismo en el tejido renal, y nefritis intersticial en el otro <sup>(10)</sup>.

En nuestro medio el diagnóstico se basa en el estudio serológico. Para tener la certeza diagnóstica es necesario observar la cuadruplicación o más de los niveles de anticuerpos en dos muestras tomadas una al inicio de la en-

fermedad y otra dos semanas después. Tiene valor diagnóstico un título mayor de 1/32 en la primera determinación si el cuadro clínico y epidemiológico son compatibles<sup>(7)</sup>. En el primer caso si bien no se observó el ascenso del título de anticuerpos, su franca disminución a los pocos meses fue confirmatoria del diagnóstico. En los otros dos casos se obtuvo un solo estudio con títulos de 1/32 y de 1/128, lo que fue de valor para el diagnóstico presuntivo en enfermos que tenían una enfermedad compatible. La prueba terapéutica reafirmó la alta sospecha diagnóstica.

Los tres pacientes mejoraron rápidamente con el antibiótico de elección, que es la doxiciclina, a dosis de 200 mg/día. La terapia se prolongó por 14 días, después de la defervescencia, para evitar recaídas. El antibiótico de alternativa es eritromicina la que es preferida por algunos autores cuando se inicia el tratamiento empírico de una neumopatía atípica comunitaria, pues cubre mejor las distintas posibilidades etiológicas<sup>(5)</sup>, y su eficacia frente a *C. psittaci* es similar a la obtenida con tetraciclinas<sup>(9)</sup>.

S Guedel y col<sup>(13)</sup> proponen asociar fluoroquinolonas en el tratamiento de neumopatías comunitarias no neumocócicas que resisten a los macrólidos, o que sobrevienen en pacientes debilitados, por haber observado su eficacia en legionelosis y psitacosis graves.

### Résumé

On présente trois cas cliniques de psittacose, l'un à manifestations uniquement respiratoires et deux à manifestations extraréspiratoires associées: hématologique, encéphalique et rénal.

Le diagnostic étiologique fut aperçu par la clinique et l'antécédent épidémiologique. En un cas, il fut confirmé avec la constatation d'un changement important aux anticorps spécifiques, tandis qu'aux deux autres le soupçon fut confirmé par une étude sérologique positif et par la bonne et rapide réponse au traitement avec doxycycline.

L'intérêt de ce travail est celui de rappeler que *Chlamydia psittaci* est un des agents des pneumopathies acquises dans la communauté, et que cette étiologie doit être tenue en compte lorsque l'antécédent épidémiologique existe et en est compatible.

On analyse aussi les différentes présentations de l'infection et les niveaux qu'elle peut adopter, depuis les formes inaperçues jusqu' à la maladie grave, dans laquelle plusieurs parenchymes peuvent être engagés.

### Summary

A report is made of three clinical cases of psittacosis, one with exclusively respiratory manifestations and two with associated extraréspiratory involvement: hematologic, encephalic and renal.

The etiologic diagnosis was assumed on the basis of

the clinical picture and the epidemiologic background. One case was confirmed by a significant change in the titre of specific antibodies while in remaining two the assumption was reasserted by a positive serologic study and the good and rapid response to the treatment with doxycycline. The interest of the present communication is based on the fact that *Chlamydia psittaci* is one of the causative agents of acquired pneumopathies involving the community and that etiology should be assumed in the presence of an epidemiologic antecedent and a compatible clinical picture. Likewise emphasized are the various manners evidenced by the infection and the different levels of severity it may assume ranging from the inapparent focus to the severe generalized disease where several parenchymas may be involved with consequent vital risk in cases of organic failure.

### Bibliografía

1. **García-Casasola G, Alvarez-Sala JL, Cour I, Espinós D.** Psitacosis. *Enf Infec Microbiol Clin* 1987; 5 (1): 64-73.
2. **Viciano P, Bozada JM, Martín-Sanz V, Martínez-Marcos F, Martín A, Pachon J.** Psitacosis de origen aviar como etiología de neumonías extrahospitalarias de presentación grave. *Rev Clin Españ* 1993; 192: 28-30.
3. **García Lerin MC, Cour MI, García Casasola G et al.** Psitacosis de origen no aviar. *Rev Clin Españ* 1988; 183: 153
4. **Harris H, Pottage JC, Kessler HA, Zeihen M, Levin S.** Psitacosis bacteriemia in a patient with Sarcoidosis. *Ann Intern Med* 1984; 101 (4): 501-3
5. **Schachter J.** Chlamydia psittaci. "Reemergence" of a forgotten pathogen. *N Engl J Med* 1986; 315 (3): 189-91.
6. **Vila B, Decedo H, Ramos M, Tosi H, Somma R, de Giordano MH.** Neumopatías agudas. *El Tórax* 1970; 19 (2): 101-8
7. **Schaffner W.** Chlamydia psittaci. In: Mandel GL, Douglas RG, Bennett JE. eds. Principles and practices of infectious disease. New York: Churchill Livingstone, 1990: 1440-3
8. **Pachon J, Prados MD, Capote F, Cuello JA, Garnacho J, Verano A.** Severe community-acquired pneumonia. Etiology, prognosis and treatment. *Am Rev Respir Dis* 1990; 142: 389-73
9. **Hammers-Berggren S, Granath F, Julander I, Kalin M.** Erythromycin for treatment of ornithosis. *Scand J Infect Dis* 1991; 23: 159-62.
10. **Barbero R, Tovarmina R, Torta M, Morolli G, Bosco R.** Polmoniti bilaterale da Chlamydia psittaci: descrizione di un caso clinico. *Minerva Anest* 1992; 58: 481-4.
11. **Decedo HM, Vila B.** Revisión y estudio epidemiológico de la psitacosis. *El Tórax* 1970; 19 (1): 30-7.
12. **Cooper SM, Ferriss JA.** Reactive arthritis and psittacosis. *Am J Med* 1986; 81: 155-6.
13. **Guedel S, Hilpert F, Fouet P, Toledano D.** Neumopatía a Chlamydia psittaci: problèmes diagnostique et thérapeutique. *Presse Med* 1990; 19 (70): 1282-3.