

## Carta al director

M<sup>a</sup> José Zamora-López  
Sandra Cortizo-Vidal  
Jesús Martínez-López  
Marta García-Campello

### Infección urinaria por *Shigella dysenteriae*

Servicio de Microbiología, Hospital de Pontevedra

Sr. Editor: los microorganismos del género *Shigella* habitualmente producen infecciones del tracto gastrointestinal, siendo el hombre el principal reservorio. Son altamente transmisibles con una dosis infecciosa muy baja y normalmente se adquieren por la ingestión de alimentos contaminados. *Shigella flexneri* es el aislamiento más común en muchas partes del mundo, pero *Shigella sonnei* predomina en América del Norte y Europa. En raras ocasiones este microorganismo está implicado en infecciones extraintestinales<sup>1</sup>. La infección del tracto urinario por *Shigella* es muy poco frecuente<sup>2</sup> y habitualmente se trata de infecciones autolimitadas y sin secuelas importantes.

Presentamos el caso de una paciente de 61 años, que acudió a consulta de primaria por cistitis, sin estreñimiento o diarrea asociados, y sin familiares o convivientes con estos síntomas. Como antecedente podríamos señalar que cuatro meses antes, presentó un cuadro de cistitis por *Escherichia coli*. Recibió tratamiento antibiótico empírico con fosfomicina, que se reemplazó por cefuroxima según antibiograma. Como consecuencia de un nuevo episodio de cistitis, se recogió una muestra de orina y se remitió al laboratorio de microbiología para cultivo. El cribado fue positivo mediante el analizador Sysmex UF1000i, procediendo al cultivo en Agar Sangre y CLED, donde creció un bacilo gram negativo en un conteo de  $>10^5$  Ufc/ml. La identificación y estudio de sensibilidad se realizó mediante el sistema automatizado Phoenix (Becton Dickinson Biosciences), que identificó el aislado como *Shigella flexneri*. La cepa fue sensible a fosfomicina, nitrofurantoina y trimetoprima-sulfametoxazol y resistente a ampicilina, cefalosporinas de segunda generación y aminoglicósidos. Por otro lado, la sensibilidad a amoxicilina/ácido clavulánico fue intermedia. La paciente recibió tratamiento antibiótico con ciprofloxacino, respondiendo adecuadamente, como se confirmó con urocultivos de control. La confirmación del agente etiológico como *Shigella dysenteriae* se realizó mediante la serogrupación,

positiva para antisuero del grupo A y negativa para los antisueros de los grupos B, C y D (Becton Dickinson Biosciences). Desde el servicio de microbiología se solicitaron muestras de heces para coprocultivo, sin recuperarse en ninguna de ellas el microorganismo. La paciente sigue en control preventivo cada tres meses.

Las manifestaciones extraintestinales del género *Shigella* son poco frecuentes, a pesar de ello, se ha comunicado el aislamiento de este microorganismo en muestras de sangre, nódulos linfáticos, hígado, líquido cefalorraquídeo, raspados de córnea, líquido sinovial, lesiones vaginales y orina<sup>3</sup>. La bacteriemia no es muy frecuente, pero existen casos avanzados, sobretodo en pacientes inmunodeprimidos o edad avanzada, donde la especie más frecuente es *S. dysenteriae*<sup>4</sup>. En los países desarrollados es más frecuente, sobretodo en pacientes inmunodeprimidos o en edad avanzada<sup>5,6</sup>. En relación a las vaginitis, suele predominar *S. flexneri*, y normalmente tiene lugar en niñas. En estos casos no existe el síntoma clínico de diarrea, y el coprocultivo suele ser negativo<sup>5,7,8</sup>. La infección del tracto urinario es excepcional y se ha relacionado con falta de higiene, además algunos autores afirman que el estado de portador facilitaría la colonización.

En nuestra paciente no se aisló *S. dysenteriae* de ninguna localización distinta al tracto urinario. La fuente y vía por la que pudo infectarse continúa siendo desconocida, ya que el estado de portador asintomático no pudo probarse mediante aislamiento del microorganismo en el coprocultivo.

### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Martínez M, Buesa Gómez J, Castillo García J, Vila Estape J. Recomendaciones sobre el diagnóstico microbiológico de infecciones gastrointestinales de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Actualización 2008. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2008; 30:2-5.

Correspondencia:  
M<sup>a</sup> José Zamora-López  
Hospital de Pontevedra. Servicio de Microbiología.  
C/ Benito Corbal 42 5<sup>o</sup>B  
36001 Pontevedra, España  
Tfno.: 627 52 61 74  
E-mail: Maria.Jose.Zamora.Lopez@sergas.es

2. Andreu Domingo A, Cacho J, Coira Nieto A, Lepe Jiménez JA. Recomendaciones sobre el diagnóstico microbiológico de la infección urinaria de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Actualización 2010. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2010; 14:1-4.
3. Papasian CJ, Enna-Kifer S, Garrison B. Symptomatic *Shigella sonnei* urinary tract infection. *J Clin Microbiol* 1995; 33:2222-3.
4. Narchi H, Beattie TJ. Asymptomatic bacteriuria with *Shigella sonnei*. *Pediatr Nephrol* 1987;1:306-7.
5. Huebner J, Czerwenka W, Gruner E, Von Graevenitz A. Shigellemia in AIDS patients: case report and review of the literature. *Infection* 1993; 21:122-4.
6. Morduchowicz G, Huminer D, Siegman-Igra Y, Drucker M, Block CS, Pitlik SD. *Shigella* bacteremia in adults. A report of five cases and review of the literature. *Arch Intern Med* 1987; 147:2034-7.
7. Murphy TV, Nelson JD. *Shigella* vaginitis: report of 38 patients and review of the literature. *Pediatrics* 1979; 63:511-6.
8. Martínez Ruíz R, Orden B, Millán R. Vulvovaginitis por *Shigella flexneri* en una niña. En: Juan Ignacio Alós, editor, *Casos de Microbiología Clínica*, Madrid: Francisco Soria Melguizo S.A, 2009; 1-2.