

Carta al Director

Beatriz Iglesias¹
Gema Sierra¹
M^a del Mar Cimarra¹
Pedro de la Iglesia¹
Ana Albuérne¹
Jonathan Fernandez²
Henar Villar¹

Bacteriemia por *Shigella flexneri* en un adulto y revisión de la literatura

¹Servicio de Microbiología. Hospital San Agustín. Avilés.

²Hospital Central de Asturias. Oviedo.

Sr. Editor: *Shigella* pertenece a la familia *Enterobacteriaceae*, formada por 4 subgrupos: A: *dysenteriae*, B: *flexneri*, C: *boydii* y D: *sonnei*. y 40 serotipos. El hombre es el único reservorio y la transmisión es principalmente persona a persona, pero también por ingesta de agua y alimentos contaminados. Clínicamente varía desde formas asintomática a un cuadro de disentería caracterizado por heces con sangre y moco por afectación de colon y recto pero sin penetrar la lámina propia, por lo que la bacteriemia es infrecuente¹.

Presentamos un caso de bacteriemia por *Shigella flexneri* en un hombre de 66 años, diabético con hipercolesterolemia, episodio de ictus un año antes y diarrea de meses de evolución. Ingresó por cuadro de astenia con fiebre de 38°C y diarrea episódica, sin sangre, ni moco y sin dolor abdominal. En la analítica destacaba: glucemia de 200 mg/dL, leucocitosis de $15,8 \times 10^3/\mu\text{l}$ con desviación izquierda y proteína C reactiva de 27,31 mg/dL, resto de parámetros normales. Colonoscopia y TAC abdominal fueron normales. Se inició tratamiento empírico con ciprofloxacino de 400 mg/12 horas previa recogida de coprocultivo y hemocultivos (BacT/ALERT 3D). Ambos fueron positivos para *Shigella* spp. (Vitek2) sensible a ceftriaxona y ciprofloxacino, y resistente a ampicilina y cotrimoxazol. Se envió a centro de referencia para tipificar con antisueros polivalentes de grupo (Becton Dickinson) con el resultado de *S. flexneri*. El paciente evolucionó favorablemente siendo dado de alta a los diez días. Tres meses después permanece asintomático. La bacteriemia por *Shigella* es poco frecuente, la incidencia se estima entre el 0-7%, siendo más común en niños principalmente menores de cinco años², en países desarrollados es más frecuente en pacientes inmunodeprimidos o edad avanzada asociándose con un incremento del riesgo de muerte³. La inmunidad del huésped juega un papel importante en el desarrollo de la enfermedad sistémica y así se describen como factores predisponentes la malnutrición

en niños, la diabetes y los procesos malignos⁴. Revisada la literatura española, se describen 9 casos de bacteriemia por *Shigella* sp en adultos⁵, los primeros casos descritos en 1981 por Pérez Saenz et al. En cinco casos, incluido el nuestro, eran mayores de 65 años. Con respecto a los factores de riesgo, tres pacientes eran diabéticos, cuatro presentaban cirrosis hepática, esplenectomía, leucemia mieloide crónica y etilismo crónico, respectivamente, estos dos últimos fallecieron. En los tres casos restantes no había factores de riesgo. En seis casos los hemocultivos fueron positivos para *S. flexneri* y en el resto para *S. sonnei*. El tratamiento de elección de las infecciones por *Shigella* es ciprofloxacino y como alternativa cotrimoxazol, ceftriaxona, cefixima o azitromicina en dosis única^{6,7}. El caso descrito pone de manifiesto que la infección por *Shigella* puede presentarse con cuadros de gastroenteritis muy variados. Nuestro paciente presentaba diarrea crónica, sin asociarse a brote. Ya que la bacteriemia por *Shigella* es excepcional y puede afectar a inmunocompetentes, sería recomendable en caso de gastroenteritis con afectación sistémica realizar, además de coprocultivo, hemocultivos para su diagnóstico, incluyendo a otros enteropatógenos más frecuentes como *Salmonella* y *Campylobacter*.

BIBLIOGRAFÍA

1. Struelens MJ, Patte D, Kabir I, Salam A, Nath SK, Butler T. Shigella septicemia: prevalence, presentation, risk factors and outcome. *J Infect Dis* 1985; 152:784-90.
2. Martin T, Habbick BF, Nyssen J. Shigellosis with bacteremia: a report of two cases and a review of the literature. *Pediatr Infect Dis* 1983; 2:21-6.
3. 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.
4. Keddy KH, Sooka A, Crowther-Gibson P, Quan V, Meiring S, Cohen C, et al. Systemic Shigellosis in South Africa. *Clin Infect Dis* 2012; 54:1448-54.
5. Franco AI, Ortiz J, Cabello N, Ruiz JM, Garcia MI. Disentería bacteriémica por *Shigella* en un adulto. *Rev Esp Quimioter*

Correspondencia:
Beatriz Iglesias Rodríguez
Hospital San Agustín. Camino de Heros n°6.
33401 Avilés (Asturias).
Tfno: 985 12 30 30. Ext 24161.
E-mail: beatriz.iglesias@sospa.princast.es

2010; 23:51-52.

6. Khan WA, Seas C, Dhar U, Salam MA, Bennis ML. Treatment of shigellosis: V. Comparison of azithromycin and ciprofloxacin. A double-blind, randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 1997; 126:697-703.
7. Basualdo W, Arbo A. Randomized comparison of azithromycin versus cefixime for treatment of shigellosis in children. *Pediatr Infect Dis J* 2003; 22:374-7.