
REPORTE DE CASO

SEPSIS POR *Shigella flexneri*

César Cabrera C¹, Rosa Purizaca F¹, Ana León P¹, Juan Celis S^{2,3}

RESUMEN

Se presenta un caso raro de sepsis por *Shigella flexneri* en una paciente de 45 años de edad quien estando hospitalizada para el estudio de un tumor cerebral, requirió el uso de manitol y dosis altas de corticoides; luego de ello presenta deposiciones líquidas con moco y sangre, desarrolla síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, luego se aísla *Shigella flexneri* en el hemocultivo; recibió tratamiento antibiótico con ciprofloxacina. Se describen las características del caso y se comenta de acuerdo con la revisión de literatura.

Palabras clave: *Shigella*; *Shigella flexneri*; Bacteriemia; Sepsis; Reporte de Caso (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

An unusual case of sepsis caused by *Shigella flexneri* in a 45-year old female patient is presented. While being hospitalized for diagnostic management of a brain tumor, she required mannitol and high-dose steroids; she had liquid and dysenteric stools, and soon afterwards she developed a systemic inflammatory response syndrome. *Shigella flexneri* was isolated in the blood culture, and she was treated with ciprofloxacin. The case features are described and comments are presented, together with a review of the literature.

Key words: *Shigella*; *Shigella flexneri*; Bacteremia; Sepsis; Case Report (source: DeCS BIREME).

INTRODUCCIÓN

La *Shigella* es un bacilo Gram negativo de la familia de las Enterobacterias, aeróbico, no móvil, que se transmite de persona a persona por la ruta fecal-oral requiriendo una pequeña carga de microorganismos (de 10-100 bacterias) para causar infección, siendo el hombre, el único hospedero natural¹. Las especies de *Shigella* son una causa común de gastroenteritis bacteriana y las manifestaciones clínicas pueden variar de infección asintomática a una disentería severa. Son cuatro principales grupos de *Shigella* (*Shigella boydii*, *Shigella dysenteriae*, *Shigella flexneri*, y *Shigella sonnei*); aunque todos pueden causar disentería, *S. sonnei* generalmente causa un cuadro mas leve que *S. dysenteriae* y *S. flexneri*.

Pueden ocurrir complicaciones graves, tales como sepsis, síndrome urémico hemolítico, megacolon tóxi-

co y secuelas tales como artritis reactiva, La bacteriemia por *Shigella* es una complicación seria de la shigellosis y es rara; se ha notificado mayormente en niños, mal nutridos e inmunosuprimidos incluyendo pacientes con VIH/SIDA^{2,3}.

Se notifica el caso de sepsis con hemocultivo positivo a *Shigella flexneri* en una paciente inmunosuprimida por corticoides (tratamiento de edema por tumor cerebral) que fue tratada satisfactoriamente con ciprofloxacino.

REPORTE

Paciente mujer de 45 años de edad, raza mestiza, ocupación ama de casa, procedente del departamento de San Martín. Ingresa con un tiempo de enfermedad de aproximadamente ocho meses con cefalea global y

¹ Servicio de Microbiología y Parasitología, Departamento de Patología Clínica, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, ESSALUD. Lima, Perú.

² Servicio de Infectología, Departamento de Medicina, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, ESSALUD. Lima, Perú.

³ Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Tabla 1. Resumen de las características clínicas del caso.

Edad sexo	Germen	Condición predisponente	Signos y síntomas	Laboratorio	Tratamiento
45/F	<i>Shigella flexneri</i> *	Inmunosupresión por corticoides (tumor cerebral)	Fiebre, dolor abdominal, diarrea con moco y sangre	Leucocitos: 4 430 abastados 40%, hipoalbuminemia	Ciprofloxacino EV con respuesta satisfactoria

*Sensible a: ciprofloxacino, ampicilina, aztreonam, cefepima, cefotaxima, ceftriaxona, ceftriaxona, imipenem, piperacilina/tazobactam, piperacilina, trimetropim/sulfametoxazol.

nauseas de curso progresivo, luego, diplopía y ptosis palpebral que motivan su transferencia por probable proceso expansivo intracerebral. El estudio tomográfico cerebral reveló un extenso tumor digitiforme temporal profundo, de base de cráneo con gran edema periférico pero con línea media conservada. Por la extensión de la lesión y el edema la paciente recibió manitol y dexametasona a dosis altas.

Luego de 20 días de estar recibiendo esta terapia la paciente inicia dolor abdominal difuso y diarrea con moco y sangre, primero escasa luego más frecuente (aproximadamente 10 cámaras al día al tercer día), presenta además fiebre de 38,2 °C. El hemograma al cuarto día mostró leucocitos de 4430 con 40% de abastados (diez días antes: leucocitos 10 720, abastados 0%), albúmina en sangre 2,61; plaquetas, electrolitos y enzimas hepáticas dentro de rangos normales.

Se le realizó dos hemocultivos y se inició tratamiento empírico con ciprofloxacino 200 mg cada doce horas endovenoso. Los hemocultivos fueron positivos a *Shigella flexneri* sensible a ciprofloxacino, ampicilina, aztreonam, cefepima, cefotaxima, ceftriaxona, ceftriaxona, Imipenem, piperacilina/tazobactam, piperacilina y trimetropim/sulfametoxazol.

DISCUSIÓN

La bacteriemia es raramente documentada en shigellosis. En Estados Unidos se ha calculado que aproximadamente 18% de las personas con shigellosis confirmada por cultivo están hospitalizados⁴. En una serie de 2018 pacientes hospitalizados con shigellosis, la bacteriemia ocurrió en 4,1%⁵ y se ha asociado en algunos estudios a una mayor mortalidad⁶.

La mayoría de los casos de bacteriemia encontrada en la literatura, ocurre en niños; así, mientras se han descrito más de 200 niños con esta bacteriemia, en la

literatura médica inglesa se han notificado 49 casos en adultos desde 1964⁷⁻¹³. La bacteriemia en adultos está usualmente asociada con alguna enfermedad de fondo, destacando la malnutrición como una de las más asociadas⁶.

En el caso presentado, un adulto presenta diarrea con moco y sangre con signos y síntomas de respuesta inflamatoria sistémica estando hospitalizada (Tabla 1), aislándose en dos hemocultivos *Shigella flexneri*. Destacan dos características: la inmunosupresión por corticoides y la hipoalbuminemia ya que ambas se han descrito en los casos de adultos^{7,8}; sin embargo, también hay informes similares de casos en pacientes inmunocompetentes, donde no se han hallado factores de riesgo conocidos^{12,13}.

En cuanto a las especies de *Shigella*, han ocurrido cambios en la epidemiología; en regiones industrializadas la *S. dysenteriae* fue primero reemplazada por *S. flexneri* y luego por *S. sonnei* que es, actualmente, la más frecuente, en regiones en desarrollo *S. flexneri* es la más frecuente^{2,3}.

Llama la atención en este caso, el tener una cepa de *Shigella*, altamente sensible a antibióticos, a diferencia de los estudios realizados en el país donde existe una alta resistencia (> 65%) a la ampicilina, cotrimoxazol y cloranfenicol, sin embargo, la resistencia a ciprofloxacina aún es rara¹⁴, por lo que se decidió usarla como tratamiento empírico, dando buenos resultados como se vio en otros informes^{12,13}.

Este caso constituye la primera notificación de bacteriemia con sepsis por *Shigella* en el Perú.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bopp CA, Brenner FW, Fields PI, Wells JG, Strockbine NA. *Escherichia, Shigella, and Salmonella*. In: Murray PR, Baron EJ, Jorgensen JH, Pfaller MA, Tenover FC, White O, eds. Manual of clinical microbiology. 8th ed. Washington, DC: ASM Press; 2003. p. 654-57.

2. **Gupta A, Polyak C, Bishop R, Sobel J, Mintz E.** Laboratory-confirmed shigellosis in the United States, 1989-2002: epidemiologic trends and patterns. *Clin Infect Dis* 2004; 38(10): 1372-77.
 3. **Shiferaw B, Shalow S, Marcus R, Segler S, Soderlund D, Hardnett F, et al.** Trends in population-based active surveillance for shigellosis and demographic variability in FoodNet sites, 1996-1999. *Clin Infect Dis* 2004; 38(Suppl 3): S175-80.
 4. **Centers for Disease Control and Prevention [página de internet].** Atlanta: Annual FoodNet report: 2003. [fecha de acceso: junio del 2005] Disponible en: www.cdc.gov/foodnet.
 5. **Bennish ML.** Potentially lethal complications of shigellosis. *Rev Infect Dis* 1991; 13 (Suppl 4): S319-24.
 6. **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(4): 784-90.
 7. **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(11): 2034-37.
 8. **Trevett AJ, Ogunbanjo BO, Naraqi S, Igo JD.** *Shigella* bacteremia in adults. *Postgrad Med J* 1993; 69(812): 466-68.
 9. **Huebner J, Czerwenka W, Gruner E, von Graevenitz A.** Shigellemia in AIDS patients: case report and review of the literature. *Infection* 1993; 21(2):122-24.
 10. **Kenet G, Salomon F, Samra Z, Pinkhas J, Sidi Y, Arber N.** Fatal *Shigella* sepsis in a neutropenic patient. *Mt Sinai J Med* 1994; 61(4): 367-68.
 11. **Soumare M, Diop BM, Feller-Dansokho E, Seydi M, Ndour CT, Sow AI.** *Shigella* bacteraemia: a report of two cases observed in Dakar. *Dakar Med* 2000; 45(2): 194-95.
 12. **Orr S, Hedderwick S.** *Shigella flexneri* bacteraemia in an immunocompetent male treated with oral ciprofloxacin. *J Infect* 2001; 45(4): 275.
 13. **Prieto E, Treviño M, Rajo MC, Lopez-Sanchez MJ, Rodriguez-Otero L, Cid A, et al.** *Shigella flexneri* bacteremia in a middle-aged immunocompetent woman. *Scand J Infect Dis* 2000; 32(5): 578.
 14. **Arias I, Meza A.** Resistencia antimicrobiana de *Salmonella*, *Shigella* y *Vibrio cholerae*, Perú 1997-2002. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2004; 21(4): 273-75.
-
- Correspondencia:** Juan Carlos Celis Salinas
Dirección: Calle las Orquideas 155, Urb. Pando; San Miguel. Lima, Perú.
Teléfono: (511) 962-13655
Correo electrónico: charapacelis@hotmail.com