

Brote intrafamiliar de gastroenteritis por *Shigella flexneri* en Madrid

Sr. Editor:

Shigella produce enfermedad en 164,7 millones de personas al año en el mundo, mayoritariamente en países subdesarrollados, provocando 1,1 millones de muertes, el 61 % de las mismas en menores de 5 años^{1,2}. Hay cuatro especies de *Shigella*: *S. dysenteriae*, epidémica, grave, en África, Asia y Sudamérica; *S. flexneri*, hiperendémica en países subdesarrollados; *S. boydii*, muy infrecuente, en la India³; y *S. sonnei*, la más frecuente en países desarrollados, leve y en brotes^{4,5}. La gastroenteritis por *S. flexneri* en España es muy infrecuente y no está descrita en la literatura médica de los últimos 5 años.

Presentamos el caso de una niña de 8 años de etnia gitana, que presenta fiebre, vómitos e incontables deposiciones líquidas con sangre roja. El hemograma, la gasometría, glucosa e iones resultaron normales. La proteína C reactiva fue 8,02 mg/dl. En el coprocultivo crece *S. flexneri*, resistente a tetraciclinas, amoxicilina, cotrimoxazol y ácido nalidíxico; y sensible a fluorquinolonas, cefalosporinas y azitromicina. La niña ingresa para tratamiento intravenoso con ceftriaxona, que se cambia por cefalotina tras conocer el antibiograma. A su vez, se pauta fluidoterapia intravenosa y oral, y se recomienda aislamiento entérico estricto. Es dada de alta 11 días después, ya asintomática. Sin embargo, no se trató de un caso aislado (tabla 1). Estos niños viven en "El Salobral", el núcleo de chabolas más extenso de Madrid, donde residen unas 300 familias ocupando más de 5 hectáreas⁶. Sus condiciones higiénicas son deficientes; entre otras cosas, no disponen de agua corriente, por lo que obtienen el agua de las fuentes más cercanas y los niños se bañan habitualmente en pozos. El Servicio de Medicina Preventiva del hospital informó del brote al Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, que informó de la limpieza de las fuentes y de la contaminación por aguas fecales de los pozos, que fueron cerrados.

En el brote descrito se reúnen factores de riesgo para desarrollar una shigellosis sintomática: hacinamiento, condiciones sanitarias deficientes, pobre higiene corporal, especie (más graves *S. dysenteriae* y *S. flexneri*) y edad del huésped (peor cuanto menor es el niño). El modo de transmisión es principalmente persona a persona por vía feco-oral³, como en nuestro caso, ya que a pesar de insistir en el aislamiento entérico, éste no fue seguido por los familiares todo lo estrictamente deseable, dando lugar al contagio intrafamiliar. El período de incubación es de 1 a 6 días⁷. La diseminación se ve favorecida porque el inóculo necesario para causar infección es muy bajo: 10-100 organismos. Además, el período contagioso dura mientras se eliminan las bacterias por las heces, lo que puede ocurrir hasta 4 semanas después del comienzo de la enfermedad^{7,8}. Las manifestaciones clínicas pueden variar desde una diarrea acuosa de corta duración, como en el último caso, hasta una diarrea franca sanguinolenta y con moco, dolor abdominal tipo cólico, tenesmo, fiebre, anorexia y malestar general, todo ello conocido como disentería bacilar o shigellosis. La mayoría de estos episodios son autolimitados, resolviéndose en pocos días. La

TABLA 1. Casos clínicos del brote de gastroenteritis

Fecha de ingreso	Parentesco (edad)	Síntomas	Pruebas complementarias	Tratamiento	Fecha de alta
4 días después	Hermana (6 años)	Igual caso índice	Hemograma: anodino PCR 13,18 mg/dl Copro (intra tto) FSH	Fluidoterapia Cefazolina i.v. 7 días Aislamiento entérico	A los 7 días
5 días después	Hermano (3 años)	Igual caso índice Pérdida de peso 2%	Hemograma: anodino PCR 4,39 mg/dl Copro: <i>S. flexneri</i> (mismo patrón)	Fluidoterapia Cefazolina i.v. 16 días Aislamiento entérico	A los 16 días
5 días después	Prima (3 años)	Igual caso índice Deshidratación leve isonatrémica	Hemograma: anodino PCR 16,93 mg/dl Copro: <i>S. flexneri</i> (mismo patrón)	Fluidoterapia Cefazolina i.v. 5 días + Cefuroxima v.o. 3 días Aislamiento entérico	A los 5 días
8 días después	Primo (5 años)	Igual caso índice Deshidratación leve isonatrémica Prolapso rectal (se reduce manualmente)	Hemograma: anodino PCR > 27 mg/dl Copro: <i>S. flexneri</i> (mismo patrón)	Fluidoterapia Cefazolina i.v. 6 días Aislamiento entérico	A los 6 días
11 días después	Primo (7 años)	Igual caso índice	Hemograma: 23.700 leucos (86,3 N; 7,6 L; 5,4 M) PCR > 27 mg/dl Copro: <i>S. flexneri</i>	Fluidoterapia Cefazolina i.v. 3 días + Cefuroxima v.o. 3 días Aislamiento entérico	A los 3 días
13 días después	Primo (11 años)	Fiebre y diarrea sanguinolenta Herpes labial	Hemograma: anodino PCR 8,09 mg/dl Copro: muestra extraviada	Fluidoterapia Cefazolina i.v. 4 días + Cefuroxima v.o. 3 días Aislamiento entérico	A los 4 días
14 días después	Hermana (11 años)	Fiebre, diarrea líquida con moco	Hemograma: anodino PCR 1,4 mg/dl Copro: FSH	Fluidoterapia Cefazolina i.v. 4 días + Cefuroxima v.o. 3 días Aislamiento entérico	A los 4 días

Copro: coprocultivo; FSH: flora saprofita habitual; N: neutrófilos; L: linfocitos; M: monocitos; PCR: proteína C reactiva; i.v.: intravenosa; v.o.: vía oral; tto: tratamiento.

complicación más frecuente es la deshidratación leve. Sin embargo, pueden aparecer otras complicaciones, infrecuentes en nuestro medio, como prolapso rectal (como en uno de los casos), hemorragia intestinal, diarrea persistente, artralgias o artritis reactiva, síndrome hemolítico urémico, infecciones concurrentes (como el herpes labial de uno de los niños), malnutrición, detención del crecimiento³, etc. Para el diagnóstico de certeza es necesario un coprocultivo. Las muestras deberían ser recogidas antes del tratamiento antibiótico y en etapas precoces de la infección, para aumentar las posibilidades de encontrar microorganismos. Por este motivo no creció el germen en el coprocultivo del segundo caso. El antibiograma resulta muy útil porque el uso del antibiótico adecuado acelera la recuperación, acorta la duración de la excreción de la bacteria por las heces y previene las complicaciones¹. Así mismo, conviene utilizar el antibiótico de menor espectro al que la *Shigella* sea sensible, para no dañar en exceso la flora saprofita intestinal y no prolongar el proceso⁹. Por este motivo se instauró tratamiento con cefalosporinas de primera generación en todos los casos. La duración del tratamiento fue individualizada en función de la clínica. La fluidoterapia oral o intravenosa debe pautarse siempre, ya sea para prevenir o tratar la deshidratación, y es importante reiniciar precozmente la alimentación. Los inhibidores del peristaltismo intestinal están contraindicados. Por último, destacar que el lavado de manos con abundante agua y jabón constituye la medida preventiva por sí sola más efectiva contra la shigelosis^{1,10}.

**R. Casado Picón^a, M. Barrios López^a,
E. Giangaspro Corradi^b y S. Negreira Cepeda^b**

^aServicio de Pediatría y ^bInfectología Pediátrica.
Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

Correspondencia: Dra. Rocío Casado.
Servicio de Pediatría. Hospital 12 de Octubre.
Avda. Córdoba, s/n. 28041 Madrid
Correo electrónico: rocapi@telefonica.net

BIBLIOGRAFÍA

1. Sur D, Ramamurthy T, Deen J, Bhattacharya SK. Shigellosis: Challenges & management issues. *Indian J Med Res.* 2004;120:454-62.
2. Ahmed SF, Riddle MS, Wierzbica TF, Mecí IA, Monteville MR, Sanders JW, et al. Epidemiology and genetic characterization of *Shigella flexneri* strains isolated from three paediatric populations in Egypt (2000-2004). *Epidemiol Infect.* 2006;134:1237-48.
3. Niyogi SK. Shigellosis. *J Microbiol.* 2005;43:133-43.
4. Alcoba-Flórez J, Pérez-Roth E, González-Linares S, Méndez-Álvarez S. Outbreak of *Shigella sonnei* in a rural hotel in La Gomera, Canary Islands, Spain. *Int Microbiol.* 2005;8:133-6.
5. Jonsson J, Álvarez-Castillo MD, Sanz J, Ramiro R, Ballester E, Fernández M, et al. Late detection of a shigellosis outbreak in a school in Madrid. *Euro Surveill.* 2005;10:268-70.
6. Instituto de Economía y Geografía. Disponible en: <http://www.ieg.csic.es>

7. Parsot C. Shigella spp. and enteroinvasive *Escherichia coli* pathogenicity factors. FEMS Microbiol Lett. 2005;252:11-8.
8. Askenazi S. Shigella infectious in children: New insights. Semin Pediatr Infect Dis. 2004;15:246-52.
9. Oldfield EC, Wallece MR. The role of antibiotics in the treatment of infectious diarrhea. Gastroenterol Clin North Am. 2001;30:817-36.
10. Battacharya SK, Sur D. An evaluation of current shigellosis treatment. Expert Opin Pharmacother. 2003;4:1315-20.