

TABLA 1. Resumen de las pruebas analíticas realizadas a las 3 pacientes

Analítica realizada	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Leucocitos	16.700	16.070	18.800
VSG	57/82	75	90
PCR (mg/dl)	< 0,5	2,2	< 0,5
Bioquímica	Normal	Normal	Normal
Mantoux	Negativo	Negativo	Negativo
Serología viral/ <i>Brucella</i>	Negativa	Negativa	Negativa
Hemocultivo	Negativo	Negativo	Negativo
Otros cultivos	Negativos	Negativos	<i>Campylobacter jejuni</i> (coproductivo)

VSG: velocidad de sedimentación globular; PCR: proteína C reactiva.

En la tabla 1 se resumen los resultados de las pruebas analíticas realizadas a las 3 pacientes.

La discitis y espondilodiscitis suelen afectar a niños menores de 5 años, sin enfermedad subyacente. Su localización más frecuente es lumbosacra<sup>1</sup>. No existe explicación clara respecto a su fisiopatología, aunque algunos autores<sup>2</sup> creen que se produce un acantonamiento de microorganismos en la región cartilaginosa del disco intervertebral. La mayoría de autores proponen una etiología infecciosa<sup>3</sup> y atribuyen la negatividad de los cultivos en la mayoría de los casos a la larga evolución de los síntomas antes del diagnóstico. Los gérmenes más frecuentemente identificados son *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus*, *Kingella kingae* y *Salmonella typhi*<sup>4</sup>, sin olvidar un microorganismo de gran relevancia en otra época: el bacilo de Koch. El diagnóstico precoz resulta complejo debido a la poca especificidad con que suele presentarse. No obstante, la aparición de sintomatología compatible, como dolor de espalda, irritabilidad inexplicable y dificultades para la sedestación y la marcha lo facilitan. La elevación de la temperatura en las discitis no suele aparecer. La osteomielitis de cuerpos vertebrales se presenta con un cuadro clínico similar, pero aparece en niños mayores y suele acompañarse de fiebre elevada y de deterioro del paciente. Si además aparecen alteraciones de cuerpos vertebrales y hemocultivo negativo es más probable que sea una discitis. Ante un niño con posible osteomielitis vertebral y radiografía normal, la RM es la técnica de elección<sup>5,6</sup>. En cualquier caso, el diagnóstico diferencial no siempre resulta fácil. Las gammagrafías con galio o tecnecio sólo se consideran útiles para detectar secuelas de osteomielitis<sup>7</sup>. En cuanto a la biopsia de disco intervertebral, es motivo de controversia; mientras algunos autores proponen su realización sistemática<sup>8</sup>, otros argumentan que es una técnica altamente invasiva y con escaso rendimiento por lo que optan por reservarla para aquellos casos en que exista alta sospecha de osteomielitis<sup>9</sup>. En cuanto al tratamiento antibiótico de la discitis se discute si está o no indicado. Se ha demostrado la remisión sin antibioticoterapia en muchos casos<sup>3</sup>, pero también se describe la aparición de mayor incidencia de complicaciones en casos no tratados con antibioticoterapia<sup>10</sup>. Todos los autores coinciden en la importancia de la inmovilización de la zona. Desde el punto de vista pronóstico, la discitis en la edad pediátrica suele ser excelente, aunque radiológicamente suelen persistir lesiones residuales.

A. Peinado Garrido<sup>a</sup>, J. Aguirre Rodríguez<sup>b</sup>,  
J. Ramos Lizaña<sup>b</sup>, A. Bonillo Perales<sup>b</sup>,  
P. Rodríguez Santano<sup>a</sup> y A. Muñoz Hoyos<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Pediatría. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. <sup>b</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Torrecárdenas. Almería. España.

**Correspondencia:** Dr. A. Muñoz Hoyos. Departamento de Pediatría. Hospital Universitario San Cecilio. Doctor Oloriz, 16. 18012 Granada. España. Correo electrónico: amunozh@ugr.es

## BIBLIOGRAFÍA

- Fernández M, Carrol CL, Baker CJ. Discitis and vertebral osteomyelitis in children: An 18 year review. *Pediatrics* 2000;105:1299-304.
- Cushing AH. Diskitis in children. *Clin Infect Dis* 1993;17:1-6.
- Spiegel PG, Kengla LW, Isaacson AS, Wilson JC. Intervertebral disc-space inflammation in children. *J Bone Joint Surg (Am)* 1972;54:284-96.
- Giuffrè M, Amato GM, Manfre L, Morello A. Nell'infanzia: Imaging neuroradiologico integrato nella diagnosi e follow-up di un caso. *Minerva Pediatr* 1997;49:101-7.
- Rothman SLG. The diagnosis of infections of the spine by modern imaging techniques. *Orthop Clin North Am* 1996;27:15-31.
- Miller GM, Forbes GS, Onofrio BM. Magnetic resonance imaging of spinal infection. *Rheum Dis Clin North Am* 1991;17:773-94.
- Fisher GW, Popich GA, Sullivan DE, Mayfield G, Mazat BA, Patterson PH. Diskitis: A prospective diagnostic analysis. *Pediatrics* 1978;62:543-8.
- Jiménez-Mejías ME, De Dios Colmenero J, Sánchez-Lora FJ, Palomino-Nicas J, Reguera JM, García de la Heras J, et al. Postoperative spondylodiskitis: Etiology, clinical findings, prognosis and comparison with nonoperative pyogenic Spondylodiskitis. *Clin Infectious Diseases* 1999;29:339-45.
- Bolívar R, Kohl S, Pickering LK. Vertebral osteomyelitis in children: Report of four cases. *Pediatrics* 1978;62:549-53.
- Menelaus MB. Discitis: An inflammation affecting the intervertebral discs in children. *J Bone Joint Surg (Br)* 1964;46:16.

## Infección del tracto urinario por *Shigella sonnei*

Sr. Editor:

Los microorganismos del género *Shigella* son patógenos que habitualmente producen infecciones en el tracto gastrointestinal. También se han podido aislar en otras localizaciones, aunque sólo en raras ocasiones han podido ser implicados en la etiología de infecciones extraintestinales<sup>1</sup>. La infección del tracto urinario (ITU) por *Shigella* es muy poco frecuente. Sólo se han descrito 40 casos, la mitad en la infancia.

Presentamos el caso de una recién nacida que ingresó en nuestro servicio para estudio de una masa quística abdominal, detectada en ecografía prenatal. La ecografía mostró la existencia de una displasia quística en el riñón derecho; el riñón izquierdo era normal. Se realizó estudio isotópico con 2,3-ácido dimercaptosuccínico (DMSA) en el que se objetivó captación nula del riñón derecho.

A la edad de 2 meses y medio consultó por febrícula y síntomas catarrales. No existían antecedentes personales ni familiares de diarrea. La exploración física era normal. Se recogieron tres cultivos de orina (dos con bolsa y uno por punción vesical). En los tres crecieron más de 100.000 UFC/ml de *S. sonnei*. Se realizaron tres coprocultivos, todos negativos. Las colonias aisladas en la muestras de orina se identificaron metabólicamente mediante técnica estándar<sup>2</sup> por medio de paneles "Combo urine 6 I Dade-Berhing", obteniéndose el biotipo 7300101-0 con un 99,9% de la identificación correspondiente a *S. sonnei*. La paciente recibió tratamiento con cefuroxima, negativizándose los cultivos. Finalizado el tratamiento se inició profilaxis de ITU. En los seis meses siguientes no ha presentado nuevas infecciones. El estudio posterior de la enferma no ha podido completarse por problemas en el seguimiento.

La shigellosis es una infección primaria del tracto gastrointestinal, autolimitada y habitualmente sin secuelas importantes<sup>3</sup>. La ITU es rara, sobre todo en varones<sup>1,4,5</sup> siendo el microorganismo responsable en la mayoría de los casos *S. flexneri*<sup>5</sup>.

Otras manifestaciones extraintestinales de la shigellosis son la bacteriemia y la vaginitis. La bacteriemia es rara, pero está bien documentada: la especie más frecuente es *S. dysenteriae*, seguida de *S. flexneri* y *S. sonnei*<sup>6</sup>. En un estudio realizado por Scragg et al<sup>7</sup> en niños con infecciones gastrointestinales por *Shigella*, 11 enfermos de 948 se complicaron con septicemia; nueve estaban malnutridos, y los dos restantes presentaban otras infecciones concomitantes. La mortalidad se aproximó al 50%. En los países con mayor grado de desarrollo, la septicemia por *Shigella* se presenta fundamentalmente en pacientes que padecen alguna enfermedad que compromete el sistema inmunitario, o que son mayores de 65 años<sup>8,9</sup>. No siempre existe diarrea, y el coprocultivo suele ser negativo<sup>8</sup>.

En lo que respecta a la vaginitis, *Shigella* debe ser tenida en cuenta, pues aunque hay muy pocos casos descritos, para algunos autores<sup>10</sup> puede ser responsable de hasta el 2-4% de los casos pediátricos. *S. flexneri* es la especie más frecuente. Generalmente no existen antecedentes de diarrea ni coprocultivos positivos, desconociéndose la vía de infección<sup>10</sup>.

Papasian et al<sup>4</sup> revisaron todos los casos publicados de ITU por *Shigella*. Encontraron 40 casos (65% mujeres); 19 eran menores de 12 años (100% mujeres). Sólo había descritas siete ITU por *S. sonnei*, tres de ellas en niñas. Cuatro cursaron sin síntomas. Este dato puede llevar a pensar que la verdadera incidencia de esta infección es mayor a la descrita, al haber casos que pueden pasar desapercibidos y sólo ser diagnosticados de manera casual.

La vía por la que el microorganismo accede al tracto urinario no es bien conocida. Lo más probable es que lo haga por vía ascendente retrógrada, sobre todo en mujeres<sup>1</sup>. En varones la vía podría ser hematógena<sup>3</sup>. Para algunos autores<sup>4</sup> la diarrea o el estado de portador crónico facilitarían la colonización del tracto urinario. Sin embargo, Narchi y Beattie<sup>5</sup> sólo encontraron 14 coprocultivos positivos en los 29 pacientes del total descrito en los que se realizó esta prueba<sup>5</sup>. La bacteriemia es rara, aunque podría explicar algunas infecciones, sobre todo en recién nacidos, pacientes malnutridos<sup>7</sup> e inmunodeprimidos<sup>8</sup>. Se desconoce si existen otros factores, locales o sistémicos, que puedan facilitar el acceso al microorganismo. Nuestra paciente presentaba enfermedad renal previa (displasia quística), al igual que la presentada por Narchi y Beattie<sup>5</sup> (nefropatía de reflujo). Esta relación no está presente en los demás casos. Tampoco existe relación entre la patología de ambas enfermas.

En nuestra paciente y en los casos descritos hasta la fecha que hemos podido analizar<sup>1,3-5</sup>, la repercusión clínica de la infección es escasa, pues cursa de manera paucisintomática. Tampoco existen datos a favor de que la presencia de *Shigella* en el tracto urinario se deba a simple colonización<sup>5</sup>, por lo que siempre debe emplearse tratamiento antibiótico para erradicar al microorganismo.

**F. Anaya Barea<sup>a</sup>, M.ªJ. Pérez Rodríguez<sup>a</sup>,  
P. Giralt Muiña<sup>a</sup> y M.ªD. Romero Aguilera<sup>b</sup>**  
Servicios de <sup>a</sup>Pediatría y <sup>b</sup>Microbiología.  
Complejo Hospitalario de Ciudad Real. España.

**Correspondencia:** Dr. M.ªJ. Pérez Rodríguez.  
Delicias,28, portal F, 2º D. 28045 Madrid. España.  
Correo electrónico: Mariaj.p@teleline.es

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jao RL, Jackson GG. Asymptomatic urinary tract infection with *Shigella sonnei* in a chronic fecal carrier. N Engl J Med 268:1165-8.
2. Dupont H. Shigella species (Bacillary dysentery). En: Mandell GT, Bennet JE, Dolin R, editors. Principles and practice of Infectious Diseases. 4th ed. New York: Churchill Livingstone, 1995; p. 2033-9.
3. Ekwall E, Ljungh A, Selander B. Asymptomatic urinary tract infection caused by *Shigella sonnei*. Scand J Infect Dis 1984;16: 121-2.
4. Papasian CJ, Enna-Kifer S, Garrison B. Symptomatic *Shigella sonnei* urinary tract infection. J Clin Microbiol 1995;33:2222-3.
5. Narchi H, Beattie TJ. Asymptomatic bacteriuria with *Shigella sonnei*. Pediatr Nephrol 1987;1:306-7.
6. Faucon R, Ducloux M. Septicemias a *Shigella*. Med Trop 1964; 24:537.
7. Scragg JN, Rubidge CJ, Appelbaum PC. *Shigella* infection in African and Indian children with special reference to *Shigella* septicemia. J Pediatr 1978;93:796-7.
8. 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.
9. Morduchowicz G, Huminer D, Siegman-Igra Y, Drucker M, Block C, Pitlik SD. *Shigella* bacteremia in adults: A report of five cases and review of the literature. Arch Intern Med 1987;147: 2034-7.
10. Murphy TV, Nelson JD. *Shigella* vaginitis: Report of 38 patients and review of the literature. Pediatrics 1979;63:511-6.

## Papulosis linfomatoide

Sr. Editor:

La descripción clínica de papulosis linfomatoide fue realizada por vez primera en 1968 por Macaulay<sup>1</sup> en un adulto que presentaba lesiones cutáneas recurrentes semejantes a la pitiriasis liquenoide, pero que histológicamente se parecía a los linfomas cutáneos. Estas lesiones fueron descritas como pápulas-nódulos, que se presentaban en brotes con sintomatología indolente, aunque la histología era de apariencia maligna con un infiltrado de linfocitos atípicos de estirpe CD4+. Desde entonces se ha encontrado sobre todo en adultos, siendo de presentación infrecuente en niños.