
PRESENTACIÓN DE CASO

Salmonelosis extraintestinal: Reporte de caso ***Extraintestinal salmonellosis: Case report***

Katty– Hind Selman Housein Bernal^I, Enrique J. Biosca Iglesias^{II}

I Especialista de II Grado en Medicina Interna, Investigador Agregado. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

II Residente de 2^{do} año de Medicina Interna. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se realiza reporte de caso de paciente masculino de 56 años de edad con antecedentes de salud aparente que evolucionó con cuadro febril vespertino y artralgias por 3 meses que progresa en el tiempo a cuadros de bacteriemia. Con examen físico dentro de la normalidad, se logra crecimiento en hemocultivo de Salmonella del Grupo C. El paciente evoluciona de forma satisfactoria con tratamiento médico. Se revisa el tema a propósito del caso. **Palabras clave:** Salmonelosis extraintestinal.

ABSTRACT

We present case report of a 56 years old patient with previous history of health who is admitted in our center with 3 months evolution of fever and joints pain. Fever progresses in bacteremia. Physical exam was under normality. Salmonella Group C was diagnose in blood culture. Patient evolution was satisfactory after medical treatment. We review the theme. **Key words:** Extraintestinal salmonellosis.

INTRODUCCION

La Salmonella extraintestinal no Typhi (SENT) se encuentra distribuida por todo el reino animal. Los más de 2500 serotipos conocidos se pueden encontrar en el tracto gastrointestinal de una amplia variedad de mamíferos, reptiles, aves e insectos (excepto los serotipos Typhi y Paratyphi que sólo colonizan al ser humano)⁽¹⁾. Penetra al organismo a través de la vía oral y puede presentarse en diversas formas clínicas: bacteriemia, endocarditis, infección del tracto urinario, osteomielitis, artritis, neumonía, empiema, infección del sistema nervioso central, infecciones de tejidos blandos, etc⁽²⁾.

La salmonella puede permanecer dentro de los macrófagos del sistema reticuloendotelial por largos periodos de tiempo, hasta que la depresión del sistema inmunológico le permita su invasión al torrente sanguíneo, motivo por el cual la expresión clínica reside con mayor frecuencia en el paciente inmunocomprometido⁽³⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia global es de 33 millones de casos al año, de los cuales 600 000 acaban en defunción.

Un estudio realizado en 1500 pacientes describió salmonella extraintestinal en sólo el 1,6% de los pacientes⁽⁴⁾ lo que evidencia la baja incidencia de esta forma de presentación.

DESARROLLO

Presentación del caso:

Paciente masculino de 56 años de edad, con antecedentes de salud, que es valorado en nuestro centro por cuadro clínico de más de 3 meses de evolución caracterizado por fiebre vespertina intermitente que se asociaba a dolores articulares (articulaciones mayores), sin signos inflamatorios. El cuadro clínico progresó en el tiempo con incremento en la frecuencia e intensidad de la fiebre, asociado a toma del estado general (debilidad moderado – severa) y pérdida de peso hasta la aparición de bacteriemias.

Datos de interés al interrogatorio:

- Niega alergias medicamentosas, cirugías y transfusiones.

- Padre: Cardiopatía isquémica.
- No hábitos tóxicos.

Examen físico:

- Mucosas coloreadas y húmedas.
- Tejido celular subcutáneo no infiltrado.
- No adenopatías palpables.
- Aparato respiratorio: Murmullo vesicular audible, No estertores. Frecuencia respiratoria: 18 por minuto.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. Tensión arterial: 110/70. Frecuencia cardiaca: 77 por minuto.
- Abdomen: Plano, depresible, no tumoraciones o visceromegalias palpables. Ruidos hidroaéreos normales.
- Examen neurológico dentro de la normalidad.

Consideraciones médicas:

- Se realiza evaluación hematológica e imagenológica del paciente, toda dentro de límites normales y se realizan cultivos en sangre, orina, nasal, faríngeo y heces fecales.
- Aparece crecimiento en dos muestras de hemocultivo de Salmonella del Grupo C.
- Se decide iniciar tratamiento con Ciprofloxacina 400mg cada 12 horas por vía parenteral, pero el paciente presentó reacción alérgica al medicamento, en forma de abones cutáneos y prurito intenso y se sustituye la medicación a Sulfaprim 360mg cada 6 horas por vía endovenosa los 5 primeros días y por su evolución satisfactoria se concluye el tratamiento con cambio a vía de administración oral hasta cumplir 14 días.

Diagnóstico:

- Salmonella extra-intestinal a forma de bacteriemia.

Complementarios realizados:

	resultado	unidad	(VR)
Hb:	15.9	g/dL	(12-16 g/dL)
Hto:	0.45		(0.37-0.48)
Eritrosedimentacion	15	Mm	(0-30)
Leucocitos:	4.92	x 10 ⁹ /L	(4.3-10.8 x10 ⁹ /L)
Neutrófilos:	0.63		(0.45-0.74)
Linfocitos:	0.21		(0.16-0.45)
Monocitos:	0.15		(0.04-0.10)
Eosinófilos:	0.00		(0-0.07)
Basófilos:	0.01		(0-0.07)
Plaquetas:	154	X 10 ⁹ /L	(150-350 x 10 ⁹ /L)
Tiempo de protrombina:	13	seg.	(T control ± 3 Seg.)
	13	seg.	
TPT-K:	29	seg.	(30-60 seg.)
TGO (ASAT):	38	U/L	(0-40 U/L)
TGP (ALAT):	45	U/L	(0-50 U/L)
GGT:	130	U/L	(0-50 U/L)
F Alcalina:	71	U/L	(39-117 U/L)
Ac. úrico:	341	μmol/L	(202-416 μmol/L)
Creatinina:	100	μmol/L	(< 133 μmol/L)
Urea	3.41	μmol/L	(1.7-8.3 μmol/L)
Glicemia:	5.34	mmol/L	(3.5-6 mmol/L)
Proteínas totales:	74	g/L	(55-80 g/L)
Albúmina sérica:	47	g/L	(35-55 g/L)
Colesterol	5.59	mmol/L	(-6.0 mmol/L)
Triglicéridos	2.47	mmol/L	(-2,2 mmol/L)
Colesterol LDL	2.18	mmol/L	(3.3-4.1 mmol/L)
Colesterol HDL	0.52	mmol/L	(1-1.6 mmol/L)
Beta lipoproteínas	8.75	mmol/L	(9.3-16.5 mmol/L)
Índice de riesgo	14	%	>16 %

Lámina Periférica	Dentro de la normalidad.
-------------------	--------------------------

Serologia	No reactiva
HVC	Negativo

HIV	Negativo
HBsAg:	Negativo

Cituria	Valor Normal	Resultado
Albúmina	Ninguna	0
Leucocitos	<10 000	0
Hematíes	<10 000	0

Urocultivo	Negativo.
------------	-----------

Exudado nasal y faríngeo	Flora normal.
--------------------------	---------------

Heces fecales y coprocultivo	Flora normal.
------------------------------	---------------

Hemocultivo	Salmonella Grupo C. No se contó con posibilidades logísticas para definir serotipo.
-------------	--

- **Ecocardiograma:** Hipertrofia ventricular izquierda ligera con FEVI normal. Aparatos valvulares normales.
- **Ultrasonido carotideo:** Carótida derecha e izquierda de calibre normal con velocidad de flujo normal.
- **TAC de cráneo:** Sin alteraciones definidas en los cortes realizados.
- **Rayos x de tórax:** ICT normal. No lesiones pleuro-pulmonares.
- **Ultrasonido de abdomen:** Ligero aumento de la ecogenicidad hepática por esteatosis. Vesícula de paredes finas sin litiasis. Riñones, páncreas y bazo normales. Próstata heterogénea con calcificaciones que mide 40 x 36 x 33mm con un volumen de 34cm³. Vejiga de repleción de paredes finas, sistema inmunológico le permita su invasión al torrente sanguíneo, motivo por el cual la expresión clínica reside con mayor frecuencia en el paciente inmunocomprometido⁽³⁾.

DISCUSION.

En el caso que nos ocupa (a forma de bacteriemia), un estudio retrospectivo en 59 pacientes, realizado en Argentina, describe que esta forma de presentación se encontró en el 6,7 % de los pacientes. La literatura describe que un 17 % de estos casos puede presentar una infección focal intestinal (con aislamiento en heces fecales); los aislamientos en orina se consideran secundarios a un origen hematógeno^(3,4).

Hsu y Lin determinaron los factores de riesgo asociados a bacteriemia e infección focal extraintestinal en 366 pacientes: inmunodeficiencia 48%, cáncer en órgano sólido 18 %, enfermedad maligna hematológica 12 %, lupus eritematoso sistémico 11 %, cirrosis hepática 9 % y diabetes mellitus 7 %⁽⁵⁾.

En nuestro paciente no existió aislamiento en heces fecales o en orina.

La resistencia antimicrobiana ha ido en aumento con el paso de los años, por lo que se recomienda realizar pruebas de sensibilidad para evitar fallos terapéuticos y con fines epidemiológicos⁽⁶⁾. La resistencia a cotrimoxazol y a ciprofloxacina es reportada con mayor frecuencia en niños⁽³⁾.

Un estudio realizado en 1075 pacientes con salmonella reporta los serotipos aislados. Se identificaron 3 serotipos diferentes: Salmonella serotipo Enteritidis (58,3 %), seguido de Salmonella serotipo Typhimurium (29,2 %) y de cepas de Salmonella pertenecientes a serotipos incluidos en el grupo C (12,5 %)⁽⁷⁾ que coincide con la aislada en nuestro paciente, sin resistencia descrita a fluoroquinolonas; no así lo reportado en esta investigación que asocia esta resistencia al serotipo Enteritidis. Reporta además el cotrimoxazol como una buena opción terapéutica por los bajos niveles de resistencia reportados, al igual que las cefalosporinas de tercera generación, representadas en este estudio por la cefotaxima⁽⁷⁾.

Los autores de esta presentación de caso no encontraron, en la bibliografía revisada, la incidencia de salmonellosis extraintestinal en adultos en nuestro país.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Popoff MY, Bockemuhl J, Gheesling LL. Supplement 2001 (nº45) to the Kauffmann White scheme. *Res Microbiol.* 2003;154:173-74.
2. Nataro JP, Bopp CA, Fields PI, Kaper JB, and Strockbine NA. Escherichia, Shigella, y Salmonella. In: Murray PR, Baron EJ, Jorgensen JH, Landry ML Pfaller MA. *Manual of Clinical Microbiology.* 9th ed. Washington, DC: ASM Press; 2007. p. 670-687.
3. Rodríguez CH, Mier C, Bogdanowicz E, Caffer MI, García S, Lasala MB, et al. Salmonelosis extraintestinal: clínica, epidemiología y resistencia antimicrobiana. *Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana.* 2007;41(3):379-83.
4. Ruiz M, Rodríguez JC, Elía M, Royo G. Extra intestinal infections caused by non-typhi Salmonella serotypes. 9 yrs experience. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2000; 18(5):219-22.
5. Hsu RB and Lin FY. Risk factors for bacteraemia and endovascular infection due to non-typhoid Salmonella: a reappraisal. *QJM.* 2005;98(11):821-27.
6. Helms M, Vastrup P, Germer-Smidt P, Mølbak K. Excess mortality associated with antimicrobial drug-resistant Salmonella Typhimurium. *Emerg Infect Dis.* 2002;8:490-95.
7. Hidalgo-García FI, Galarraga-Gay, Gómez-Fontanil N, Bernal-Pérez. Distribución estacional, serotipos y patrón de sensibilidad a antimicrobianos de Salmonella entérica. *Gastroenterología.* 2011;45(4):24-8.

Recibido: 22 de agosto de 2014

Aceptado: 30 septiembre de 2014

MSc.Dra. Katty Hind Selman Housein Bernal. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Investigador Agregado. Calle 214 No. 1108 e/ 11 y 13. Siboney. Playa. La Habana, Cuba.

Correo electrónico: khselman@cimeq.sld.cu