

STATUS CONVULSIVO - FIEBRE

Dres. A. Parra*, A. Peve*, L. Casimir, C. Roldán, B. Spagnolo, M.T. Rosanova

CASO CLINICO

Niña de 3 años que 24 hs. previas al ingreso comienza con hipertermia de 39 - 40°C. Posteriormente presenta diarrea y vómitos. En el momento de la admisión tuvo una convulsión tónico-clónica generalizada de 40 minutos de duración, quedando con signos de decorticación por lo que pasa a unidad de cuidados intensivos.

Se le realiza hemograma:

-Recuento de Blancos 4.000 mm³

-Hb: 12 gr/dl

-Hto: 39%

-Plaquetas 172.000 mm³

-Ionograma: Na:134 mEq/l ; K: 3.2 mEq/l

-EAB: acidosis metabólica

Punción lumbar: citoquímico normal.

Con diagnóstico presuntivo de meningoencefalitis se medica empíricamente con ceftriaxona 100 mg/kg/día EV y aciclovir a 30 mg/kg/día EV.

A las 48 hs. se reciben 1 de 2 hemocultivos positivo.

El paciente presenta muy buena evolución clínica.

¿Cuál es su diagnóstico?

-Bacteriemia por *Shigella*.

- ¿Cuál es la incidencia de afectación de Sistema Nervioso Central en las Gastroenteritis por *Shigella*?
- ¿Es frecuente la Bacteriemia Asociada?
- ¿Cuál sería el tratamiento de elección y durante cuánto tiempo?
- ¿Cuáles son las medidas de aislamiento que deben implementarse?

Servicios de Control Epidemiológico e Infectología, Microbiología y Clínica Pediátrica

Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan

* Médicas Residentes de la Sociedad Argentina de Infectología y del Hospital de San Isidro

COMENTARIO

La diarrea sigue siendo en los países en desarrollo una de las causas más comunes dentro de las enfermedades infecciosas. En nuestro hospital la incidencia de diarrea por *Shigella* es de 6,6 %.

El espectro clínico de la infección por *Shigella* es amplio; desde cuadros leves autolimitados de diarrea acuosa a infecciones severas con fiebre y alta toxicidad sistémica, diarrea mucosanguinolenta y compromiso neurológico.

Existen cuatro especies diferentes de *Shigella*: Flexneri, Sonnei, Disenteriae y Boidii. Las dos primeras son predominantes en nuestro país.

La transmisión es de persona a persona. El agua, la comida, la leche y las moscas juegan también un papel importante. El inóculo necesario para la infección es de sólo 100 colonias.

La afectación de SNC puede manifestarse con cefaleas, irritabilidad, letargo y convulsiones, presentándose entre el 10 - 45% de los pacientes con gastroenteritis según distintas series. La patogénesis no es clara; la shigotoxina y otras neurotoxinas estarían asociadas. El examen del LCR es normal aunque puede producirse linfocitosis leve.

La bacteriemia asociada es muy poco frecuente, la mayoría de las series coinciden en que se encuentra en alrededor de un 4% de los casos.

Con respecto al tratamiento es primordial la rehidratación correcta. El tratamiento antibiótico de la diarrea estaría indicado ante el aislamiento de la *Shigella* por cultivo.

La bacteriemia debe tratarse en forma parenteral durante un ciclo de aproximadamente 5 días.

La resistencia antimicrobiana es un problema importante. La ampicilina y la trimetoprima sulfametoxazol (TMP - SMX) utilizadas anteriormente, son actualmente resistentes en nuestro medio. En nuestro hospital la resistencia durante 1997 fue de 0,0% para la Furazolidona, Quinolonas, Cefalosporinas de 3^o Generación e Imipenem; 76,1% para Ampicilina y 64,0% para TMP-SMX.

Algunos antibióticos que son sensibles "in vitro" no son eficaces "in vivo". Ante la sensibilidad confirmada los más recomendados son: Acido Nalidíxico, Furazolidona, Quinolonas, Ampicilina y en casos severos Cefalosporinas de 3^o Generación.

Las estrategias de prevención están dirigidas al correcto lavado de manos, control de suministros de agua y procesamiento higiénico de alimentos. En pacientes hospitalizados el aislamiento es de tipo entérico, es decir lavado de manos después de tocar al paciente o material contaminado; los artículos contaminados deben desecharse en bolsas rotuladas antes de ser enviadas para su procesamiento.

LECTURA RECOMENDADA

- Barret - Connor E., Connor J.D. *Shigella* Boydii Bacteriemia - The Journal of Pediatric - 1969; 75: 298-300.
- Scragg J.N., Rubidgec, Appelbaum P.C. *Shigella* Infection in African and Indian Children with Special Reference to *Shigella* Septicemia. Journal of Pediatric - 1978; 93: 796-797.
- Peter Halsey Marcuse Pickering. Recomendaciones para el cuidado de los niños - Red Book, Enfermedades Inf. en Ped. 23^o Ed. 1996 Pág. 104.
- Herbert L. Dupont. *Shigella* Species - Principles and Practice of Infections Diseases. Mandell, Douglas Andbennett's. 4th. Edition. 1995. Pag. 2033-2038.
- Henry F. Gómez G. Thomas G. *Shigella* Species. Principles and Practice of Pediatric Infections Deseases. Long S. Pickering L. Prober C. 1st. Ed. 1997. Pag. 929-933.
- Xifró M. C. Polania R. Dobrzanski W. ET AL. Shiquellosis en Niños Internados. Rev Hosp Niños Baires. 1997; 39: 156-162.