

Ataxia cerebelosa aguda, eritema nodoso y orquiepididimitis tras gastroenteritis por «Salmonella» D9

M.T. Rives-Ferreiro, B. Pérez-Seoane, F. Baquero-Artigao, F. del Castillo, M.J. García de Miguel
Servicio de Infecciosos. Hospital Universitario Infantil «La Paz». Madrid

Resumen

Se presenta el caso de un niño de siete años que sufre una gastroenteritis por *Salmonella* D9. A los quince días de empezar la clínica, aparecen mialgias e inestabilidad en la marcha, dolor testicular y lesiones cutáneas. Fue diagnosticado de ataxia cerebelosa aguda, orquiepididimitis y eritema nodoso. Aunque todas estas complicaciones están descritas en la bibliografía, resulta excepcional encontrarlas juntas en un mismo paciente.

Palabras clave

Gastroenteritis por *Salmonella*, ataxia cerebelosa, orquiepididimitis, eritema nodoso

Abstract

Title: Acute cerebellar ataxia, erythema nodosum and epididymo-orchitis are complications of gastrointestinal infection by *Salmonella* D9

We present the case of a seven-year-old boy with gastroenteritis caused by *Salmonella* D9. Fifteen days after the clinical onset, he began to develop muscular pain, unsteady gait, testicular pain and skin lesions. The diagnoses were acute cerebellar ataxia, epididymo-orchitis and erythema nodosum. Each of these complications has been reported in the literature, but it is highly unusual to find all of them in the same patient.

Keywords

Enteric infection, *Salmonella*, cerebellar ataxia, epididymo-orchitis, erythema nodosum

46

Introducción

La infección por *Salmonella* es una de las causas más frecuentes de diarrea. La mayor parte de las infecciones entéricas por *Salmonella no typhi* causan una gastroenteritis autolimitada que dura entre 7 y 10 días. Sin embargo, en algunas ocasiones, aparecen complicaciones extraintestinales debidas a la colonización por parte de la bacteria de otros tejidos o a la reacción frente a antígenos bacterianos.

Caso clínico

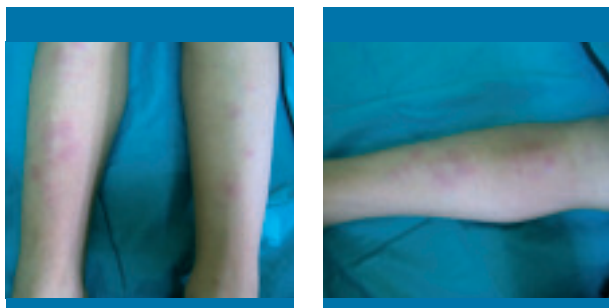
Se presenta el caso de un niño de 7 años que acude a urgencias por un cuadro diarreico con deposiciones líquidas, fétidas, con sangre, moco y fiebre alta de 12 días de evolución. En el coprocultivo se aísla *Salmonella* D9. A los 15 días, acude de nuevo debido a un cuadro de dolor en miembros superiores e inferiores, que impide la deambulación y produce inestabilidad en la marcha. Dos días después presenta dolor testicular izquierdo y lesiones cutáneas en miembros y abdomen.

Entre los antecedentes personales y familiares no figuraba ningún dato de interés. Tenía el calendario vacunal completo para su edad, incluyendo la vacuna BCG. Como único antecedente destacaba amigdalitis de repetición.

En la exploración física presentaba buen estado general, estaba bien hidratado, coloreado y perfundido. La temperatura era de 38 °C y la presión arterial, de 135/84 mmHg. En la piel se observaban lesiones nodulares de coloración rojoviolácea, muy dolorosas a la palpación, localizadas en región pretibial derecha e izquierda, abdomen y antebrazo izquierdo (figuras 1 y 2). Presentaba marcha inestable con aumento de la base de sustentación, cadera ligeramente basculante y signo de Romberg positivo. El escroto estaba inflamado, y el testículo y el epidídimo izquierdos estaban algo edematosos y eran dolorosos a la palpación. El resto de la exploración física fue normal.

El hemograma presentaba: hemoglobina 13,5 g/dL, hematócrito 39,3%, leucocitos 22.400/mm³ (72,6% neutrófilos, 11,1% linfocitos, 15,6% monocitos, 0,4% eosinófilos y 0,4% basófilos), 653.000 plaquetas/mm³ y una proteína C reactiva (PCR) de 146,6 mg/L. La bioquímica y el ionograma eran normales. El coprocultivo fue positivo para *Salmonella* D9. El hemocultivo fue negativo. También se realizó un Mantoux, que fue negativo.

La evolución fue favorable. Durante los dos primeros días del ingreso aún persistía el cuadro diarreico, por lo que fue tratado con trimetoprim-sulfametoxazol durante cinco días. Las mialgias y la orquiepididimitis remitieron con reposo y antiinflamatorios. El cuadro neurológico cedió a las 48 horas de su comien-



Figuras 1 y 2. Lesiones de eritema nodoso en miembros inferiores

zo, y el eritema nodoso desapareció antes del alta. El paciente acudió un mes después a la consulta para revisión clínica, estando asintomático. Tres meses después del alta se le repitió el Mantoux, con resultado de nuevo negativo.

Discusión

La gastroenteritis (GEA) por *Salmonella* tiene un periodo de incubación de entre 8 y 48 h, y dura entre 2 y 5 días. La mayor parte de las veces es autolimitada, aunque tras la resolución puede persistir el estado de portador durante meses¹.

Las complicaciones suelen aparecer en las edades extremas de la vida y en los pacientes inmunodeprimidos. Todas las manifestaciones extraintestinales que padeció el paciente tratado han sido descritas, aunque nunca en conjunto.

La ataxia cerebelosa aguda suele aparecer en la segunda semana de enfermedad y, en general, es reversible, aunque existen casos descritos con lesión cerebelar persistente. Es más frecuente en la fiebre tifoidea que en las GEA por *Salmonella no typhi*, y no suele presentarse como manifestación neurológica aislada. La etiología no está clara, postulándose cambios inflamatorios como la trombosis capilar, hemorragias, infiltración perivascular, desmielinización, edema y cambios neuronales secundarios (en resonancias magnéticas se han observado zonas hipo e hiperdensas en áreas subcorticales del cerebelo)^{2,3}.

El eritema nodoso puede asociarse a distintas infecciones, especialmente tuberculosis, infección estreptocócica y GEA por *Salmonella*^{4,5}. En el caso descrito, consideramos la *Salmonella* D9 como el agente etiológico, debido a la correlación temporal de las manifestaciones, la negatividad de las exploraciones complementarias (salvo el coprocultivo) y la evolución espontánea hacia la curación. La patogenia es desconocida, se cree que es un proceso de base inmunológica mediado por inmunocomplejos circulantes o de hipersensibilidad celular retardada (reacciones tipo III y IV de Gell y Coombs). Clínicamente, se caracteriza por la aparición de fiebre de intensidad variable, malestar general y artralgias que preceden en 2-3 días a los nódulos. La fiebre y las artralgias

suelen resolverse en 48 horas; y los nódulos, a lo largo de una semana. El eritema nodoso puede presentarse durante el proceso agudo de la gastroenteritis, pero también días o semanas después^{6,7}.

En cuanto a la orquiepididimitis, la infección por *Salmonella* puede producir abscesos e infecciones supurativas testiculares en edades extremas de la vida (ancianos y recién nacidos, especialmente prematuros)⁸⁻¹⁰. Sin embargo, no hemos encontrado ningún caso como el del paciente descrito, en el que la afectación testicular sea inflamatoria y quizá mediada también por mecanismos inmunológicos.

En las enterocolitis, la enfermedad suele ser autolimitada, y el tratamiento consiste, fundamentalmente, en reposición hidroelectrolítica. La terapia antimicrobiana puede prolongar los síntomas clínicos y la excreción de la *Salmonella*, por lo que sólo estaría indicada en edades extremas de la vida, en individuos inmunodeprimidos, en pacientes con enfermedad cardiovascular y en procesos largos o complicados. En estos casos, se administraría una quinolona (no recomendada en menores de 10 años), trimetoprim-sulfametoxazol o amoxicilina-clavulánico durante 48-72 horas. En el caso descrito, se decidió administrar tratamiento por la duración del cuadro diarreico y las manifestaciones sistémicas hasta conocer el origen de los síntomas. ■

Bibliografía

1. Brooks GF, Batel JS, Morse SA. Bacilos entéricos gramnegativos (*enterobacteriaceae*). En: Jaetz, Melwick y Adelberg, eds. Microbiología médica, 17.ª ed. Manual moderno, 2000; 279-282.
2. Karla OP, Agrawal NK, Agarwal S. Acute reversible cerebellar ataxia in typhoid fever. Journal of Indian Academy of Clinical Medicine. 2001; 3: 96-97.
3. Murthy JM, Kishore LT. MR findings in cerebellar ataxia after enteric fever. J Comput Assist Tomogr. 1997; 21: 216-217.
4. Gómez-Campderá JA, Navarro M, Medrano C, Escudero B. Eritema nodoso en la infancia. Estudio de 30 casos. Rev Esp Pediatr. 1994; 50: 423-427.
5. Moros M, Labay M, Martín-Calama J, Morte A. Erythema nodosum associated with *Salmonella enteritidis* infection. An Esp Pediatr. 2000; 52: 298-299.
6. Villirillo A, Balsano L, Quinti S, Ughi C, Ventura A, Maggiore G. Erythema nodosum associated with *Salmonella enteritidis* infection. Pediatr Infect Dis J. 1995; 14: 919-920.
7. Canduela V, Mongil I, Cagigas P, Docio S. Eritema nodoso asociado a infección por *Salmonella enteritidis*. Acta Pediatr Esp. 1998; 56: 411-412.
8. Fajardo M, Blanco J, Beteta A, Vega L. Epididimitis por *Salmonella enterica* serovar typhimurium. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2004; 22: 310-311.
9. Svenungsson B. Suppurative epididymo-orchitis due to *Salmonella enteritidis*. J Infect. 1984; 8(1): 64-66.
10. Handrick W, Bergmann L, Spencker FB, Bennek J. Orchitis and epididymitis caused by *Salmonella cholerae suis* in a premature infant. Z Urol Nephrol. 1987; 80(2): 89-91.