

El síndrome de Ekiri como una complicación de la shigellosis

Sr. Editor: La shigellosis es responsable de gran cantidad de episodios diarreicos (167 millones) y más de un millón de muertes anuales a nivel mundial y ocurre con mayor frecuencia en los países pobres¹. Existen cuatro especies identificadas de *Shigella*: *S. flexneri* (15 serotipos y subtipos), *S. dysenteriae* (13 serotipos), *S. boydii* (18 serotipos) y *S. sonnei* (1 serotipo)². La transmisión se realiza a través del agua o alimentos contaminados, siguiendo el circuito fecal-oral. Requiere bajas dosis infectantes y posee un alto índice de transmisibilidad. Afecta con mayor frecuencia, a niños de ambos sexos menores de 5 años y su período de incubación es de 1 a 7 días. El síndrome de Ekiri o encefalopatía letal tóxica es una grave complicación de la shigellosis. Se trata de un raro síndrome de toxicidad extrema que se presenta con convulsiones, hiperpirexia, cefalea seguida de edema cerebral y un cuadro rápidamente mortal, con signos clínicos de muerte cerebral dentro de las 48 h de inicio de la presentación de la enfermedad³.

Presentamos un caso de una paciente de 5 años de edad que al llegar a nuestro hospital presentaba una historia de 12 h de evolución de evacuaciones diarreicas disintéricas y cefalea. Además un episodio convulsivo seguido de pérdida de la conciencia de 2 h antes de su llegada a nuestro hospital. Su escala de Glasgow fue de 5/15 y se le realizó el diagnóstico de encefalopatía letal tóxica o síndrome de Ekiri. Los datos relevantes de laboratorio fueron: marcada hiponatremia (sodio 117 mmol/l) y un coprocultivo que reveló *S. flexneri*; la muestra fecal fue cultivada en agar de MacConkey y agar *Salmonella-Shigella*. La identificación bioquímica se realizó con método estándar⁴ y el grupo serológico se identificó por aglutinación con antiseros polivalentes de la casa comercial (BBL, Beckton Dickinson Cockeysville, MD, USA). La paciente falleció a las 46 h de el inicio de su cuadro clínico.

Las alteraciones neurológicas figuran entre las más frecuentes manifestaciones extraintestinales de la shigellosis y se observan en un 40% de los niños infectados hospitalizados. Nuestra paciente presentó un raro síndrome de encefalopatía y toxicidad extrema: el síndrome de Ekiri. Se ha descrito previamente que la cefalea es el primer signo significante de encefalopatía^{3,5}. Nuestra paciente cursó con un cuadro agudo de shigellosis, con disentería, historia de cefalea, hipona-

tremia, convulsión seguida de pérdida de la conciencia y con signología de muerte cerebral antes de las 48 h del inicio de su enfermedad como ya se ha descrito en artículos previos. Fue aislada *S. flexneri* la que, según estudios, es la más relacionada a esta grave complicación.

El síndrome de Ekiri es una complicación rara, pero, es la causa de muerte más frecuente por shigellosis en los países industrializados³. El grupo poblacional más susceptible son los niños menores de 5 años y la muerte es rara en los niños mayores y bien nutridos. La incidencia de diarrea y muertes anuales secundarias a la shigellosis es elevada². Ante esta cruda realidad consideramos de suma importancia indagar por cefalea en la historia clínica de los pacientes pediátricos que cursen con diarrea disintérica. La cefalea es el primer síntoma significativo de síndrome de Ekiri. El reconocimiento temprano y las medidas rápidas para prevenir el edema cerebral, pueden mejorar el pronóstico de esta terrible complicación de la shigellosis^{3,5}.

Virginia Núñez-Samudio^a
e Iván Landires^b

^aCentro Integral de Radiodiagnóstico. Chitré. ^bGenomics and Proteomics Section. Gorgas Memorial Institute of Health Studies-Panamá. Panamá.

Bibliografía

1. Kotloff KL, Winickoff JP, Ivanoff B, Clemens JD, Swerdlow DL, Sansonetti PJ, et al. Global burden of *Shigella* infections: Implications for vaccine development and implementation of control strategies. Bull World Health Organ. 1999;77:651-66.
2. Von Seidlein L, Kim DR, Ali M, Lee H, Wang X, Thiem VD, et al. A multicentre study in six asian countries: disease burden, clinical manifestations, and microbiology. Plos Medicine. 2006;3:1556-68.
3. Goren A, Freier S, Passwell JH. Lethal toxic encephalopathy due to childhood shigellosis in a developed country. Pediatrics. 1992;89:1182-93.
4. Kelly MT, Brenner J, Farmer III JJ. Enterobacteriaceae. En: Ballows A, Hausler WJ, Shadomy HJ, editors. Manual of Clinical Microbiology. 4a. ed. Washington: American Society for Microbiology; 1995. p. 347-52.
5. Plötz FB, Arets HG, Fleer A, Gemke RJ. Lethal encephalopathy complicating childhood shigellosis. Eur J Pediatr. 1999;158:550-2.