

### **Epididimitis por *Salmonella enterica* serovar. *typhimurium***

**Sr. Editor:** La manifestación clínica más frecuente del grupo de las salmonelas gastroenteríticas es la gastroenteritis. Aproximadamente, el 10% de los casos se puede complicar con septicemias, infecciones focales a distancia y formación de abscesos<sup>1</sup>. Estos pacientes suelen presentar alguna enfermedad de base importante, como malformaciones urológicas, neoplasias o alteraciones del sistema inmunológico<sup>2-4</sup>. También los niños menores de un año y los ancianos están considerados como un grupo de riesgo<sup>5-7</sup>.

Presentamos el caso de una epididimitis y formación de tumoración por *Salmonella enterica* serovar *typhimurium* en un niño sano 5 semanas después de sufrir un cuadro de gastroenteritis aguda.

Se trataba de un paciente de 13 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, que acudió al servicio de urgencias por presentar desde hacía 5 días fiebre de 39 °C y dolor intermitente en el hemescroto izquierdo, con irradiación a la región inguinal. En la exploración física se observó una tumefacción escrotal izquierda, con coloración rojo-violácea de la piel. Aumento del polo superior testicular con dolor y empastamiento a la palpación. Ante la sospecha de torsión testicular fue remitido al servicio de cirugía pediátrica. En la ecografía testicular apareció un hemescroto izquierdo aumentado de tamaño a expensas de la región posterolateral, con una zona de ecoestructura heterogénea de 2 por 1 cm de diámetro, compatible con torsión del apéndice testicular. En la analítica destacan 9.800 leucocitos polimorfonucleares neutrófilos/ml, con 78% de desviación izquierda. El

urocultivo es negativo. Se extrajeron dos muestras de sangre para hemocultivos. Se descartan otras enfermedades que pudieran predisponer a la bacteriemia por salmonelas de serotipos gastroenteríticos, como portador de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hemoglobinopatías, enfermedades linfoproliferativas o enfermedades inflamatorias intestinales. Se realiza intervención quirúrgica y se extrae una masa blanquecina del epidídimo, que es enviada a los servicios de Anatomía Patológica y Microbiología. En el primero informan de un tejido epididimario con la luz ocupada en su totalidad por leucocitos polimorfonucleares. En la estroma aparecen linfocitos, histiocitos y células plasmáticas y, en el tejido periférico, edema y vasos dilatados, todo ello compatible con un proceso inflamatorio agudo. Se instaura tratamiento mediante amoxicilina-ácido clavulánico 1.000/200 mg/8 h intravenoso 3 días y posteriormente, 500/125 mg/8 h vía oral durante 10 días. En el cultivo del material remitido al laboratorio de microbiología se aísla un bacilo gramnegativo que es identificado mediante el sistema MicroScan (Dade Behring) como *Salmonella* spp. con un 99,9% de fiabilidad y, se constata mediante antibiograma la sensibilidad para amoxicilina-ácido clavulánico. Se hacen resiembras a agar Rambach y por aglutinación mediante antisueros específicos (BioMérieux), la cepa se identificó como perteneciente al serotipo *typhimurium*. A las 72 h es positivo uno de los hemocultivos para la misma bacteria.

Al volver a preguntar a la familia sobre enfermedades previas, refieren que el paciente había sufrido un cuadro de gastroenteritis aguda 5 semanas antes, que se resolvió espontáneamente. Se realizó estudio bacteriológico de las heces y se aisló *Salmonella enterica* serovar *typhimurium*.

Excluyendo las fiebres típicas y paratípicas, la manifestación más frecuente de la salmonelosis ocurre en el tracto gastrointestinal. Existen dos formas de diseminación, por continuidad a través del tracto urinario en pacientes de corta edad, anomalías de la vía urinaria, tuberculosis renal o neoplasias y, por vía hemática a cualquier parte del organismo<sup>8</sup>. Algunos serotipos de salmonelas tienen mayor poder invasivo que otros, estando descritos bastantes casos de infección extraintestinal por *Salmonella*

*enterica* serovar *enteritidis*<sup>9</sup>. Sin embargo, la producción de orquitis, epididimitis o abscesos testiculares es una entidad rara. De los 12 casos descritos en la literatura médica (MEDLINE), sólo dos están producidos por *Salmonella enterica* serovar *typhimurium*. Corresponden a orquitis y orquiepididimitis de pacientes adultos (39 y 26 años) y con procesos patológicos graves (neoplasia maligna y trasplante renal)<sup>8</sup>.

En nuestro caso, se trata de un paciente joven sin alteraciones de base, salvo haber padecido una gastroenteritis sin filiar 5 semanas antes. La vía más probable de diseminación parece hematógena, ya que no se encontró la bacteria en orina, y parece poco probable la transmisión por continuidad. Al aparecer, la epididimitis varias semanas después de la diarrea, se produce un retraso en el diagnóstico etiológico, ya que en principio no se relaciona esta inflamación con el proceso gastrointestinal. Es tras la aparición y extirpación de la tumoración cuando se identifica el microorganismo y se relaciona con el cuadro diarreico previo. En este caso, la identificación de *Salmonella enterica* serovar *typhimurium* 48 h después de la intervención quirúrgica no cambió la actuación médica posquirúrgica, pero sí resolvió el diagnóstico etiológico de la tumoración que presentaba, ayudando a conservar el testículo y pudiendo dar definitivamente de alta al paciente.

Miguel Fajardo-Olivares<sup>a</sup>,

Javier Blanco-Palenciano<sup>a</sup>,

Alicia Beteta-López<sup>a</sup>

y Lorena Vega-Prado<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Sección de Microbiología. Hospital Universitario Perpetuo Socorro. <sup>b</sup>Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz. España.

## Bibliografía

1. Saphra I, Winther JW. Clinical manifestations of Salmonellosis in man. N Engl J Med 1957; 256:1128-34.
2. Gremillion DH, Gekler R, Ellenbogen C. *Salmonella* abscess. A potential nosocomial hazard. Arch Surg 1977;112:843-5.
3. Scott MB, Cosgrove MC. *Salmonella* infection and the genitourinary system. J Urol 1977;118: 64-8.
4. Cohen JI. Extraintestinal manifestation of *Salmonella* infection. Medicine 1987;66:349-88.
5. MacCready RA, Reardon JP, Saphra I. Salmonellosis in Massachusetts. N Engl J Med 1957; 256:1121-8.
6. Rubin RH, Weinstein L. *Salmonellosis: microbiologic, pathologic, and clinical features*. New York: Stratton Intercontinental, 1977.
7. Miller SI, Hohmann EL, Pegues DA. *Salmonella*. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. *Principles and practices of infectious diseases*. Philadelphia: Churchill Livingstone, 1995; p. 2013-33.
8. Ejlertsen T, Jensen HK. Orchitis and testicular abscess formation caused by non-typhoid *Salmonellosis*. APMIS 1990;98:294-8.
9. Svenungsson B. Suppurative epididymo-orchitis due to *Salmonella enteritidis*. J Infect 1984; 8:64-6.