

Prolapso rectal en un recién nacido con diarrea por *Shigella*

Rectal prolapse in a neonate with Shigella diarrhea

Dra. Marina Villarreal^a y Dra. Patricia Brum^b

RESUMEN

Se describe un caso de prolapso rectal secundario a diarrea por *Shigella* en un neonato de 10 días de vida, alimentado con pecho exclusivo. Su hermano de 2 años había tenido diarrea por el mismo patógeno hasta 2 semanas antes.

El coprocultivo fue positivo para *Shigella flexneri* II, resistente a amoxicilina; los hemocultivos y el cultivo de líquido cefalorraquídeo fueron negativos.

El tratamiento con ceftriaxone por vía parenteral revirtió el prolapso en 48 h.

Conclusión. El prolapso rectal es una complicación poco común de la diarrea por *Shigella* en la infancia. Se ha descrito en edades mayores, pero nunca antes en un neonato.

Palabras clave: prolapso rectal, neonato, diarrea, *Shigella*.

SUMMARY

A case of neonatal rectal prolapse during *Shigella* diarrhea is described. A 10 days neonate exclusively breast fed, whose 2 years old brother has had the same process 2 weeks ago.

Medical treatment with intravenous ceftriaxone resolved rectal prolapse in 48 hours.

Stool cultures showed the presence of *Shigella flexneri* II resistant to amoxicillin; blood and cerebrospinal fluid, cultures were negative.

Conclusion. Rectal prolapse is an uncommon complication seen in infants with *Shigella* diarrhea. It has been described in older children, but never before in neonates.

Key words: rectal prolapse, neonate, diarrhea, *Shigella*.

INTRODUCCIÓN

El prolapso rectal es la herniación del recto a través del ano. Puede exponerse sólo la mucosa (prolapso mucoso) o todas las capas de la pared rectal al (prolapso completo o procidencia).¹

En pediatría, la edad de presentación más común es entre 3 y 5 años y predomina el prolapso rectal mucoso.^{1,2}

La fisiopatogenia del prolapso rectal tiene relación con el aumento de la presión intraabdominal y con condiciones que predisponen a la debilidad del piso pélvico. En algunos casos es idiopático, dado que la masa muscular de los niños no está bien desarrollada y se relaciona con los largos períodos de práctica de evacuación en bacinillas.¹⁻³

En muchos casos, el prolapso rectal es un signo clínico secundario a una patología subyacente. En pediatría, las patologías subyacentes más frecuentes son: constipación crónica, desnutrición, diarrea aguda, enfermedades parasitarias, posquirúrgico de malformaciones anorrectales, fibrosis quística, meningocele, coqueluche y síndrome de Ehler-Danlos.²

El prolapso rectal en neonatología es muy poco frecuente; se lo ha descrito asociado a: un posquirúrgico de reparación laparoscópica de ano imperforado en neonatos; un neonato con síndrome de Wiedemann-Rautenstrauch; dos neonatos con enfermedad de Hirshsprung y un neonato con tirotoxicosis.⁴⁻⁷

El prolapso rectal ha sido descrito en cuadros de diarrea por *Shigella* en niños, pero no en edad neonatal. Ciertamente es que la diarrea, especialmente la diarrea por *Shigella*, es poco común en neonatología.^{8,9}

En un estudio realizado en Zimbabwe, durante una epidemia de disentería por *Shigella* se evaluaron 312 niños y el prolapso rectal se describe en el 5%, ninguno en etapa neonatal.¹⁰ En un estudio retrospectivo del Reino Unido, de un total de niños derivados a un servicio de cirugía infantil durante un período de 5 años (n: 49), el niño más pequeño con prolapso rectal tenía 4 meses.²

En un estudio de Bangladesh se describen las características clínicas de niños con diarrea por *Shigella* desde el nacimiento hasta los 10 años de edad (incluye 30 neonatos). No se registró ningún caso de prolapso rectal en menores de 3 meses, mientras que 8% de los mayores de 1 año lo presentaron.¹¹

En este informe de caso se describe un neonato con prolapso rectal a los 10 días de vida, secundario a diarrea por *Shigella flexneri*.

a. Consultorio Externo, Servicio de Neonatología. Hospital General Lucio Molas.

b. Centro de Salud Vicente Fernández, Los Hornos. Santa Rosa, La Pampa.

Conflicto de intereses:
Nada que declarar.

Correspondencia:
Dra. Marina Villarreal:
marvillarreal@cpenet.com.ar

Recibido: 26-5-09
Aceptado: 14-7-09

CUADRO CLÍNICO

Se presenta un neonato hijo de madre secundigesta de 19 años. Embarazo controlado, serologías negativas del último trimestre de embarazo, pesquisa de estreptococo B negativa. Ruptura espontánea de membranas intraparto.

Nació de parto vaginal, cefálico, con 38 semanas de gestación. Peso al nacer 3060 g (adecuado para edad gestacional), Apgar 9/10. Ligadura oportuna de cordón umbilical, puesta precoz a pecho en sala de partos.

Permaneció en internación conjunta, con pecho exclusivo. A las 34 h de vida el neonato presentó deposición con "hilos" de sangre. Pezones maternos sanos. La madre recordó que el hermano de 2 años había tenido diarrea durante 2 meses, y que había recibido antibióticos hasta hacía 2 semanas. El hermano y el padre habían estado de visita en la internación conjunta desde el nacimiento del bebé.

Se tomaron muestras para coprocultivo al bebé y la familia. Hemograma GB 9800, fórmula normal, Hto 56%, plaquetas normales. El bebé fue dado de alta por no reiterarse el episodio, en buen estado y con pecho exclusivo, a las 50 h de vida.

La familia concurrió a control programado en Centro de Salud. A los 10 días, el neonato reiteró deposiciones con sangre y fue derivado al consultorio neonatal por diarrea con sangre, y por la aparición de prolapso rectal.

En el consultorio, la madre relató que su bebé lloraba casi permanentemente los últimos días, con esfuerzo defecatorio y deposiciones mucosanguinolentas de escasa cuantía, 2-3/día; alimentado con pecho materno exclusivo.

Al examen clínico: irritable, afebril, normohidratado. Prolapso rectal mucoso, abdomen blando, depresible. Durante el examen presentó crisis de llanto seguida por deposición mucosanguinolenta y el prolapso rectal empeoró con el esfuerzo defecatorio. Peso 3100 (superaba el peso de nacimiento). Resto del examen sin alteraciones.

El neonato fue internado, con las precauciones de aislamiento correspondientes.¹² El análisis directo de materia fecal mostró leucocitos y hematíes positivos. Hemograma: GB 20 300, 50% segmentados, Hto 48%, plaquetas normales. Glucemia 94 mg%. Ionograma y urea en sangre normales. Citoquímico de líquido cefalorraquídeo normal.

Se obtuvo el resultado del coprocultivo realizado al neonato en su segundo día de vida: positivo para *Shigella flexneri* serotipo II, resistente a amoxicilina. Los coprocultivos de la madre, el padre y el hermano de aquel día fueron negativos.

Recibió tratamiento endovenoso con ceftriaxona. A las 48 h de tratamiento, con el cese de las deposiciones, cedió el prolapso y la irritabilidad desapareció. A las 72 h de tratamiento, con urocultivo, hemocultivos y cultivo de líquido cefalorraquídeo negativos, se externó y continuó tratamiento con ceftriaxona intramuscular hasta completar 5 días.¹³

Un mes después, nuevos coprocultivos del grupo familiar y del bebé fueron negativos. A los 6 meses de vida mantiene pecho exclusivo y presenta crecimiento y desarrollo normales, sin recurrencia del prolapso rectal.

DISCUSIÓN

Como sucede en la mayoría de los casos de prolapso rectal, en el neonato presentado, el prolapso fue detectado por los padres, que consultaron en el Centro de Salud de referencia.¹

El prolapso rectal mucoso que presentó es el tipo de prolapso rectal más frecuente, aunque la edad de presentación es excepcional.^{3,7}

En la mayoría de los casos de prolapso rectal, el recto se prolapsa durante la defecación o el llanto y se reduce espontáneamente. La resolución definitiva se logra con tratamiento conservador, o con el tratamiento de la afección subyacente.³

En pocos casos, si el prolapso rectal no se reduce espontáneamente debe reducirse manualmente, para evitar la estasis venosa, el edema y la ulceración.^{2,3} Los prolapsos que requieren reducción manual, los prolapsos recurrentes que no responden al tratamiento conservador y los complicados con dolor, sangrado o ulceración, deben ser evaluados por el cirujano.¹⁻³

Además, en todo caso de prolapso rectal recurrente se debe realizar estudio coproparasitológico y debe descartarse la fibrosis quística del páncreas. Un 11-23% de los pacientes con fibrosis quística presentan prolapso rectal.³

Un equipo quirúrgico inglés estudió 49 niños derivados por prolapso rectal recurrente. Luego de reiterar el tratamiento conservador y con laxantes, 24 de esos niños requirieron alguna intervención quirúrgica (escleroterapia, procedimiento de Tiersch, bandeado o rectopexia).² En 2008, un equipo quirúrgico croata publicó su experiencia sobre 86 niños con prolapso rectal recurrente refractario a tratamiento conservador. El 95% de esos casos se resolvieron con escleroterapia (inyección submucosa en ampolla rectal de una sustancia esclerosante). Sólo 4 pacientes en quienes fracasó la escleroterapia fueron resueltos con procedimiento de Tiersch. En ambos estudios, los ni-

ños que requirieron resolución quirúrgica fueron mayores de 4 años.^{2,3}

Los autores coinciden en que, a pesar de haber diversas técnicas quirúrgicas descritas en la bibliografía para prolapso rectal, ninguna puede considerarse óptima. También acuerdan en que pocos casos infantiles requerirán alguna, ya que la mayoría se resolverán con el tratamiento conservador o el tratamiento de la afección subyacente.^{2,3}

Como sucede en la mayoría de los niños con prolapso rectal mucoso, la evolución del neonato presentado fue buena, el prolapso cedió al tratar la causa subyacente (diarrea por *Shigella*), y con 6 meses de vida no ha presentado recurrencia.^{1,2}

En relación a la infección por *Shigella*, este bebé presentó algunas diferencias con la clínica descrita en menores de 3 meses con diarrea por *Shigella* en un estudio realizado en Bangladesh: no cursó con bacteriemia ni tuvo deshidratación y presentó prolapso rectal.¹²

En ese estudio, la mortalidad de los menores de 3 meses fue del triple que la de los niños mayores, pero sólo el 14% recibía alimentación con pecho exclusivo.¹¹ Este bebé sólo ha recibido pecho exclusivo. Se ha descrito la importancia de la leche materna para evitar la diarrea en general y para disminuir la gravedad del cuadro de diarrea por *Shigella* en particular.^{14,15}

El hermano de 2 años de edad del neonato presentado tenía antecedente de diarrea causada por *Shigella*. Pero su coprocultivo del día en que el neonato comenzó con diarrea, y los de sus padres, fueron negativos. En este aspecto son similares dos casos de diarrea neonatal por *Shigella*: en Francia, la madre había tenido diarrea, pero su coprocultivo al enfermar el bebé fue negativo; en Michigan, los 6 miembros de la familia nuclear habían presentado diarrea, pero sólo 2 tuvieron coprocultivos positivos.^{8,9}

La transmisión de *Shigella* en neonatología es potencialmente alta,⁹ pero no se presentó ningún otro caso de diarrea, ni en el personal, ni en otros pacientes.

En este Servicio de Neonatología, el descripto es el primer caso de diarrea bacteriana neonatal y el primero de prolapso rectal neonatal, al menos en los últimos 25 años.

Desde el Centro de Salud, se notificó el caso a la Municipalidad de la Ciudad de Santa Rosa. El barrio tiene provisión de agua potable en forma parcial desde el mes de diciembre, provisto a través de camiones. Se realizó también asesoramiento sobre higiene a la familia y a los habitantes del barrio. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Siafakas C., Vottler TP, Andersen JM. Rectal prolapse in pediatrics. *Clin Pediatr (Phila)* 1999;38(2):63-72.
2. Antao B, Bradley V, Roberts JP, et al. Management of rectal prolapse in children. *Dis Colon Rectum* 2005;48(8):1620-5.
3. Zganjer M, Cizmic A, Cigit I, et al. Treatment of rectal prolapse in children with cow milk injection sclerotherapy: 30-year experience. *World J Gastroenterol* 2008;14(5):737-740.
4. Vick LR, Gosche JR, Boulanger SC, et al. Primary laparoscopic repair of high imperforate anus in neonate males. *J Pediatr Surg* 2007;42(11):1877-81.
5. Dinleyici EC, Tekin N, Dinleyici M, et al. Clinical and laboratory findings of two newborns with Wiedemann-Rautenstrauch syndrome: additional features, evaluation of bone turnover and review of the literature. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2008;21(6):591-6.
6. Traisman E, Conlon D, Sherman JO, et al. Rectal prolapse in two neonates with Hirschsprung's disease. *Am J Dis Child* 1983;137(11):1126-7.
7. Brookfield DS, McCandless AE, Smith CS. Thyrotoxicosis in a neonate of a mother with no history of thyroid disease. *Arch Dis Child* 1976 Apr;51(4):314-6.
8. Mokhtari M, Gourrier E, el Hanache A, et al. Neonatal shigellosis. Les shigelloses neonatales. *Arch Fr Pediatr* 1993;50(6):509-11.
9. Beer LM, Burke TL, Martin DB. Shigellosis occurring in newborn nursery staff. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1989;10(4):147-9.
10. Nathoo KJ, Porteous JE, Wellington M, et al. Predictors of mortality in children hospitalized with dysentery in Harare, Zimbabwe. *Centr Afr J Med* 1998;44(11):272-6.
11. Huskins WC, Griffiths JK, Faruque AS, et al. Shigellosis in neonates and young infants. *J Pediatr* 1994;125(1):14-22.
12. Paganini HR. Diarrea aguda. Guía de diagnóstico y tratamiento de infecciones en pediatría. Cap.14. Control de infecciones en el hospital. Editorial Científica Interamericana SACI 2003; Págs. 326-327.
13. Paganini HR. Diarrea aguda. Guía de diagnóstico y tratamiento de infecciones en pediatría. Cap. 1 Enfermedades infecciosas. Editorial Científica Interamericana SACI 2003; 41.
14. Struelens MJ, Patte D, Kabir I, et al. *Shigella* septicemia: prevalence, presentation, risk factors and outcome. *Infect Dis* 1985;152(4):784-90.
15. Golding J, Emmet PM, Rogers IS. Gastroenteritis, diarrhea and breast feeding. *Early Hum Dev* 1997;49 Suppl:S83-103.