

INFECCIONES GRAVES POR STREPTOCOCCUS PYOGENES

Como es de público conocimiento, en los últimos días se han producido cinco muertes relacionadas con la infección por *Streptococcus pyogenes*: dos niñas, una de seis de Rosario y otra de siete años de Posadas, dos niños en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y un adulto en Pergamino. Otros tres niños fueron internados en grave estado en Buenos Aires, aunque uno fue dado de alta. A estos se agregan dos casos nuevos en niños, uno en Bernal y otro en Florencio Varela. En tres casos se detectó coinfección con Influenza A.

Un comunicado de la Secretaría de Salud de la Nación señala que este tipo de eventos pueden darse con mayor frecuencia en esta época del año y sugiere concurrir al centro de salud más cercano ante la aparición de cuadros respiratorios que presenten temperatura elevada, dolor de garganta, ganglios inflamados o bien infecciones en la piel.

¿Qué es el *Streptococcus pyogenes* y cuales son la formas invasivas?

El *Streptococcus pyogenes*, es una de las bacterias patógenas humanas más comunes, sobre todo en los pacientes pediátricos, principal responsable de la faringitis bacteriana. También conocida como estreptococo β -hemolítico del grupo A (EBHGA), produce diversas enfermedades de gravedad variable, desde faringoamigdalitis aguda y sus complicaciones supurativas, infecciones en las capas superficiales de la piel (impétigo), en las capas profundas (erisipela) hasta cuadros con elevada morbimortalidad como las complicaciones postinfecciosas (fiebre reumática y glomerulonefritis postestreptocócica) y las infecciones invasivas.

Las infecciones invasivas por EBHGA se definen como aquellas cuyo aislamiento del agente ocurre en sitios normalmente estériles (sangre, líquido cefalorraquídeo, líquido articular, entre otros), que provocan cuadros de bacteriemia, osteomielitis, celulitis, meningitis hasta la fascitis necrotizante y síndrome de shock tóxico estreptocócico.

En las últimas décadas, se ha observado un incremento global de las infecciones invasivas en Europa y Norte América, pero la causa no ha sido determinada. En Europa, la incidencia es de 2,79 casos/100.000 habitantes/año, con una incidencia pediátrica estimada de 0,12-3,1/100.000 niños/año.

En Argentina oscilan entre 0,4 y 5 casos/100.000 habitantes por año y es mayor en niños y ancianos.

La mortalidad pediátrica está entre el 3,6-8,3%, pero en su forma más grave, el síndrome de shock tóxico estreptocócico, puede alcanzar el 26,8%.

¿Cuáles son los factores de riesgo para las formas invasivas?

Se suele producir en individuos sin ninguna enfermedad subyacente. La mayoría de los estudios informan como puerta de entrada la cutánea y como presentación clínica inicial predominante, celulitis.

Los principales factores de riesgo para las infecciones invasivas son: edades extremas (menores de 5 y mayores de 65 años), estados de inmunosupresión,

varicela, diabetes, y lesiones en la piel y partes blandas, infección de herida quirúrgica, infecciones virales previas.

Las formas de presentación más habituales son la bacteriemia oculta o celulitis, y el lugar más frecuente de aislamiento de EBHGA es la sangre. *Las infecciones invasivas raramente suceden a la faringitis.*

Cuáles son las formas frecuentes de infección por *Streptococcus pyogenes*

La enfermedad estreptocócica leve se presenta principalmente en niños de 5-15 años, en climas templados y comúnmente ocurre en invierno y el comienzo de la primavera y hay que diferenciarla de los cuadros virales.

Los pacientes con faringitis EBHGA suelen presentar dolor de garganta (en general de comienzo súbito), odinofagia y fiebre. También puede haber cefalea, náuseas, vómitos y dolor abdominal, especialmente en los niños. La semiología muestra eritema faríngeo y amigdalino con o sin exudados, a menudo con dolor y agrandamiento de los ganglios linfáticos cervicales anteriores.

Otros hallazgos pueden incluir la hinchazón y el enrojecimiento de la úvula, petequias en el paladar; narinas excoriadas (especialmente en niños) y erupción escarlatiniforme. Sin embargo, ninguno de estos hallazgos es específico de la faringitis por EBHGA.

A la inversa, la ausencia de fiebre o la presencia de características clínicas tales como conjuntivitis, tos, ronquera, congestión nasal, estomatitis anterior, lesiones ulcerosas leves en la cavidad bucal, exantema viral y diarrea sugieren fuertemente una etiología viral y no una infección estreptocócica.

Los cuadros febriles en menores de 3 años, que se acompañan de tos, rinitis, faringitis y/o conjuntivitis, que no tienen medio epidemiológico para EBHGA, ni factores de riesgo, no requieren la realización de estudios para la detección de *Streptococcus pyogenes* en fauces.

Diagnóstico

El diagnóstico clínico se basa en la presencia de tres o más de los siguientes signos, con una sensibilidad de más del 75%:

- Odinofagia.
- Fiebre.
- Cefalea.
- Dolor abdominal, náuseas y vómitos.
- Eritema de las amígdalas y el velo del paladar con o sin exudados.
- Adenopatía cervical anterior.
- Exantema escarlatiniforme (pequeñas manchas rojas, ásperas al tacto,

confluentes, sin piel sana interpuesta).

Ninguno de estos signos es específico de faringitis estreptocócica si está presente en forma aislada.

La tos, la conjuntivitis, la disfonía, la presencia de vesículas y la rinitis sugieren fuertemente un origen viral

La confirmación de la presencia del EBHGA se realiza comúnmente con las pruebas rápidas y el cultivo del hisopado faríngeo.

El diagnóstico de la forma invasiva se hace por el aislamiento del agente en hemocultivos o cultivos de materiales normalmente estériles.

Que hacer en caso de consulta por fiebre y dolor de garganta

Se debe revisar al paciente (sin ropa), establecer que la fiebre no sea debida a otra causa y si el cuadro incluye faringoamigdalitis sobre todos en mayores de 3 años, o menores de 3 años concurrentes a guardería o Jardín de infantes, tomar una muestra para exudado de fauces: idealmente test rápido y cultivo.

Cuando tratar con antibióticos?

No habiendo una única estrategia válida y existiendo aún áreas de incertidumbre en este tema, muchas guías sugieren que frente a un paciente con faringitis aguda siempre es conveniente evaluar los criterios de Centor o los criterios de Centor modificados por Mc Isaac, para definir la necesidad de antibióticos.

Criterios de Centor modificados por Mc Isaac para diagnóstico de faringoamigdalitis

Criterios	puntaje
Ausencia de tos	1
Exudado amígdala	1
Adenopatías cervicales anteriores	1
Temperatura >38°C	1
Edad:	
3-14 años	1
15-44 años	0
45 años o más	-1
Puntuación total	Riesgo de infección SP
>0	1- 2,5%
1	5- 10%
2	11- 17%
3	28- 35%
>4	51- 53%

Con un puntaje de 0 o 1: no indicar antibióticos.

Cuando es de 2 o 3: realizar test rápido y tratar con antibióticos solo a los positivos.
Si el puntaje es 4 o 5: puede optarse por realizar el test rápido y tratar con antibióticos solo a los positivos, o no realizar un test rápido y tratar con antibióticos a todos.

En los centros donde no hay disponibilidad de test rápidos para el diagnóstico, limitar el tratamiento antibiótico a pacientes con 3 o más criterios.

Si solo se dispone del cultivo, éste puede reemplazar al test rápido.

Dado que los resultados demoran 24 horas, puede iniciarse el tratamiento antibiótico en casos de alta sospecha de infección estreptocócica y suspenderlo si el cultivo es negativo, o diferir el inicio de la antibioticoterapia hasta conocer el resultado del mismo .

Cuál es el tratamiento apropiado

Si se confirma el diagnóstico de EBHGA, el tratamiento de elección es penicilina.

Es el principal antibiótico para el tratamiento efectivo y para erradicarlo de la faringe. No se han notificado cepas de EBHGA resistentes a penicilina.

Debe indicarse dos veces por día por 10 días, a pesar de que los pacientes manifiestan una rápida mejoría sintomática luego de iniciado el tratamiento.

La penicilina benzatínica por vía intramuscular en única dosis se puede indicar en aquellos casos en los que la vía oral no pueda utilizarse o cuando la continuidad del tratamiento resulte improbable.

Siempre recordar y tranquilizar a los padres mencionando que es una patología muy frecuente en pediatría, principalmente entre 4 y 10 años, mayor en esta época del año (primavera y otoño) y que con tratamiento adecuado con penicilina durante 10 días vía oral, las posibilidades de complicaciones son muy infrecuentes.

Señalar que los tratamientos que se cortan antes de tiempo tienen mayor probabilidad de recaídas y que si un hermano u otro familiar comienzan con fiebre consulte a un profesional.

Tratamiento Antibiótico de Faringoamigdalitis por EBHGA

Situación clínica	Tratamiento de elección
Faringoamigdalitis	Penicilina V, VO, durante 10 días: 500 000 U/kg/día divididas en 2 dosis, peso < 27 kg 750 000 U c/12 h, peso ≥ 27 kg
Alergia a penicilina	Claritromicina, VO, 15 mg/kg/día, en 2 dosis durante 10 días o Clindamicina, VO, 15-25 mg/kg/día, en 3 dosis durante 10 días
Intolerancia digestiva o mala adherencia al tratamiento oral	Penicilina benzatínica, IM, en dosis única: 600 000 U, peso <27 kg, 1 200 000 U, peso ≥ 27 kg

Recordar

Streptococcus pyogenes o estreptococo beta hemolítico del grupo A causa numerosas infecciones en la infancia, generalmente faringoamigdalitis, con mayor frecuencia en esta época del año y con tratamiento adecuado las posibilidades de complicaciones son muy infrecuentes

Si el paciente persiste con fiebre elevada o mal estado general, rechazo del alimento, decaimiento evidente o cambios en la coloración de la piel debe concurrir nuevamente y de inmediato a la guardia.

El diagnóstico temprano de las formas invasivas de la enfermedad y adecuado tratamiento mejora el pronóstico.

Fuentes: Secretaría de Salud de la Nación, Sociedad Argentina de Pediatría,

Moreno Rodolfo P et al. Arch. argent. pediatr. [online]. 2006, vol.104, n.3 pp.265-

268, Medicina Infantil 2014; XXI: 80-84, Enfermedades Infecciosas y Microbiología

Clínica, 2018, 36(6), 352–356; Lopardo G, et al. MEDICINA (Buenos Aires) 2012;

72: 484-494; Abordaje Integral de las. Infecciones Respiratorias Agudas. Ministerio de Salud 2015.

Martín Cañás y Martín Urtasun para FEMEBA Hoy