



Sociedad Argentina de Pediatría – Comité Nacional de Infectología

Alerta sobre infecciones graves por *Streptococcus pyogenes* en niños

En la semana epidemiológica 35 (del 26/08 al 01/09/2018) fueron asistidos en el Hospital Pedro de Elizalde de la Ciudad de Buenos Aires 5 casos de enfermedad invasiva por *Streptococcus pyogenes*; 3 niños residentes de Ciudad de Buenos Aires y 2 niños residentes de provincia de Buenos Aires, con edades de 7 meses a 7 años.

Presentaron cuadro grave 3 casos, que requirieron internación en Unidad de Cuidados Intensivos. A la fecha 2 permanecen internados en sala de pediatría y un niño fue dado de alta. La presentación clínica fue shock séptico, neumonía con derrame, y neumonía necrotizante.

Fallecieron dos pacientes, uno de CABA y uno de provincia Bs As., que presentaron cuadro de shock séptico y neumonía con derrame respectivamente. Otro caso ocurrió en los últimos días en Rosario, Provincia de Santa Fe y en Posadas, Provincia de Misiones

También se notificó la muerte de un paciente de 38 años en Pergamino y dos casos nuevos en niños, uno en Bernal y otro en Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires.

En todos se aisló *Streptococcus pyogenes* en líquido pleural o hemocultivo. En tres casos se detectó coinfección con Influenza A.

Dada la situación de 7 casos con enfermedad grave en niños en tan breve período de tiempo y fallecimiento de cuatro casos en Buenos Aires, Santa Fe y Misiones es importante recordar:

El *Streptococcus pyogenes* causa un amplio espectro de manifestaciones clínicas de enfermedad, desde cuadros leves, como faringitis, impétigo, escarlatina, hasta infecciones invasivas graves. Se definen como **infecciones invasivas por *Streptococcus pyogenes*** 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**, que presentan elevada morbimortalidad. Una mayor agresividad se ha asociado frecuentemente a la emergencia de cepas más virulentas relacionadas con los serotipos M1 y M3 y con la producción de exotoxinas pirogénicas, principalmente la SpeA, que pueden actuar como superantígenos.

El **diagnóstico** se hace por el aislamiento del agente en hemocultivos o cultivos de **materiales normalmente estériles, y cuadro clínico compatible**.

Los niños sanos pueden ser afectados por este agente y el rango de edad va desde los primeros años y ocurren durante toda la etapa pediátrica. Los adultos también lo

pueden padecer. Sin embargo hay **factores de riesgo en niños** que lo hacen más frecuente: padecer o haber tenido varicela recientemente, infecciones de piel y partes blandas, infección de herida quirúrgica, infecciones virales previas y alguna condición subyacente relacionada con la inmunidad del paciente.

La puerta de entrada de las infecciones invasivas suele ser especialmente la piel y secundariamente las mucosas. Las infecciones invasivas raramente suceden a la faringitis.

No obstante y ante la demanda creciente en guardias y consultorios de familias asustadas por la posibilidad de este cuadro en sus hijos consideramos prudente señalar:

¿Cómo abordar un paciente, cuya familia consulta asustada por fiebre y dolor de garganta?

En este caso 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 Jardín Maternal o de infantes, tomar una muestra para exudado de fauces: idealmente test rápido y cultivo.

¿Qué decir a los padres frente a un cuadro de faringoamigdalitis con resultado positivo del test rápido o cultivo?

Ante todo tranquilizarlo. Explicarle que esta 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.

¿Qué signos de alarma obligan a volver a la Guardia o consultar al pediatra?

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.

¿Cómo abordar un paciente grave?

Se debe internar en UCIP, con medidas de sostén, evaluar la posibilidad de shock y tratamiento del mismo.

El tratamiento IV incluye la combinación de Penicilina IV 100.000 U/kg/día cada 6 horas + clindamicina 30-40 mg/kg/día cada 8 horas IV. La duración promedio de tratamiento IV son 10-12 días en pediatría. En algunos casos más graves requiere

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

internación en UCIP ya que el *Streptococcus pyogenes* produce una toxina que asemeja al síndrome de shock tóxico por estafilococos. En estos casos el seguimiento estricto es fundamental donde se pueden incluir otras medidas terapéuticas de sostén. La letalidad de la enfermedad invasiva por *Streptococcus pyogenes* en Argentina, en un estudio multicéntrico de 20 hospitales públicos y privados, coordinados por la Sociedad Argentina de Pediatría fue de 7,69%.

Es importante para los pediatras estar alertas a las formas de presentación invasivas de la Infección por *Streptococcus pyogenes* ya que un pronto reconocimiento de la enfermedad y adecuado tratamiento mejora el pronóstico.

Comité Nacional de Infectología. Sociedad Argentina de Pediatría