



Alerta por Infecciones causadas por *Streptococcus pyogenes* en niños

Ante el alerta emitido por la Gerencia Operativa de Epidemiología de Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), el día 7/09/18, debido a la ocurrencia de 5 casos de enfermedad invasiva por *Streptococcus pyogenes* asistidos en un hospital público de CABA, se plantea a la comunidad médica la necesidad tener en cuenta algunas recomendaciones para la asistencia de pacientes pediátricos:

Streptococcus pyogenes es una bacteria que puede causar un amplio espectro de manifestaciones clínicas, incluyendo los cuadros leves como faringitis, impétigo, escarlatina ó bien causar infección invasiva severa, tal como bacteriemia, celulitis, meningitis, fascitis necrotizante y síndrome de shock tóxico estreptocócico. La infección invasiva severa por *Streptococcus pyogenes* ocurre más frecuentemente como complicación de una infección de piel y partes blandas previamente existente (tales como varicela, infección de herida quirúrgica, etc.); la faringitis como puerta de entrada para la enfermedad invasiva ocurre en menos del 20% de los casos.

Es importante analizar las cepas de *Streptococcus* circulantes a fin de establecer la presencia de algunos factores de virulencia (tales como exotoxinas pirogénicas), asociados principalmente con los serotipos de *Streptococcus* más agresivos (serotipo M1 y M3).

El diagnóstico de infección estreptocócica se realiza mediante el aislamiento del microorganismo en hemocultivos o en cultivo de fluidos corporales normalmente estériles, en un paciente que presenta cuadro clínico compatible.

Ante el aumento inusitado de consultas pediátricas por temor a esta patología, es conveniente tener en cuenta:

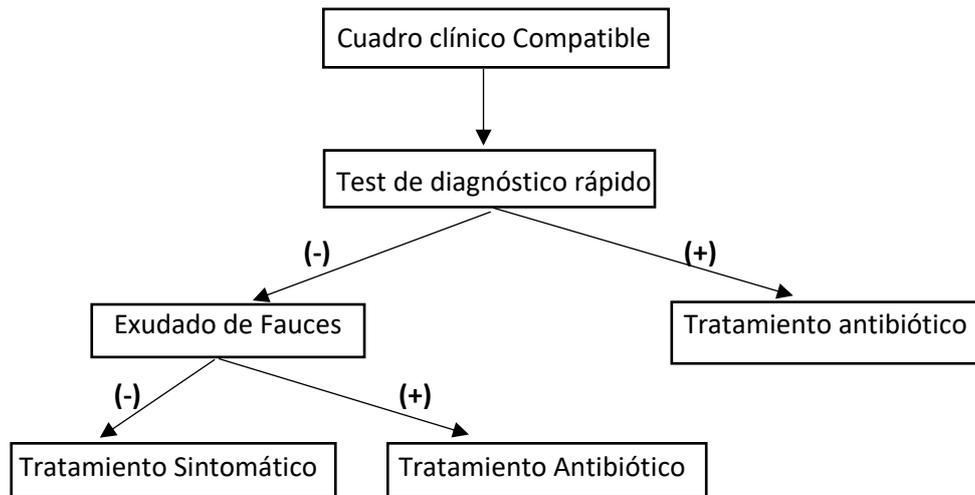
Hallazgos clínicos orientativos diferenciales de faringoamigalitis por *Streptococcus pyogenes* ó *Streptococcus* β -hemolítico de Grupo A (SGBA):

Característicos de SGBA	Característico de etiología viral
Odinofagia de comienzo agudo	Coriza
Odinofagia – disfagia	Difonía
Fiebre	Tos
Cefalea	Estridor
Dolor abdominal	Diarrea
Náuseas y vómitos	Conjuntivitis
Eritema faringoamigdalino	Estomatitis anterior
Exudado faringoamigdalino	Lesiones ulcerativas discretas
Úvula congestiva, edematosa	

Linfadenitis cervical anterior Rash escarlatiniforme	
---	--

Los niños con faringitis y síntomas altamente sugestivos de infección viral tales como: coriza, conjuntivitis, ronquera, disfonía, tos, estomatitis anterior, algunas lesiones ulcerativas bucales o diarrea) es improbable que tengan faringitis estreptocócica y no deberían ser testeados.

Por el contrario, niños con comienzo agudo de dolor de garganta y síntomas y signos tales como: exudado faríngeo, dolor al tragar (odinofagia), fiebre, y ganglios palpables y agrandados, petequias en paladar y exantema, debieran ser testeados mediante test rápido/cultivo de fauces, teniendo en cuenta:



La sensibilidad del test de diagnóstico rápido es del 95% comparada con el cultivo de fauces, vale decir que con un test rápido positivo: es indicación medicar con antibióticos; en tanto que, si el test rápido es negativo, es válido confirmar el resultado mediante el cultivo del exudado de fauces.

En caso de no disponer de test de diagnóstico rápido, tomar hisopado de exudado de fauces para cultivo; hasta obtener resultado el paciente puede ser medicado en forma empírica según severidad del cuadro clínico.

***Streptococcus pyogenes* ES SENSIBLE a Penicilina y éste es el tratamiento antibiótico de elección.**

Pautas de tratamiento

Penicilina VO (Fenoximetilpenicilina): 50.000 U/Kg/día, administrado cada 8 – 12 hs, alejado de las comidas, durante 10 días.

Tratamiento alternativo:

Amoxicilina (50 mg/kg/día) durante 10 días.

Para ***pacientes alérgicos*** a la Penicilina, la indicación es:

Eritromicina (20 – 40 mg/kg/día), administrado cada 6 – 8 hs, durante 10 días.

Tratamiento alternativo:

Claritromicina: (15 mg/kg/día), administrado cada 12 hs, durante 10 días.

Azitromicina: (10 mg/kg/día), administrado 1 vez/día, durante 5 días.

EL PACIENTE DEBE HABER COMPLETADO POR LO MENOS 24 HS DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ANTES DE SER REINCORPORADO A SUS ACTIVIDADES ESCOLARES HABITUALES.

En caso de que el niño persista febril, ó presente mal estado general, rechazo del alimento, alteraciones en el color de la piel, debe concurrir de inmediato a control.

Pacientes con impétigo no bulloso:

Para la erradicación de la enfermedad localizada por *Streptococcus pyogenes* y para limitar la propagación de persona a persona, pueden ser útiles la mupirocina ó ácido fusídico localmente.

Cuando las lesiones:

- son múltiples,
- se han diseminado de forma rápida,
- llevan varios días de evolución ó
- son extensas y con importante reacción inflamatoria

Es necesario evaluar tratamiento antibiótico sistémico e internación del paciente.

Enfermedad invasiva estreptocócica La enfermedad invasiva por SBGA puede manifestarse bacteriemia, neumonía, fascitis necrotizante entre otras, siendo la manifestación más severa el Síndrome de Shock Tóxico (SST). Series de casos informan en nuestro país una incidencia de 5 a 6 casos por cada 10.000 hospitalizaciones en Centros de Referencia Pediátricos. En 7 de cada 10 casos existe una puerta de entrada evidente; entre los factores predisponentes más frecuentes se encuentran las lesiones de varicela impetiginizada, como ocurre en más del 60% de los casos de infección estreptocócica invasiva en nuestro medio.

El apropiado manejo hidroelectrolítico en la emergencia, la terapéutica antimicrobiana sistémica, la administración de inmunoglobulina IV, como así también el drenaje agresivo de los tejidos afectados, son los pilares fundamentales en el tratamiento del SST y la fascitis necrotizante estreptocócica, que constituyen emergencias médicas pediátricas de altísima severidad.

Es necesario estar alertas, para poder realizar un diagnóstico precoz y manejo apropiado en la emergencia, lo cual se ha demostrado que mejora el pronóstico de esta enfermedad.

Comisión Directiva

Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica