

Síndrome celulitis-adenitis por «*Streptococcus agalactiae*» en gemelos

B. Moreno Sanz-Gadea, M. Sánchez Martín, R. López López, A. Alcolea Sánchez, M. de Ceano-Vivas La Calle
Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid

Resumen

La sepsis tardía por *Streptococcus agalactiae*, o *Streptococcus* del grupo B (SGB), es una entidad que aparece entre los 7 días y 3 meses de edad y que suele manifestarse como bacteriemia/sepsis sin foco; no obstante, puede aparecer a modo de infección local, como en el caso del síndrome celulitis-adenitis. Se describen 2 casos clínicos en hermanos gemelos con aparición de sepsis tardía por SGB acompañado de síndrome celulitis-adenitis con un intervalo de separación de 3 semanas.

Palabras clave

Sepsis de inicio tardío, síndrome celulitis-adenitis, *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus* grupo B, gemelos

Abstract

Title: Cellulitis-adenitis syndrome by *Streptococcus agalactiae* in twins

Late-onset sepsis by *Streptococcus agalactiae* is an entity that appears between 7 days and 3 months of age and it usually manifests as bacteremia/sepsis without focus. However, it may appear as a local infection such as cellulitis-adenitis syndrome. Two clinical cases are described in twins with the occurrence of late-onset sepsis by group B *Streptococcus* (GBS) with cellulitis-adenitis syndrome in a time interval of 3 weeks.

Keywords

Late-onset sepsis, cellulitis-adenitis syndrome, *Streptococcus agalactiae*, group B *Streptococcus*, twins

Introducción

La sepsis tardía por *Streptococcus agalactiae*, o *Streptococcus* del grupo B (SGB), ocurre entre los 7 días y 3 meses de vida, presentándose en la mayoría de los casos como bacteriemia/sepsis sin foco¹⁻³. La presentación como infección aparentemente local, descrita como síndrome celulitis-adenitis, es poco común, y en el 90% de los menores de 3 meses se asocia a bacteriemia⁴.

La sepsis precoz por SGB, que tiene lugar en la primera semana de vida, es una entidad cuya incidencia ha disminuido en los últimos años gracias a la profilaxis antibiótica intraparto de las madres portadoras de la bacteria, y su principal vía de transmisión es la vertical^{1,2}. No obstante, una correcta quimioprofilaxis intraparto frente a SGB no disminuye la incidencia de sepsis tardía y, por tanto, tampoco la del síndrome celulitis-adenitis². Se desconoce la vía exacta de transmisión en la enfermedad tardía por SGB, que no parece ser exclusivamente vertical, sino secundaria también a una transmisión horizontal (a través de la leche materna), a infecciones adquiridas en la comunidad o nosocomiales^{1-3,5}.

Entre los factores de riesgo asociados se encuentran la prematuridad, más frecuente en menores de 28 semanas, y el embarazo múltiple^{1,3}.

Casos clínicos

Se presentan 2 casos clínicos cuyo interés radica en la aparición de sepsis tardía por SGB acompañada de síndrome celulitis-adenitis en 2 hermanos gemelos con un intervalo de separación de 3 semanas.

En la primera visita, ambos gemelos, de 29 días de vida, acudieron al servicio de urgencias pediátricas por presentar mucosidad de 1 semana de evolución e hiporexia; el segundo gemelo asociaba fiebre de 38,5 °C de 30 minutos de duración.

Entre los antecedentes personales destacaban los siguientes: embarazo controlado, gemelar bicorial-biamniótico, edad gestacional 36 + 1 semanas, cultivo rectovaginal negativo, bolsa rota durante 5 horas, ausencia de fiebre materna, parto por cesárea, peso al nacimiento de 2.455 g y 2.615 g, respectivamente, y alimentación con lactancia mixta.

Ambos hermanos permanecieron en observación para realizar un control clínico y analítico, y la exploración física inicial resultó normal. Durante su estancia en urgencias, el segundo gemelo comenzó con quejidos, taquicardia y mala perfusión periférica, por lo que se realizó una analítica sanguínea con hemocultivo y se inició antibioterapia con ampicilina y cefotaxima. En la analítica se registró anemia de 9,2 g/dL, leucopenia 1.100/μL, PCR 16,2 mg/L y PCT 35,4 ng/mL. Se realizaron una punción lumbar, una radiografía de tórax y un uroanálisis, que descartaron la presencia de un foco infeccioso en esas localizaciones. De forma súbita, a las 6 horas de inicio de la fiebre, comenzó un rápido crecimiento progresivo de la tumoración eritematosa laterocervical derecha, empastada, de bordes bien definidos que borra el ángulo mandibular (figuras 1 y 2). Se realizó una ecografía que mostraba un conglomerado adenopático submaxilar, sin colecciones adyacentes. Se sospechó una infección por SGB sin confirmación microbiológica en el hemocultivo ni en el cultivo de leche materna, por lo que se mantuvo la misma antibioterapia hasta completar 10 días de tratamiento.

El primer gemelo permanecía asintomático, sin alteraciones analíticas y hemocultivo negativo. No precisó ingreso ni recibió tratamiento antibiótico, por lo que fue dado de alta al domicilio.

A las 3 semanas del ingreso del segundo gemelo, reingresó el primero en el servicio de urgencias con signos clínicos de sepsis (quejido, taquicardia, cutis reticular, mala perfusión periférica y letargia), fiebre de 1 hora y adenopatía eritematosa submandibular izquierda de aparición brusca. Se realizó el mismo protocolo de actuación y se inició tratamiento con ampicilina y cefotaxima. Presentaba leucopenia 3.000/μL, PCR 6,8 mg/L y PCT 21,92 mg/mL. Se aisló *S. agalactiae* en el hemocultivo y se diagnosticó un síndrome celulitis-adenitis con bacteriemia por SGB. Tras el crecimiento de *S. agalactiae* en el hemocultivo se suspendió la cefotaxima y se mantuvo la ampicilina durante 10 días.

Ambos casos precisaron un ingreso en la unidad de cuidados intensivos con un intervalo de 3 semanas de diferencia entre los dos. La evolución fue favorable, sin afectación neurológica y con resultados de líquido cefalorraquídeo (LCR) normales. Se realizó el estudio de portadores a ambos progenitores y a los gemelos, con resultados negativos para el cultivo de leche materna, frotis rectales y frotis faríngeos.

Conclusiones

La importancia de estos casos clínicos radica en la necesidad de sospechar un síndrome celulitis-adenitis en un lactante menor de 3 meses con aparición brusca de adenopatía y signos de sepsis. Hay que iniciar de forma precoz una antibioterapia empírica eficaz frente a SGB. Se debe realizar estudio completo de la sepsis, incluido el de LCR, dado que hasta el 25% de las formas localizadas pueden asociar un crecimiento de SGB en LCR^{2,4}.



Figuras 1 y 2. Tumoración eritematosa laterocervical derecha de bordes bien definidos que borra ángulo mandibular

Se realizó una ecografía que mostraba un conglomerado adenopático submaxilar, sin colecciones adyacentes. Se sospechó una infección por SGB sin confirmación microbiológica en el hemocultivo ni en el cultivo de leche materna, por lo que se mantuvo la misma antibioterapia hasta completar 10 días de tratamiento.

El manejo del hermano gemelo sano de un caso índice con infección invasiva por SGB suscita controversias: mientras algunos autores defienden el inicio de la antibioterapia empírica a pesar de no presentar sintomatología, otros optan por una actitud más conservadora basada en la vigilancia clínica¹. ■■■

Bibliografía

1. Escolano Serrano S, Ruiz Alcántara I, Alfonso Diego J, González Muñoz A, Gastaldo Simeón E. Infección tardía por estreptococo grupo B en gemelos nacidos mediante cesárea. *An Pediatr (Barc)*. 2015; 82(1): e95-e97.
2. Prieto Tato LM, Gimeno Díaz de Atauri A, Aracil Santos J, Omeñaca Teres F, Del Castillo Martín F, De José Gómez MI. Infección tardía por estreptococo del grupo B: experiencia en un hospital de tercer nivel (2000-2006). *An Pediatr (Barc)*. 2008; 68(3): 239-243.
3. Elling R, Hufnagel M, De Zoysa A, Lander F, Zumstein K, Krueger M, et al. Synchronous recurrence of group B Streptococcal late-onset sepsis in twins. *Pediatrics*. 2014; 133: e1388.
4. Mittal MK, Shah SS, Friedlaender EY. Group B Streptococcal cellulitis in infancy. *Pediatr Emerg Care*. 2007; 23(5): 324-325.
5. Fluegge K, Greiner P, Berner R. Late onset group B streptococcal disease manifested by isolated cervical lymphadenitis. *Arch Dis Child*. 2003; 88: 1.019-1.020.