

Desafío Diagnóstico

Dra. Elizabeth Castaño G.



Se trata de lactante menor de 3 meses de edad, que inicia cuadro de 2 días de evolución con aparición de fiebre no cuantificada, aumento de volumen, calor, rubor en antebrazo y brazo derecho de rápida progresión, autolimitado y la madre nota la presencia de una masa pequeña en el área axilar derecha, que corresponde a un adenitis axilar abscedada. Con dolor a la movilización del brazo. Sin ningún antecedente de vacunación reciente o trauma en dicha área. El paciente cursa con datos de sepsis clínica y con hemocultivo positivo.

Cuál es su diagnóstico?

- a) Celulitis por *Staphylococcus aureus*
- b) Erisipela por *Streptococcus pyogenes*
- c) Celulitis por *Streptococcus agalactiae*
- d) Celulitis por *Streptococcus pyogenes*

Respuesta

Dra. Elizabeth Castaño G.

El diagnóstico es B. Erisipela por *Streptococcus pyogenes* (*Streptococcus* del grupo A, GAS) Este patógeno puede producir infecciones leves o graves. Las leves como el impétigo contagioso, escarlatina, erisipelas, celulitis y la faringitis. En las graves, choque tóxico, fasciitis necrotizante y las infecciones supurativas localizadas (meningitis, neumonía) y secuelas post infección como glomerulonefritis, fiebre reumática. La incidencia global de infecciones severas en niños de 1.9 casos por cada 100,000, de choque tóxico de 0.8 casos por 100,000 y de fasciitis necrotizante de 0.13 por 100,000 casos 1y de 616 millones de nuevos casos de faringitis a nivel mundial.² En los Estados Unidos las infecciones invasivas por GAS causan hasta 11,500 episodios y cerca de 2000 muertes anuales. La incidencia es alta en los menores de 1 año y en personas > de 65 años. Cerca del 91% de los pacientes con infecciones por *S. pyogenes* son hospitalizadas.³

Se han establecido factores de riesgo para la aparición de infecciones invasivas, como la presencia de cuadros de varicela intradomiciliario o influenza, fiebre alta persistente mayor de 39° C, hacinamiento, la utilización de analgésicos no esteroideos(aunque se desconoce el mecanismo por el cual ocurre). La transmisión de la infección es de persona a persona a través de las vías respiratorias (portadores asintomáticos en la nasofaringe), para que ocurra el contacto debe ser estrecho en caso de faringitis, mientras que infecciones de la piel, se produce por la presencia de soluciones de continuidad en la misma debido a traumatismo, quemaduras, varicela o enfermedades previas de la piel.

La erisipela es una infección que afecta la epidermis y la dermis superficial de la cara, extremidades y puede involucrar el sistema linfático. La patogénesis de la erisipela comienza con la disrupción de la piel, la infección se disemina rápidamente y mostrar afectación linfática extensa (agrandamiento linfático) y dolor. Suele presentarse con una mancha eritematosa pequeña que avanza a un color rojo brillante, edematosa, indurada y con bordes bien definidos, poco elevados y autolimitada.⁴ La celulitis es una infección severa de piel, partes blandas y fascia muscular que se disemina rápidamente produciendo necrosis y gangrenas en los pacientes a quienes

no se les realiza el diagnóstico y tratamiento precoz. El cuadro comienza con una lesión eritematosa que progresa de forma rápida (24-48 horas) y se transforma en una lesión extensa que puede ser rojiza o purpúrica y que llega hasta la necrosis con la formación de ampollas con contenido purulento o hemorrágico. La sepsis acompaña al cuadro de forma frecuente, produciendo alta mortalidad. El diagnóstico se realiza por el aislamiento del *S. pyogenes* en cultivos, donde se evidencia la beta-hemólisis en el agar sangre. Hasta el momento no se han reportado cepas resistentes a penicilina, pero en países asiáticos como Japón existe una alta resistencia a macrólidos hasta un 35% y a clindamicina del 6 (2005-2008)al 15.4% (2009)⁵.

El tratamiento para la infecciones invasivas recomendado es el uso de Penicilina G sódica IV, algunos autores recomiendan agregar Clindamicina, debido a su acción bacteriostática y que no es afectada por el efecto inóculo como si lo es la penicilina (disminución de la acción debido a una alta concentración de bacterias en el sitio de la infección)¹. Se sabe que la Clindamicina presenta un efecto inmunomodulador y produce lisis bacteriana lenta y un efecto postantibiótico. La duración del tratamiento dependerá de la localización o sitio de infección, en casos de sepsis es de 10 días, en celulitis o erisipelas de 10-14 días, meningitis 14-21 días y artritis hasta 3 semanas.

Referencias

1. Paganini H. Infecciones por patógenos frecuentes. En Infectología Pediátrica. Paganini H. 1ª ed. Ed. Científica Americana. Buenos Aires 2007 .págs 962-66
2. Sitkiewicz I, Hryniewicz W. Pyogenic streptococci danger of re-emerging pathogens. Pol J Microbiol 2010; 59(4): 219-26
3. O'Loughlin RE, Roberson A, Cieslak PR e t al. The epidemiology of invasive group A streptococcal infection and potential vaccine implications: United States 2000-2004. Clin Infect Dis 2007; 45(7): 853-62
4. Celestin R, Brown J, Hihiczak G, Schwartz RA. Erysipelas: a common potentially dangerous infection. Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat. 2007; 16(3): 123-7.
5. Ikebe T, Wada A, Oguro Y et al. Emergence of clindamycin - resistant *Streptococcus pyogenes* isolates from patients with severe invasive infections in Japan. Jpn J Infect Dis 2010; 63(4): 304-5.