

ACTUALIZACIÓN DE SITUACIÓN DE ESTREPTOCOCO PIÓGENES EN PROVINCIA DE BUENOS AIRES**Características**

El estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHGA) o estreptococo piógenes es la primera causa bacteriana de faringoamigdalitis entre los 3 y 15 años de edad y su prevalencia mundial es de 15-20 %. La mayor incidencia de infecciones se da a fines del invierno y en la primavera.

Puede colonizar la faringe de niños sanos en un 20% de los casos (portadores asintomáticos). Según el grado de concentración en que esté presente en las secreciones, el estreptococo se transmite en los actos de toser, estornudar, hablar y se mantiene en el ambiente gracias a la portación humana, pues los únicos reservorios en la naturaleza son la piel y las mucosas de los seres humanos.

La **faringitis**, tiene un período de incubación de 2 a 15 días y se manifiesta con odinofagia, fiebre, cefalea y malestar general; las amígdalas se presentan hiperémicas con un exudado blanco grisáceo acompañadas de adenomegalias dolorosas.

Pueden presentarse secuelas posteriores como son la **fiebre reumática**, que puede aparecer luego de 2 a 6 semanas de la infección faríngea y compromete corazón, sistema nervioso central, vasos sanguíneos, articulaciones y tejido subcutáneo; y la **glomerulonefritis** que afecta a la unidad funcional renal y se presenta 10 a 14 días después de la afectación faríngea.

Este germen ocasiona, además de faringoamigdalitis, una gran variedad de infecciones como **neumonías, otitis y sinusitis**; el **impétigo** que es una infección superficial de la piel cuya lesión inicia como una vesícula superficial con halo eritematoso, rápidamente progresa a pústula y luego a costra, que se caracteriza por su aspecto melicérico, puede durar días a semanas. **Erisipela y celulitis**, infecciones que afectan las capas más profundas de la piel y **fascitis necrotizante** en la que la infección se disemina y puede dañar tejidos blandos y producir necrosis, neumonía y abscesos pulmonares; los pacientes se deterioran velozmente y la mortalidad es alta.

Esta bacteria produce toxinas que contribuyen a su patogenicidad, ellas son las responsables de otras infecciones que puede causar el EBHGA como son la **escarlatina** que se manifiesta con faringoamigdalitis y un exantema que se inicia en tronco y luego se generaliza y le confiere a la piel una textura de papel de lija; y el **síndrome de shock tóxico**, más grave, es una infección invasiva que produce fallo de múltiples órganos y una mortalidad del 5 al 20%. Esta condición se asocia a los serotipos M1 y M3.

En Estados Unidos, se estiman anualmente de 10.000 a 13.000 casos de enfermedad severa o invasiva por este germen, de los cuales alrededor de 1.600 fallecen por esta causa.

Factores de riesgo

Con respecto a los factores de riesgo asociados a enfermedad invasiva el antecedente de varicela, traumatismos contusos y abiertos, quemaduras e impétigos son los más frecuentemente identificados. En los adultos la sepsis se ve favorecida por factores predisponentes como la diabetes, el asma y la inmunosupresión.

El EBHGA es altamente sensible a la penicilina y no se conocen hasta el presente cepas resistentes, el fracaso en la terapéutica se puede deber a mala adherencia al tratamiento, coinfección con otros patógenos que crean enzimas que producen resistencia al antibiótico o exposición recurrente.

Situación en la Provincia de Buenos Aires

En la provincia de Buenos Aires en las últimas dos semanas se notificaron cuatro casos con aislamiento de EBHGA, dos de ellos con desenlace fatal.

- Uno de los casos fallecidos se trata de una niña de 7 años, residente de Avellaneda, que cursó internación en el Hospital Elizalde de CABA, sin antecedentes patológicos referidos hasta el momento, que presentó sepsis refractaria, con aislamiento del germen en hisopado de fauces y en hemocultivos.
- El segundo caso fatal se trata de un hombre de 38 años, productor de turismo, residente de Pergamino; presentó neumonía con derrame pleural, que evolucionó en 48 hs a sepsis y óbito. Se aisló EBHGA en líquido pleural y hemocultivos. Su hijo de 6 años presenta aislamiento en hisopado de fauces.
- El tercer caso es una niña de 4 años residente de Bernal, que presenta neumonía con derrame pleural y aislamiento de la bacteria en el líquido de punción de dicho derrame. Presenta además co-infección con virus Influenza A. Continúa internada en el Hospital Elizalde.
- El cuarto caso es un niño de 5 años residente de Florencio Varela, con antecedentes de faringoamigdalitis una semana previa a la internación en institución privada, que presenta neumonía con derrame, aislamiento del germen en hemocultivo y líquido pleural.

➤ *Las muestras de los casos se derivarán al Instituto Malbrán para identificación de serotipos y realización de antibiograma.*

Bibliografía

- Isolation of the beta-hemolytic streptococcus in asymptomatic children. Barreda et al. MEDISAN 2017; 21(1):43
- Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. An Pediatr (Barc). 2011; 75(5):342.e1---342.e13
- Estreptococo beta hemolítico grupo A. Resistencia a los macrolidos Resistance to macrolides in group A beta-hemolytic Streptococci
- Risk Factors for Pediatric Invasive Group A Streptococcal Disease. Emerging Infectious Diseases Vol. 11, No. 7, July 2005
- Lethal streptococcal toxic shock syndrome in pediatrics. Presentation of 3 cases. Med Intensiva 2007;31:100-3 - Vol. 31 Núm.2 DOI: 10.1016/S0210-5691(07)74782-4
- Epidemiology of Invasive Group A Streptococcal Infections in the United States, 2005–2012. Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America 63.4 (2016): 478–486. PMC. Web. 10 Sept. 2018.
- Enfermedad invasiva por Streptococcus pyogenes: ingresos durante 6 años. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2018;36(6):352–356