

S. Mencía Bartolomé, M. Riaza Gómez,
A. Valdivielso Serna, J. Casado Flores

An Esp Pediatr 1999;51:189-190.

Sepsis y empiema por Estreptococo beta-hemolítico del grupo A en el curso de una varicela

Introducción

El estreptococo B-hemolítico del grupo A (SBHGA), es un germen patógeno muy corriente en la edad pediátrica, produce principalmente infecciones del tracto respiratorio superior e infecciones cutáneas. Además de estos cuadros generalmente banales, también puede ser causante de una enfermedad invasiva generalizada, que suele cursar con una importante morbimortalidad⁽¹⁻⁵⁾. En los últimos años se ha observado un incremento de la incidencia y de la gravedad de la sepsis por SBHGA, así como una asociación con la infección primaria por el virus varicela zoster⁽⁶⁻⁹⁾.

Se han descrito pocos casos en la literatura en los que en el curso de una sepsis por SBHGA, aparezca un cuadro respiratorio agudo secundario a la presencia de un empiema masivo por este mismo germen.

Caso clínico

Motivo de ingreso: paciente varón de 2a 4m que acudió a Urgencias por presentar fiebre alta y decaimiento de 5 días de evolución, además de dificultad respiratoria progresiva en las últimas 24h. Cinco días antes le había aparecido un exantema papulovesiculososo generalizado, siendo diagnosticado de varicela. Entre los antecedentes personales destacaban un episodio de crisis de broncoespasmo moderado y una infección bronconeumónica el año anterior. Antecedentes familiares: padre alérgico al polen.

Exploración física: presentaba fiebre alta (39° C), mal estado general, decaimiento, color pálido de piel con lesiones costrosas de la varicela, rash cutáneo escarlatiniforme generalizado más intenso en axilas y área genital, taquipnea intensa con tiraje intercostal y supraesternal, hipoventilación marcada a la auscultación, sobre todo en hemitórax derecho y abdomen distendido con hepatoesplenomegalia.

Exploraciones complementarias: en el hemograma al ingreso destacaba: Hb: 9,5 g/dl; leucocitos: 3.400 (73 S, 24 L); PCR >15 mg/dl (rango normal: 0,2-2); T° cefalina: 33" (control 28"); T° protrombina: 38%; AST: 94 U/L; ALT: 43 U/L. En la Rx de tórax



Figura 1. Rx de tórax donde se objetiva neumonía con derrame pleural masivo en hemitórax derecho.

rax (Fig. 1) se visualizó una neumonía con derrame pleural masivo no encapsulado en hemitórax derecho y muy leve en hemitórax izquierdo, que se confirmó por ecografía.

Evolución clínica y tratamiento: se realizó drenaje pleural derecho extrayéndose 900 ml de líquido purulento con características de empiema. Ante este cuadro séptico y en espera de los resultados de los diferentes cultivos, se pautó tratamiento empírico con cefotaxima, vancomicina y aciclovir i.v.. A pesar de ello, a las 36h aumentó el derrame en el hemitórax izquierdo y también precisó ser drenado.

A las 48h del ingreso se sustituyó por penicilina G-sódica el tratamiento antibiótico previo, al presentar hemocultivo y cultivo de líquido pleural positivos a SBHGA, además se añadió clindamicina i.v. por la sospecha de inicio de un síndrome de shock

Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital del Niño Jesús.
Departamento de Pediatría de la Universidad Autónoma de Madrid.

Correspondencia: Juan Casado Flores. Hospital del Niño Jesús.
Servicio de Cuidados Intensivos. Av. Menéndez Pelayo, 65. 28009 Madrid.

Recibido: Octubre 1998

Aceptado: Febrero 1999

tóxico. Ante el aumento de las necesidades de oxígeno y una acidosis respiratoria progresiva, precisó intubación y ventilación mecánica durante 10 días. A pesar de negativizarse los cultivos a partir del tercer día de tratamiento, la mejoría clínica no empezó a evidenciarse hasta el 12º día de ingreso, manteniéndose con febrícula y picos alternantes de fiebre durante los primeros 20 días. Al 5º día presentó descamación de la piel en las extremidades distales. Durante su ingreso mantuvo unos títulos de ASLO dentro de los rangos normales en dos controles realizados.

En ningún momento presentó alteraciones hemodinámicas. Permaneció ingresado en la UCIP durante 22 días. Se realizó un control ambulatorio al mes del alta hospitalaria, con Rx de tórax y estudio inmunológico dentro de la normalidad.

Discusión

La enfermedad invasiva por SBHGA es un cuadro poco frecuente, aunque en los últimos años su incidencia se ha incrementado considerablemente. Givner et al. describieron este aparente aumento en 1987⁽¹⁾, desde entonces numerosos autores han corroborado esta apreciación^(2,3). Son muchas las hipótesis que intentan explicar este hecho, aunque la más aceptada es la del aumento en la prevalencia de serotipos con mayor capacidad invasiva, como el SBHGA tipo M-1 y el M-3, que a su vez provocan un cuadro de mayor gravedad^(4,5).

Otro hecho publicado en esta última década, es el aumento de enfermedad invasiva por SBHGA asociada a la varicela en fase de remisión, en niños previamente sanos^(6,9). Jackson et al.⁽¹⁰⁾ ya referían este hecho en un estudio de las complicaciones de la varicela. En nuestro caso, presentó fiebre elevada desde la aparición del exantema de la varicela, aunque en la mayoría de los casos descritos la fiebre alta mantenida, aparece entre el cuarto y el sexto día del exantema⁽⁷⁾. Otro dato interesante, es que no presentaba celulitis, una asociación clásica en el pasado, y que no está presente en las series de los últimos años⁽⁷⁾. La ausencia de leucocitosis y la no elevación de los títulos del ASLO, como ocurrió en nuestro caso, no excluye el diagnóstico de esta enfermedad⁽¹¹⁾.

La sepsis por SBHGA puede acompañarse de un cuadro muy variada, con la aparición de abscesos cutáneos, celulitis, síndrome de shock tóxico, osteomielitis...etc^(2,3,12). Una de las manifestaciones posibles es la neumonía y el empiema paraneumónico concomitante, que precisa ser evacuado lo antes posible debido a las complicaciones que puede producir⁽¹³⁾. Son muy pocos los casos de empiema por SBHGA recogidos en la literatura, en dos grandes series de empiemas revisadas, Brook et al.⁽¹⁴⁾ encontraron 3 de 72 casos y Freij et al.⁽¹⁵⁾ en sólo 2 de 227 casos. Una de las características de este cuadro es su tórpida evolución con fiebre mantenida y la necesidad de un tratamiento an-

tibiótico prolongado⁽¹¹⁾, esto es importante tenerlo en cuenta, para no sustituir el tratamiento ante la sospecha de un fracaso terapéutico.

En conclusión, ante toda varicela con fiebre alta mantenida y mala evolución, se debe buscar un posible foco de sobreinfección por SBHGA, aun en ausencia de celulitis y, una vez hallado, tratarlo lo antes posible. En el caso de presentar una neumonía con derrame paraneumónico, precisa una evacuación inmediata del empiema y un tratamiento antibiótico prolongado.

Bibliografía

- 1 Givner LB, Abramson JS, Wasilauskas B. Apparent increase in the incidence of invasive group A beta-hemolytic streptococcal disease in children. *J Pediatr* 1991; **118**:341-346.
- 2 Novotny W, Faden H, Mosovich L. Emergence of invasive group A streptococcal disease among young children. *Clin Pediatr* 1992; **31**:596-601.
- 3 Rathore MH, Barton LL, Kaplan EL. Suppurative group A streptococcal infections in children. *Pediatrics* 1992; **89**:743-746.
- 4 Gaworzewska E, Colman G. Changes in the pattern of infection caused by *Streptococcus pyogenes*. *Epidemiol Infect* 1988; **100**:257-269.
- 5 Schwartz B, Facklam RR, Brieman RF. Changing epidemiology of group A streptococcal infection in the USA. *Lancet* 1990; **336**:1167-1171.
- 6 Bradley J, Shlievert P. Complicated streptococcal toxic shock-like syndrome as a complication of varicella. *Pediatr Infect Dis J* 1991; **10**:351-354.
- 7 Cowan MR, Primm PA, Scott SM, Abramo TJ, Wiebe RA. Serious group A beta-hemolytic streptococcal infections complicating varicella. *Ann Emerg Med* 1994; **23**:818-823.
- 8 Doctor A, Harper MB, Fleisher GR. Group A B-hemolytic streptococcal bacteremia: historical overview, changing incidence, and recent association with varicella. *Pediatrics* 1995; **96**:428-433.
- 9 Héraud MC, Lorient Y, Grassano A, Magand F, Labbé A. Complications bactériennes graves à streptocoque au cours de la varicelle. *Arch Pédiatr* 1997; **4**:430-432.
- 10 Jackson MA, Burry VF, Olson LC. Complications of varicella requiring hospitalization in previously healthy children. *Pediatr Infect Dis J* 1992; **11**:441-445.
- 11 Trujillo M, McCracken GH. Prolonged morbidity in children with group A beta-hemolytic streptococcal pneumonia. *Pediatr Infect Dis J* 1994; **5**:411-412.
- 12 Stevens DL, Tanner MH, Winship J et al. Severe group A streptococcal infections associated with a toxic shock-like syndrome and scarlet fever toxin A. *N Engl J Med* 1989; **321**:1-7.
- 13 Braman SS, Donat WE. Explosive pleuritis: manifestation of group A beta-hemolytic streptococcal infection. *Am J Med* 1986; **81**:723-726.
- 14 Brook I. Microbiology of empyema in children and adolescents. *Pediatrics* 1990; **85**:722-726.
- 15 Freij BJ, Kusmiesz H, Nelson JD, McCracken GH. Parapneumonic effusions and empyema in hospitalized children: a retrospective re-