

J. Casanovas Lax, C. Flores Alia,
J. Aguayo Maldonado, A. Gutiérrez
Benjumea, G. Cruz Guerrero

An Esp Pediatr 1999;50:69-70.

Introducción

El estreptococo del grupo B (EGB) es el patógeno predominante en neonatos desde hace dos décadas, recientemente se han diseñado estrategias de prevención basadas en la antibioterapia intraparto, lo que está contribuyendo a la disminución de la prevalencia de la enfermedad neonatal por EGB en las áreas geográficas con programas de quimioprofilaxis materna reglada⁽¹⁻³⁾.

Sin embargo, la infección recurrente por EGB durante el periodo neonatal es relativamente rara, con una frecuencia estimada del 1% (rango 0,8%-6,6%)⁽⁴⁾, y aunque han sido comunicadas pequeñas series, no hemos encontrado casos publicados en lengua española (MEDLINE) por lo que aportamos este caso clínico junto con una revisión de la literatura.

Observación clínica

Antecedentes personales

Madre primípara, primigesta. Embarazo bien tolerado, no se realizaron cultivos rectovaginales maternos para EGB. Parto a término (37 semanas). Amniorrhexis intraparto, líquido claro y temperatura materna normal. No se administró antibioterapia intraparto. Test de Apgar 10 al minuto. Peso al nacimiento 2.650 gramos.

Sepsis precoz

Recién nacida que ingresa en nuestra Unidad a las 7 horas de vida procedente de Maternidad por quejido espiratorio, destacando a la exploración física mala perfusión periférica y aspecto séptico. Tensión arterial y saturación de O₂ respirando aire ambiental normales. El hemograma al ingreso mostraba leucopenia (2.500 K/ μ l) y neutropenia (625 K/ μ l) severas.

Se confirma bacteriológicamente sepsis a EGB mediante hemocultivo y antigenuria positiva. Bioquímica de LCR normal y cultivo de LCR negativo. Se instaura a su ingreso antibioterapia con ampicilina/gentamicina durante 11 días, siendo la evolución clínica favorable. Dándose de alta del hospital a los 12 días de vida con lactancia materna exclusiva.

Sepsis neonatal recurrente por estreptococo B

Sepsis tardía

Reingresa a los 26 días de vida, tras intervalo libre de 15 días asintomática en su domicilio, por cuadro de 12 horas de evolución de rechazo del alimento y vómitos alimentarios, destacando a la exploración física sensación de enfermedad neurológica grave con tendencia a la hipertonía de extremidades, llanto agudo y fontanela anterior llena.

Se realiza punción lumbar obteniéndose LCR turbio con 4.000 células (90% polinucleares), proteinorraquia 248 mg/dl y glucorraquia 41 mg/dl. Tanto el cultivo de LCR como el hemocultivo fueron positivos a EGB.

La evolución del niño en este segundo ingreso fue también favorable, con esterilización del cultivo de LCR a las 48 horas de iniciar la antibioterapia, que se prolongó durante 21 días con penicilina G sódica.

Previamente al alta se practicó TAC craneal con contraste que fue normal. Dosificación de inmunoglobulinas normales, siendo el informe oftalmológico y los potenciales evocados auditivos también normales,

Asimismo, durante este segundo ingreso se practicaron cultivos rectovaginales y urocultivo a la madre que fueron negativos.

La niña fue dada de alta los 50 días de vida con exploración neurológica normal, administrándose tanto a la madre como a la niña tratamiento suplementario con rifampicina oral durante 4 días ya en su domicilio.

Discusión

La mayor parte de los casos de sepsis neonatal recurrente por EGB ocurren en neonatos nacidos antes de las 37 semanas de gestación, en los cuales el primer episodio séptico se presenta en forma de sepsis precoz durante las primeras 24 horas de vida y el intervalo entre el primer y segundo episodio séptico es de alrededor de 45 días.

Aunque más raramente el mismo fenómeno puede producirse en niños a término y con intervalos entre episodios sépticos más cortos (10-14 días).

Por otra parte, en torno al 25% de los pacientes con bacteriemia (sin meningitis) durante el primer episodio tienen meningitis durante el segundo episodio como ocurría en nuestro caso.

Green y cols.⁽⁴⁾ revisaron 9 casos de sepsis recurrente por EGB diagnosticados durante un periodo de 14 años, lo que su-

Hospital Universitario de Valme. Sevilla.
Correspondencia: Javier Casanovas Lax. C/ Torregreco, 31-B. 41700
Dos Hermanas (Sevilla).
Recibido: Marzo 1998
Aceptado: Julio 1998

puso una tasa de recurrencia de la sepsis por EGB del 1%. Ocho de los nueve casos habían nacido antes de las 37 semanas y la media de edad del primer episodio fue de 10 días (mediana 3 días, rango 1-27 días). La recurrencia ocurrió a una media de edad de 42,3 días (mediana 48 días, rango 23-68 días). En siete de los casos pudieron analizarse los aislados de EGB de los dos episodios de infección, confirmándose que en 5 casos se trataba de la misma cepa de EGB.

Otras revisiones^(5,6) incluyen comunicaciones de casos aislados hasta un total de 23 casos comunicados con una media de edad en el primer episodio de 12 días (mediana 2 días; rango 1-77 días) y una recurrencia de la enfermedad a una edad media de 45 días (mediana 42 días; rango 8-98 días). El rango de edad de nuestro caso coincide con los publicados, inicio a las 24 horas de vida y recurrencia (con meningitis) a los 26 días de vida.

Aunque se han usado distintas técnicas^(7,8), como la electroforesis en campo pulsátil del DNA cromosómico, para demostrar la similitud en el genotipo de dos aislados de EGB del mismo paciente, desgraciadamente en nuestro caso no pudimos disponer de la técnica para realizar el tipaje de los dos aislados de EGB.

Se han barajado varias hipótesis en la patogenia de la sepsis recurrente neonatal por EGB:

1) Que el tratamiento del primer episodio de sepsis sea inadecuado en cuanto a la elección, duración, dosis o vía de administración de la antibioterapia.

2) La hipótesis más aceptada, es la posibilidad que la misma cepa de EGB que causa la primera infección permanezca acantonada en las mucosas nasales del niño en forma de “portador sano” y se produzca tras intervalo libre una reactivación de la infección.

3) Por otra parte, existen también casos publicados de infección recurrente por cepas de serotipo distinto en ambos episodios, lo que iría a favor de una reinfección por transmisión horizontal como patogenia del segundo episodio.

Además, al menos un caso de sepsis recurrente ha sido descrito en pacientes con inmunodeficiencia⁽⁹⁾. Respecto a la posibilidad de transmisión por la leche materna (nuestro caso to-

maba lactancia materna exclusiva) es altamente improbable la transmisión por vía enteral del EGB, a menos que exista una mastitis en la madre.

Aunque no existen ensayos clínicos concluyentes en ese sentido, estudios⁽¹⁰⁾ tanto *in vitro* como en modelo animal, sugieren el uso de rifampicina (20 mg/kg/día dividido en dos dosis) administrada por vía oral durante 4-5 días tras finalizar el tratamiento parenteral en los recién nacidos afectados de sepsis recurrente por EGB con el objetivo de eliminar el EGB de las membranas mucosas del niño.

Bibliografía

- 1 Centers for Disease Control. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease: A Public Health Perspective. *MMWR* 1996; **45**(RR-7): 1-24.
- 2 Committee on Infectious diseases y Committee on fetus and newborn. Pautas revisadas para la prevención de la infección por estreptococo del grupo B (EGB) de comienzo precoz. *Pediatrics (Ed esp)* 1997; **43**: 209-217.
- 3 Centers for Disease Control and Prevention. Decreasing incidence of perinatal group B streptococcal disease- United States. 1993-1995. *MMWR* 1997; **46**: 473-477.
- 4 Green AP, Singh KV, Murray BE, Baker CJ. Recurrent group B streptococcal infections in infants: Clinical and microbiologic aspects. *J Pediatr* 1994; **125**: 931-938.
- 5 Siegel JD, Shannon KM, DePasse BM. Recurrent infection associated with penicillin-tolerant group B streptococci: a report of two cases. *J Pediatr* 1981; **99**: 920-924.
- 6 Barton LL, Kapoor NK. Recurrent group B streptococcal infection. *Clin Pediatr* 1982; **21**: 100-101.
- 7 Gordillo ME, Singh KV, Baker CJ, Murray BE. Typing of group B streptococci: comparison of pulsed-field gel electrophoresis and conventional electrophoresis. *J Clin Microbiol* 1993; **31**: 1430-1434.
- 8 Harrison LH, Ali A, Dwyer DM, Libonati JP, Reeves MV, Elliot JA et al. Relapsing invasive group B streptococcal infection in adults. *Ann Intern Med* 1995; **123**: 421-427.
- 9 Simon JL, Bosch J, Puig A, Grau M. Two relapses of group B streptococcal sepsis and transient hypogammaglobulinemia. *Pediatr Infect Dis J* 1989; **8**: 729-730.
- 10 Millard DD, Bussey ME, Shulman ST, Yogew R. Multiple group B streptococcal infections in a premature infant: eradication of nasal co-