

# Síndrome adenitis-celulitis por estreptococo del grupo B en lactantes. Un indicador de bacteriemia

S. Artigas Rodríguez, P. Díaz González, A. Domingo Garau, P. Casano Sancho, K. Juma y J. Caritg Bosch

Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Unitat Integrada de Pediatría. Universidad de Barcelona.

(An Esp Pediatr 2002; 56: 251-252)

**Se presenta el caso de una lactante en la que inicialmente sólo se observó celulitis facial como única manifestación de infección sistémica por estreptococo del grupo B (EGB).**

**El síndrome adenitis-celulitis es una expresión clínica poco frecuente de la infección por EGB en los primeros meses de vida. La presencia de un foco infeccioso local, sin olvidar la fiebre, puede constituir el único signo de bacteriemia en recién nacidos y lactantes de corta edad.**

## Palabras clave:

*Estreptococo del grupo B. Bacteriemia. Adenitis-celulitis. Lactante.*

## GROUP B STREPTOCOCCUS CELLULITIS-ADENITIS SYNDROME IN NEONATES. IS IT A MARKER OF BACTEREMIA?

**We report the case of an infant in whom facial cellulitis was the only initial sign of a group B streptococcal bacteriemia. Adenitis-cellulitis syndrome is a rare clinical manifestation of group B streptococcal infection in infants. Local infection together with the onset of fever can be the only signs of bacteriemia in newborns and infants.**

## Key words:

*Group B streptococcus. Bacteriemia. Cellulitis-adenitis. Infant.*

## INTRODUCCIÓN

*Streptococcus agalactiae* (estreptococo del grupo B, EGB) es uno de los agentes etiológicos responsables de la sepsis y meningitis neonatal. Las manifestaciones mucocutáneas son menos conocidas, siendo la más frecuente la celulitis. Se expone el caso de una lactante de un

mes cuyo único signo, inicialmente, de bacteriemia por EGB fue la celulitis facial de aparición súbita.

Una manifestación local (celulitis), sin olvidar la presencia de fiebre, debe hacer considerar en un niño menor de 3 meses la posibilidad etiológica del EGB, recordando que la celulitis puede constituir la única manifestación de bacteriemia y/o meningitis por este germen.

## OBSERVACIÓN CLÍNICA

Se trata de una lactante, que pesó al nacer 2,850 kg. Correspondía a la segunda gestación de una madre sana, que cursó sin complicaciones. El frotis vaginal para *S. agalactiae* (EGB) no se realizó. La madre no recibió ninguna profilaxis antibiótica durante el parto ni anteriormente. El período perinatal inmediato se había desarrollado normalmente.

Al mes de vida, su madre observó la aparición súbita de una tumefacción submandibular derecha, sin otra sintomatología acompañante, por lo que consultó al Servicio de Urgencias del Hospital Sant Joan de Déu.

Durante la exploración física la paciente se encontraba febril (temperatura axilar, 38,5 °C). Destacaba una zona de piel submandibular derecha tumefacta, eritematosa y caliente, con una adenopatía subyacente, indurada y dolorosa a la palpación, sin signos de fluctuación (fig. 1). El resto de exploración física por aparatos se hallaba dentro de la normalidad.

El recuento leucocitario en sangre periférica fue de 3.200/ $\mu$ l, con fórmula normal. El valor de la proteína C reactiva fue de 4 mg/l. Se realizó punción lumbar que resultó normal. Se inició tratamiento con cefotaxima por vía intravenosa (200 mg/kg/día), previa extracción y cultivo de sangre y líquido cefalorraquídeo. A las 48 h se ais-

**Correspondencia:** Dr. S. Artigas Rodríguez.  
Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu.  
Pº Sant Joan de Déu, 2.  
08950 Esplugues de Llobregat. Barcelona.

Recibido en febrero de 2000.

Aceptado para su publicación en septiembre de 2001.



**Figura 1.** Detalle de la adenitis submandibular.

lan EGB en sangre (con sensibilidad parcial a la penicilina y total a la cefotaxima según antibiograma).

La evolución clínica fue muy satisfactoria. La fiebre y la tumefacción desaparecieron a las 24-48 h. Se realizó un total de 14 días de tratamiento parenteral con cefotaxima, tras los cuales la paciente fue dada de alta con el diagnóstico de síndrome adenitis-celulitis por EGB.

## DISCUSIÓN

El síndrome adenitis-celulitis es una manifestación clínica establecida, aunque poco frecuente, de la infección por EGB en los recién nacidos y lactantes de corta edad<sup>1-5</sup>.

En la bibliografía anglosajona la serie más amplia hace referencia a 32 lactantes (en 12 años) de entre 7 h y 11 semanas de edad<sup>6</sup>.

El espectro del cuadro clínico es muy variable. Afecta principalmente a varones, que inicialmente pueden estar asintomáticos o bien presentar signos y síntomas poco específicos como fiebre o irritabilidad<sup>5-8</sup>.

La tumefacción suele instaurarse de forma súbita. Puede localizarse en cualquier parte del territorio linfático, si bien la más frecuente es la zona facial. En particular, la celulitis submandibular tiende a asociarse con otitis homolateral.

Se barajan diversa teorías etiopatogénicas<sup>2,3,6</sup>, que implican la colonización de las mucosas por EGB, con posterior bacteriemia y siembra en los tejidos blandos, o bien la celulitis facial y otitis ipsilateral como forma primaria de la infección, con linfangitis y bacteriemia secundarias.

La celulitis se ha descrito como indicador de infección sistémica por EGB en el período neonatal<sup>1,4</sup>. En ocasiones puede constituir el único signo de bacteriemia. Albanyan y Baker<sup>6</sup> comunican 2 casos de lactantes afebriles y con buen estado general que desarrollaron bacteriemia y meningitis. El porcentaje de pacientes con bac-

teriemia es variable, pero se estima en el 90%<sup>2,6,9</sup>, siendo el más frecuente el serotipo capsular III.

La incidencia y morbilidad de la meningitis en lactantes con adenitis-celulitis por EGB parece ser mayor de lo que se pensaba<sup>3,10</sup>. En algunas series se establece en el 33%. Por todo ello, y teniendo en cuenta que las características clínicas solas son insuficientes para predecir el curso clínico o excluir la meningitis en estos pacientes, los autores consideran que es necesario descartar la afectación del sistema nervioso central (SNC) en los lactantes de corta edad con sospecha de infección (focal o no) para la elección correcta del antibiótico empírico.

La evolución clínica de los pacientes es variable, y, aunque la mayoría mejora rápidamente con un tratamiento antibiótico parenteral correcto y prolongado (14 días), ya que pautas más cortas se asocian a un mayor porcentaje de recidivas. Existen casos de evolución fatal<sup>10</sup>. Barton et al<sup>10</sup> describieron el caso de un lactante de 1 mes, previamente sano, que desarrolló una celulitis facial aguda con posterior sepsis y meningitis, y que falleció en pocas horas.

El caso que se presenta es demostrativo de que en recién nacidos y lactantes de corta edad la presencia de un foco infeccioso focal puede constituir el único signo de bacteriemia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Howard JB, McCracken GH. The spectrum of group B streptococcal infections in infancy. *Am J Dis Child* 1974; 128: 815-818.
2. Baker CJ. Group B streptococcal cellulitis adenitis in infants. *Am J Dis Child* 1982; 136: 631-633.
3. Hauger SB. Facial cellulitis: An early indicator of group B streptococcal bacteriemia. *Pediatrics* 1981; 67: 376-377.
4. Kalliola S, Vuopio-Varkila J, Takala AK, Escola J. Neonatal group B streptococcal disease in Finland: A ten years nationwide study. *Pediatr Infect Dis J* 1999; 18: 806-810.
5. Doedens RA, Miedema CJ, Oetomo SB, Kimpen JL. Atypical cellulitis due to group B streptococcus. *Scand J Infect Dis* 1995; 27: 399-400.
6. Albanyan EA, Baker CJ. ¿Es necesaria la punción lumbar para excluir la meningitis en los recién nacidos y lactantes de corta edad? Lecciones del síndrome adenitis-celulitis por estreptococo del grupo B. *Pediatrics* (ed. esp.) 1998; 46: 257-259.
7. Yagupsky P, Menegus MA, Powell KR. The changing spectrum of the group B streptococcal disease in infants: An eleven-year experience in a tertiary care hospital. *Pediatr Infect Dis J* 1991; 10: 801-808.
8. Abrouk S, Leblanc A, Devictor D. Submaxillary streptococcal cellulitis in young infants. *Arch Fr Pediatr* 1987; 44: 45-46.
9. Sadow KB, Chamberlain JM. Blood cultures in the evaluation of children with cellulitis. *Pediatrics* 1998; 101: EY.
10. Barton LL, Ramsey RA, Raval DS. Neonatal group B streptococcal cellulitis-adenitis. *Pediatr Dermatol* 1993; 10: 58-60.