

3. Ziegler G, Euller Ziegler L, Leyge JF. Ostèites pubiennes. *Encycl Méd Chir. Appareil locomoteur*. Paris: Editions Scientifiques et Médicales Elsevier; 1991. p. 1-4.
4. Knoeller SM, Uhl M, Herget GW. Osteitis or osteomyelitis of the pubis? A diagnostic and therapeutic challenge: Report of 9 cases and review of the literature. *Acta Orthop Belg*. 2006;72: 541-8.
5. Ross JJ, Hu LT. Septic arthritis of the pubis symphysis: Review of 100 cases. *Medicine (Baltimore)*. 2003;82:340-5.
6. Johnson R. Osteitis pubis. *Curr Sport Med Rep*. 2003;2:98-102.
7. Pauli S, Willensen P, Declerck K, Chappel R, Vanderveken M. Osteomyelitis pubis versus osteitis pubis: A case presentation and review of the literature. *Br J Sport Med*. 2002;36:71-3.
8. Batt ME, McShane JM, Dillingham MF. Osteitis pubis in collegiate football players. *Med Sci Sports Exerc*. 1995;27:629-33.
9. Holt MA, Keene JS, Graf BK, Helwig DC. Treatment of osteitis pubis in athletes. Results of corticosteroid injections. *Am J Sport Med*. 1995;23:601-6.

Faringitis estreptocócica en niños menores de 2 años

Sr. Editor:

En el artículo publicado en el número de septiembre titulado: *Incidencia de faringitis estreptocócica*¹, los autores encuentran una prevalencia el 12,6% de esta infección por estreptococos del grupo A (EGA) en niños menores de 2 años, una estimación más alta que otros estudios (3-7%)²⁻⁴.

En niños tan pequeños es importante tratar de precisar si son realmente infecciones estreptocócicas y su expresividad clínica. En los 85 niños detectados en este estudio, una tercera parte presentaban cuadro catarral y/o exantema, pero sin precisar sus características. No puede descartarse, por lo tanto, el origen vírico de la infección y que el aislamiento de EGA se deba a un estado de portador. Una verdadera infección por EGA se documenta por un aumento de antiestreptolisinas O (ASLO), entre la fase aguda y convaleciente, conviniendo que estas determinaciones no se indican para diagnosticar la infección aguda. Cuando se realizaron las determinaciones de ASLO en menores de 2 años los casos de infección real por EGA eran menos significativos^{2,4}.

La sensibilidad de la prueba de detección rápida (PDR) en este estudio¹ como era de esperar fue más baja en los menores de 2 años (78%). La prueba es menos sensible cuando el tamaño del inóculo no es apropiado, factible en niños no colaboradores como los menores de 2 o 3 años (si el hisopo contacta con la úvula, lengua, mucosa oral o saliva) y/o si el cuadro clínico es menos característico de infección estreptocócica, y contiene entonces pocas colonias de EGA^{5,6}.

De acuerdo con los autores, la clínica de la faringitis estreptocócica en menores de 2 años es más inespecífica, pero porque la infección es menos focal que la faringoamigdalitis de niños mayores. No parece apropiado, entonces, que se etiqueten las infecciones esencialmente como faringitis. Los síntomas de infección estreptocócica del tracto respiratorio superior (TRS) en

esta edad son más indolentes y se suelen caracterizar por rinitis seromucosa persistente, fiebre moderada, inapetencia, adenopatías, inflamación faringoamigdal, asociando en ocasiones lesiones impetigiformes en narinas así como otitis media. Es más frecuente en niños con dos o más hermanos. No son faringoamigdalitis propiamente dichas, sino procesos que entre otras manifestaciones se afecta la faringe, descritos como fiebre estreptocócica, nasofaringitis estreptocócica o estreptococosis, difícil de distinguir clínicamente de la infección viral que frecuentemente presentan niños tan pequeños. Como refieren los autores la decisión de tratamiento debe ser individualizada según la clínica (compatible o no con estreptococosis) más el apoyo de las PDR (mejor mediante dos muestras simultáneas, una de garganta y otra de fosas nasales). El tratamiento antibiótico de elección será con similar planteamiento que en la faringoamigdalitis estreptocócica con penicilina o amoxicilina.

Los autores destacan aislamientos de estreptococos del grupo C (EGC) en este grupo de edad. La heterogeneidad genética del EGC (como la del grupo G) contribuye probablemente a una falta de consenso en su papel como causa de faringoamigdalitis. Las infecciones por subespecies formadoras de grandes colonias (la gran mayoría *Streptococcus equisimilis*), al contrario de las formadoras de pocas colonias, tienen más repercusión clínica con preferencia en adolescentes y adultos⁷. En los cultivos habituales de garganta, no se suele distinguir entre ambas subespecies, por lo que probablemente demos un protagonismo aparente a un resultado de EGC positivo con instauración de tratamientos innecesarios. La tasa de aislamientos de EGC formadoras de grandes colonias es tan baja que incluso si estos microorganismos se asocian con una faringitis aguda, esporádica en niños, representan un patógeno no habitual⁸.

Aunque ocurran, las faringoamigdalitis estreptocócicas son muy raras en niños menores de 2 años e insólitas en los menores de 18 meses y la mayoría son probablemente portadores de EGA que padecen una infección vírica del TRS. No parece obligada una pesquisa sistemática analítica de este microorganismo salvo en casos muy individualizados, ni el mismo tipo de alerta y atención que en los niños mayores en los que la infección es más prevalente y con otras repercusiones. La fiebre reumática es excepcional en países desarrollados en menores de 3 años, antes de que haya madurado completamente su sistema inmunitario. Aunque se comunicaron casos en subpoblaciones de aborígenes australianos (también por EGC), es preciso el antecedente de una faringoamigdalitis aguda estreptocócica por cepas reumatogénicas para que se desencadene el fenómeno autoinmune, sobre todo si la infección no se trata^{9,10}.

La faringoamigdalitis por EGA es la única en la cual el tratamiento antibiótico está definitivamente indicado, por lo que en pacientes tan pequeños con infección del TRS la decisión clínica que debe establecerse es si se debe realmente a este microorganismo.

F. Álvez González

Departamento de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. España.

Correspondencia: Dr. F. Álvez González.
Departamento de Pediatría. Hospital Clínico Universitario.
Avda. Choupana, s/n. 15706 Santiago de Compostela. España.
Correo electrónico: fernanalvez@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Peñalba Citores AC, Riaño Méndez B, Marañón Pardillo R, Miguez Navarro C, Vázquez López P, Guerrero Soler MM, et al. Incidencia de faringitis estreptocócica. *An Pediatr (Barc)*. 2007; 67:220-4.
2. Levin RM, Grossman M, Jordan C, Ticknor W, Barnett P, Pascoe D. Group a streptococcal infection in children younger than three years of age. *Pediatr Infect Dis J*. 1988;7:581-7.
3. Wood WA, Carter CT, Schlager TA. Detection of group A streptococci in children under 3 years of age with pharyngitis. *Pediatr Emerg Care*. 1999;15:338-40.
4. Nussinovitch M, Finkelstein Y, Amir J, Varsano I. Group A beta-hemolytic streptococcal pharyngitis in preschool children aged 3 months to 5 years. *Clin Pediatr (Phila)*. 1999;38: 357-60.
5. Gerber MA, Shulman ST. Rapid diagnosis of pharyngitis caused by group A streptococci. *Clin Microbiol Rev*. 2004;17:571-80.
6. Edmonson MB, Farwell KR. Relationship between the clinical likelihood of group A streptococcal pharyngitis and the sensibility of a rapid antigen-detection test in a pediatric practice. *Pediatrics*. 2005;115:280-5.
7. Green M. Non streptococcal pharyngitis. *Semin Pediatr Infect Dis*. 1998;9:56-9.
8. Zaoutis T, Attia M, Gross R, Klein J. The role of group C and group G streptococci in acute pharyngitis in children. *Clin Microbiol Infect*. 2004;10:37-40.
9. Kelly A. Top end rheumatic heart disease program: A report to the Commonwealth, February-November 2002. *NT Dis Control Bull*. 2003;10:9-11.
10. Olivier C. Rheumatic fever is it still a problem? *J Antimicrob Chemother*. 2000;45:13-21.