

Meningitis bacteriana aguda por *Streptococcus pyogenes*

Acute bacterial meningitis caused by *Streptococcus pyogenes*

Sr. Editor:

El *Streptococcus pyogenes*, también llamado *Streptococcus* β -hemolítico del grupo A, es un coco grampositivo causante de gran variedad de patologías, ya sean frecuentes (faringoamigdalitis o infecciones de la piel) o no tan frecuentes, como infecciones osteoarticulares, neumonía, meningitis o sepsis^{1,2}. Durante la última década se ha observado un aumento de la incidencia y gravedad de las infecciones invasoras causadas por *Streptococcus pyogenes*³.

Describimos un caso de meningitis aguda por *Streptococcus pyogenes*.

El paciente era un varón de 4 años que acudió a urgencias de nuestro centro por fiebre de 24 h de evolución, máxima 39,5°C, cefalea y decaimiento. Se trataba de un prematuro de 33 semanas, segundo gemelo de una gestación múltiple, vacunado correctamente, incluyendo antineumocócica heptavalente, sin otros antecedentes de interés.

Presentaba regular estado general, con constantes normales excepto T.^{ax} de 38,1°C, orofaringe muy hiperémica, soplo sistólico II/VI en el borde esternal izquierdo, signos meníngeos: Kernig negativo y Brudzinski positivo, con el resto de exploración física normal. Se solicitó una analítica general, con los siguientes resultados: leucocitos 35.400/ μ l³ (91% neutrófilos), proteína C reactiva 134 mg/l, procalcitonina 2,3 ng/ml, glucemia 130 mg/dl, fibrinógeno 757 mg/dl y ASLO 1.400 U/ml. Se realizó un test rápido de estreptococos en orofaringe, que resultó positivo. Se realizó una punción lumbar, obteniéndose un LCR claro a presión normal, con una glucorraquia de 56 mg/dl, una proteinorraquia de 96 mg/dl y una celularidad de 425/mm³, con un 80% de polinucleares y un 20% de mononucleares. Los antígenos capsulares fueron negativos. El score de Boyer fue de 4. Se ingresó y se inició antibioterapia por vía intravenosa empírica con ceftriaxona a 100 mg/kg/día.

A las 24 h se aislaron en el cultivo de LCR 4-6 colonias que aglutinaban a *Streptococcus pyogenes*, con cultivo faríngeo puro del mismo, por lo que se decidió añadir clindamicina, dada la acción supresora de la síntesis de las toxinas bacterianas de *Streptococcus pyogenes*, manteniéndose durante 48 h. El hemocultivo fue negativo. Se realizó un estudio de contactos familiar que resultó negativo. El estudio cardiológico (ECG, ecocardiograma) fue normal. Se solicitaron RM cerebral y cervical en las que no se encontró ningún hallazgo significativo. A las 48 h se repitió la punción lumbar, no encontrándose cambios en la bioquímica del LCR y siendo ya el cultivo negativo. Se continuó tratamiento con ceftriaxona. La evolución fue favorable, quedando afebril a los 6 días del ingreso, con bioquímica de LCR y analítica general normal previo al alta (16 días), por lo que se suspendió antibioterapia. En el seguimiento posterior en la consulta externa, se observa ASLO en descenso y cultivos faríngeos seriados negativos.

Como hemos dicho anteriormente, la incidencia de infección invasora por *Streptococcus pyogenes* se está viendo

incrementada en los últimos años¹ y, aunque produce con mayor frecuencia infecciones leves (faringoamigdalitis, infecciones cutáneas...), no hay que olvidar que puede producir infecciones de mayor gravedad, como artritis, fascitis necrotizante, síndrome de shock tóxico o, en nuestro caso, meningitis. El *Streptococcus pyogenes* es un raro agente productor de meningitis y representa del 0,2-1% de los casos^{4,5} y se presenta frecuentemente como infección de contigüidad de procesos infecciosos del tracto respiratorio superior, tales como otitis complicada, sinusitis, mastoiditis complicada⁴. Sin embargo, y como ocurre en este caso, también se presenta en individuos sanos que no tienen factores predisponentes y que no presentan clara evidencia de foco contiguo, por lo que debe ser considerado como causa de meningitis en niños previamente sanos³.

Aunque en general siempre se debe modificar el tratamiento antibiótico cuando los resultados del cultivo del LCR y el antibiograma están disponibles, en nuestro caso, a pesar de conocer los resultados, se decidió continuar el tratamiento con ceftriaxona porque tendríamos que haber administrado dosis muy altas de penicilina para asegurar el paso a través de la barrera hematoencefálica. Además, también por la pauta posológica, ya que la ceftriaxona se puede administrar cada 12-24 h y la penicilina presenta un intervalo de dosis menor.

Bibliografía

1. Ho PL, Johnson DR, Yue AW, Tsang DN, Que TL, Beall B, et al. Epidemiologic analysis of invasive and noninvasive group A streptococcal isolates in Hong Kong. *J Clin Microbiol.* 2003;41:937-42.
2. Wald ER. Expanded role of group A Streptococci in children with upper respiratory infections. *Pediatr Infect Dis J.* 1999;18:663-5.
3. Berner R, Silke H, Gordjani N, Brandis M. *Streptococcus pyogenes* meningitis: report of a case and review of the literature. *Eur J Pediatr.* 2000;159:527-9.
4. Steppberger K, Adams I, Deutscher J, Müller H, Kiess W. Meningitis in a girl with recurrent otitis media caused by *Streptococcus pyogenes*—otitis media has to be treated appropriately. *Infection.* 2001;29:286-8.
5. Van de Beek D, De Gans J, Spanjaard L, Sela S, Vermeulen M, Dankert J. Group A *Streptococcal meningitis* in adults: report of 41 cases and a review of the literature. *Clin Infect Dis.* 2002;34:e32.

A.G. Núñez Ramiro^{a,*}, A. Adell Sales^a,
R.J. Calderón Fernández^a, J. Frasquet^b
y A. Pérez Tamarit^a

^a Servicio de Pediatría, Sección de Infectología Pediátrica, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España

^b Servicio de Microbiología, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aguillermo9nr@hotmail.co
(A.G. Núñez Ramiro).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.05.014>