



CARTAS CIENTÍFICAS

Celulitis-adenitis inguinal en la sepsis neonatal tardía por estreptococo del grupo B



Inguinal cellulitis-adenitis in group B streptococcal late-onset sepsis

Sra. Editora:

El síndrome de celulitis-adenitis es una presentación bien conocida de la sepsis neonatal tardía por estreptococo del grupo B (SGB). Aunque por lo general afecta a la cara y el cuello, puede darse en otras zonas. La presentación inguinal es poco frecuente, pero puede ser la primera manifestación clínica de una bacteriemia por SGB. Presentamos aquí 2 casos de síndrome de celulitis-adenitis con afectación inguinal en 2 lactantes de sexo femenino con sepsis tardía por SGB.

Caso 1

Niña de 12 semanas de edad nacida por cesárea a las 34 semanas de gestación por retraso de crecimiento intrauterino (1100 gr al nacer). No se practicó cribado de SGB. En el séptimo día de vida la lactante presentó un síndrome de distrés respiratorio y fue diagnosticada de bacteriemia por *S. epidermidis*, administrándosele vancomicina por vía intravenosa durante 7 días. La paciente recibió el alta hospitalaria a las 6 semanas de edad. Con 12 semanas reingresó con una lesión cutánea eritematosa, caliente e indurada en la región inguinal derecha, fiebre de 5 h de duración (38,5 °C) y rechazo del alimento. Las pruebas de laboratorio mostraron 14000 leucocitos/mm³ con un 71% de neutrófilos segmentados y una proteína C reactiva de 2,2 mg/dL. La ecografía de la zona inguinal derecha reveló alteraciones del tejido subcutáneo y adenopatías regionales. Se extrajeron muestras para hemocultivo y se inició tratamiento con cefotaxima. A las 24 h se aisló un SGB en los hemocultivos y la antibioterapia se cambió a ampicilina y gentamicina. El cultivo del líquido cefalorraquídeo dio negativo. Se interrumpió el tratamiento con gentamicina a los 5 días y la ampicilina se administró durante un total de 13 días. La inflamación inguinal y la fiebre se resolvieron a las 48 h del inicio de la antibioterapia.

Caso 2

Niña de 13 semanas de edad nacida pretérmino a las 34 semanas de gestación a consecuencia de una rotura prematura de membranas. No se realizó cribado de SGB a la madre. Se administró una dosis de corticosteroides a la madre antes del parto y una dosis de ampicilina a la niña tras su nacimiento. En la decimotercera semana de vida la niña acudió al hospital con fiebre, irritabilidad y una zona de inflamación eritematosa en la piel de la ingle izquierda, acompañada por una linfadenopatía regional. La ecografía inguinal confirmó edema de los tejidos blandos con adenopatía inguinal. La analítica mostró 25300 leucocitos/mm³ con 67% de neutrófilos y una proteína C reactiva de 0,14 mg/dL. Se inició tratamiento con ampicilina y cefotaxima, y se aisló SGB en los hemocultivos. El cultivo del líquido cefalorraquídeo fue negativo. Una vez aislado el SGB se interrumpió el tratamiento con cefotaxima y se administró ampicilina durante 14 días. Las lesiones cutáneas se resolvieron completamente tras 6 días de tratamiento.

El síndrome de celulitis-adenitis es una forma de presentación de la sepsis tardía por SGB bien documentada y cuya incidencia oscila entre el 2 y el 4% de los casos. Se ha propuesto como un indicador precoz de la bacteriemia por SGB en lactantes, y hasta en el 24-33% de los casos se presenta con afectación meníngea^{1,2}. La edad de inicio varía entre una y 13 semanas^{2,3}. La mayoría de los casos afectan a la cara y el cuello, mientras que la afectación inguinal es una presentación infrecuente. Hasta la fecha solo se han publicado 9 casos de celulitis-adenitis inguinal en la literatura médica (tabla 1)¹⁻¹⁰.

Con la excepción de las lesiones cutáneas, la presentación clínica no difiere de la de otras infecciones por SGB, con fiebre, rechazo del alimento e irritabilidad. Al igual que lo descrito para la región cervical, en la celulitis-adenitis inguinal hay un alto grado de afectación meníngea (27%) (tabla 1), por lo que es necesario realizar una punción lumbar para descartar una meningitis. En muchos casos de celulitis-adenitis inguinal, al igual que ocurre en el resto de las sepsis tardías por SGB, pueden existir antecedentes de parto prematuro o tratamiento antibiótico perinatal.^{4,9}. En muchos casos de celulitis-adenitis inguinal, al igual que ocurre en el resto de las sepsis tardías por SGB, pueden existir antecedentes de parto prematuro o tratamiento antibiótico perinatal. En los casos de celulitis-adenitis con

Tabla 1 Características clínicas, edad gestacional, tratamiento antibiótico previo y fuente de aislamiento en niños con celulitis-adenitis inguinal por SGB

Autor	Caso	Año	Edad (semanas)	Sexo	Gestación en semanas	Tratamiento antibiótico previo (semanas de edad)	Aislamiento
Rand ⁵	1	1988	11	F	31	Ampicilina+gentamicina (1)	Sangre
Baker ⁹	2	1982	4	F	A término	Desconocido	Sangre y aspirado
Albanyan ²	3	1998	2	F	Desconocido	Desconocido	Sangre, aspirado y LCR
	4		4	M	34	Desconocido	
Rouland ⁶	5	1987	1	F	A término	Desconocido	Sangre
Soler ¹	6		5	F	32	Ampicilina+gentamicina (1)	Sangre
Mittal ⁷	7	2007	6	F	33	Sí (1)	LCR
Chen ¹⁰	8	1996	4	F	Desconocido	Desconocido	LCR, sangre, aspirado
Doedens ⁸	9	1995	2	M	29	Ampicilina+amikacina (1)	Sangre, heces
Caso 1	10		12	F	34	Vancomicina (1)	Sangre
Caso 2	11		13	F	34	Ampicilina (parto)	Sangre

afectación inguinal el sexo femenino es más frecuente (9/2). ganglios linfáticos, seguida por la diseminación hematológica. Esta hipótesis explicaría también el intervalo que en algunos casos puede observarse entre la aparición de los síntomas locales (celulitis-adenitis) y las manifestaciones clínicas de sepsis.

En conclusión, la celulitis-adenitis inguinal es una manifestación poco conocida de la sepsis tardía por SGB que afecta a lactantes menores de 4 meses. En la mayoría de los casos cursa como una bacteriemia con tasas altas de afectación meníngea. Por lo tanto, es crucial identificar la enfermedad de manera precoz y establecer el tratamiento antibiótico adecuado.

Agradecimientos

Los autores agradecen al Sr. Martin J. Smyth, su ayuda en la revisión de la versión inglesa de este artículo.

Bibliografía

- Palacín PS, Gil RM, Vilella LC, Tangorra FP. Group B Streptococcus late-onset disease presenting as cellulitis-adenitis syndrome. *An Pediatr (Barc)*. 2004;60:75-9.
- Albanyan EA, Baker CJ. Is lumbar puncture necessary to exclude meningitis in neonates and young infants?: Lessons from the group B streptococcus cellulitis-adenitis syndrome. *Pediatrics*. 1998;102:985-6.
- Patamasucon P, Siegel JD, McCracken GH. Streptococcal submandibular cellulitis in young infants. *Pediatrics*. 1981;67:378-80.

- Hauger SB. Facial cellulitis: An early indicator of group B streptococcal bacteremia. *Pediatrics*. 1981;67:376-7.
- Rand TH. Group B streptococcal cellulitis in infants: A disease modified by prior antibiotic therapy or hospitalization? *Pediatrics*. 1988;81:63-5.
- Rouland V, Bouchez MC, Morisot C, Dubos JP. Group B streptococcal inguinal adenitis and cellulitis in newborn infant. *Arch Fr Pediatr*. 1987;44:889.
- Mittal MK, Shah SS, Friedlaender EY. Group B streptococcal cellulitis in infancy. *Pediatr Emerg Care*. 2007;23:324-5.
- Doedens RA, Miedema CJ, Oetomo SB, Kimpen JL. Atypical cellulitis due to group B streptococcus. *Scand J Infect Dis*. 1995;27:399-400. ST - Atypical cellulitis due to group B streptococcus.
- Baker CJ. Group B streptococcal cellulitis-adenitis in infants. *Am J Dis Child*. 1982;136:631-3.
- Chen HJ, Lee PI, Huang LM, Teng RJ, Tsou Yau KI, Lee CY. Group B streptococcal cellulitis of perineum and lower abdomen: Report of one case. *Zhonghua Min Guo Xiao Er Ke Yi Xue Hui Za Zhi*. 1996;37:135-7.

D. Blázquez*, B. Santiago y J. Ruíz-Contreras

Sección de Enfermedades Infecciosas e Inmunodeficiencias, Servicio de Pediatría, Fundación para la Investigación Biomédica Hospital 12 de Octubre, Universidad Complutense, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: danielblazquez@hotmail.com (D. Blázquez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.11.016>