

Onfalitis por *Streptococcus pyogenes*. A propósito de un caso

Streptococcus pyogenes omphalitis. Apropósito of a case

Marta López Jesús,* José Luis Alcaraz León,† Juan José Agüera Arenas,‡
José María Olivares Rosell,‡ Miguel Alcaraz Saura‡

* Hospital Universitario Rafael Méndez de Lorca, Murcia, España.

† Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.

RESUMEN

La onfalitis neonatal como entidad clínica puede producir complicaciones importantes, de ahí subyace su importancia, la necesidad de ingreso y tratamiento antibiótico empírico precoz. Resulta interesante nuestro caso dada la excepcionalidad del aislamiento del patógeno y por el aumento significativo de infecciones invasivas graves que ha producido el *Streptococcus pyogenes* este último año en nuestro país, por lo que promovemos la indicación de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP), la cual menciona que se debe administrar tratamiento antibiótico precoz con betalactámico asociado a clindamicina ante sospecha de enfermedad invasora, lo que supone un cambio en la antibioterapia habitual de esta patología.

Palabras clave: onfalitis neonatal, *Streptococcus pyogenes*, clindamicina.

ABSTRACT

Neonatal omphalitis as a clinical entity can produce important complications, hence its importance, the need for admission and early empirical antibiotic treatment. Our case is interesting given the exceptional nature of the isolation of the pathogen and the significant increase in serious invasive infections that Streptococcus pyogenes has produced this last year in our country, promoting the indication from the Spanish Society of Pediatric Infectology (SEIP) of antibiotic treatment early treatment with beta-lactam associated with clindamycin when invasive disease is suspected, which represents a change in the usual antibiotic therapy for this pathology.

Keywords: neonatal omphalitis, *Streptococcus pyogenes*, clindamycin.

INTRODUCCIÓN

Los agentes infecciosos más frecuentes causantes de la onfalitis neonatal son *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis* y con menor frecuencia los anaerobios, por ello la antibioterapia empírica precoz es la cloxacilina (Gram positivo) y gentamicina (Gram negativo) intravenosas durante un mínimo de 10 días, si aparecen complicaciones importantes (sepsis neonatal, trombosis portal, absceso hepático, peritonitis, gangrena intestinal, fascitis necrosante) el tratamiento antibiótico se

podría ampliar a 14-21 días, por lo tanto, es importante su detección e ingreso precoz para instaurar tratamiento. El aislamiento de la bacteria tanto en el exudado de la herida como en el hemocultivo no es frecuente.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de paciente femenino, recién nacida a término a las 40 semanas por parto eutócico, Apgar 9/10 y con adecuado peso para la edad gestacional (3,525 g) que ingresa en neonatología a los ocho días de vida por síndrome febril.

Citar como: López JM, Alcaraz LJJ, Agüera AJJ, Olivares RJM, Alcaraz SM. Onfalitis por *Streptococcus pyogenes*. A propósito de un caso. Rev Latin Infect Pediatr. 2024; 37 (3): 127-128. <https://dx.doi.org/10.35366/118339>

Recibido: 18-10-2023. Aceptado: 05-01-2024.



Consultan por pico febril de escasa evolución de hasta 38 °C, decaimiento y rechazo de la ingesta. Alimentada con lactancia materna exclusiva. Padre con odinofagia.

En la exploración destaca temperatura de 39.5 °C, ombligo eritematoso con supuración verdosa maloliente y cuatro lesiones satélites en región periumbilical e hipogastrio tipo pústula ampollosa sobre base eritematosa. Se realizan exámenes complementarios: analítica con elevación de reactantes de fase aguda (PCR 3.07 mg/dL, PCT 1.67 ng/dL y leucocitos 15,080 cél./mm³ con predominio de neutrófilos 80.7%), citobioquímica del líquido cefalorraquídeo normal y cultivo negativo, orina normal, con aislamiento en hemocultivo de «*Streptococcus pyogenes* (grupo A)», que también se aísla en el exudado umbilical y de las lesiones satélites. Se amplió el estudio de portadores a los convivientes (padre, madre y hermana de dos años) con test rápido y cultivo faríngeo, siendo negativos.

Al ingreso se inicia antibioterapia empírica con ampicilina, gentamicina y cloxacilina intravenosas.¹ Al obtener los resultados microbiológicos se optimiza pauta antibiótica cambiando a penicilina G 25,000 U/kg/dosis cada 8 horas y clindamicina 9 mg/kg/dosis cada 8 horas² intravenosas completando 10 días. La paciente presenta buena evolución clínica, quedando afebril tras 48 horas de antibioterapia y con desaparición completa de las lesiones.

DISCUSIÓN

La entidad de la onfalitis neonatal no supone un reto en cuanto al manejo clínico, pues requiere ingreso y antibioterapia empírica intravenosa precoz, pero lo llamativo del caso es el aislamiento del patógeno y la optimización de la antibioterapia.

El 02 de diciembre de 2022 se publicó una alerta en Reino Unido sobre el inusual incremento de las infecciones por *Streptococcus pyogenes*³ y un aumento de las infecciones invasivas por esta bacteria en niños menores de 10 años. Las principales enfermedades graves detectadas han sido neumonía, sepsis y choque séptico fulminante, así como fascitis necrosante. En España también se ha

detectado este aumento, por lo que hemos seguido las recomendaciones de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP), la cual indica que se deben notificar los casos y asociar a un betalactámico la clindamicina, observando la mejoría de nuestra paciente.

CONCLUSIÓN

Podemos concluir el caso destacando la importancia de la toma de cultivos (incluso cutáneos) previo a la antibioterapia para, con mayor probabilidad, poder aislar el patógeno y por tanto, escoger el antibiótico más adecuado. Y por otro lado, la importancia de reconocer esta entidad clínica (sin confundirla con un ombligo húmedo que no tendría indicación de ingreso) para tratarla con antibiótico intravenoso de forma precoz.

REFERENCIAS

1. Moreno NR, Pérez MAB, Pérez BM. Onfalitis neonatal. Guía ABE. (Fecha de actualización 04/02/2021). Disponible en: <https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-onfalitis-neonatal>
2. Hernández MD, Gutiérrez CN. Antimicrobianos; dosis en neonatos. Guía ABE. (Fecha de actualización: 30/11/2021) Disponible en: <https://www.guia-abe.es/generalidades-antimicrobianos-dosis-en-neonatos>
3. Sociedad Española de Infectología Pediátrica (6 de diciembre, 2022). Alerta sobre infecciones invasivas graves por *Streptococcus pyogenes*. Disponible en: <https://www.seipweb.es/alerta-sobre-infecciones-invasivas-por-streptococcus-pyogenes/>

Financiamiento: sin financiamiento.

Conflicto de intereses: sin conflicto de intereses por parte de los autores de este artículo.

Los autores certifican que el artículo arriba mencionado es trabajo original y que no ha sido previamente publicado. También manifiestan que, en caso de ser aceptado para publicación en la Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica, los derechos de autor serán propiedad de la revista.

Correspondencia:

Marta López Jesús

E-mail: mloje1994@gmail.com