

SEPSIS TARDÍA POR ESTREPTOCOCO AGALACTIE

Autores: Guillermo, C. Cabezas, B. Pérez, S. González, I. Badillo, K. Escobar, H.D Navarro, J.P.
Institución: Hospital Universitario de Torrejón

INTRODUCCIÓN

El *Streptococcus agalactie* o estreptococo del grupo B (SGB) es, en ausencia de medias de prevención, la causa más frecuente de infección bacteriana de transmisión vertical en occidente.

Se consideran factores de riesgo para ello tener una colonización vaginal materna, la rotura de membranas por encima de las 18 horas, la fiebre intraparto y la prematuridad entre otras causas.

La instauración del cribado materno entre la semana 35-37 de embarazo ha permitido, gracias a la profilaxis antibiótica intraparto, bajar las tasas de infección.

Sin embargo, la sepsis no se da siempre de forma precoz si no que puede aparecer de forma más tardía sin llegar a conocer su relación con el periodo neonatal más inmediato. Se presentan 3 casos clínicos.

	LACTANTE 2 MESES	LACTANTE 20 DÍAS	LACTANTE 28 DÍAS
ANTECEDENTES	Embarazo controlado, SGB negativo . Parto a término eutócico, periodo perinatal sin incidencias. MADRE CON MASTITIS ACTIVA	Embarazo controlado SGB positivo bien tratado . Cesárea por no progresión, periodo perinatal sin incidencias.	Embarazo controlado, SGB negativo . Parto eutócico a término, periodo perinatal sin incidencias.
MOTIVO DE CONSULTA	Fiebre de hasta 38,6°C + Irritabilidad	Fiebre de hasta 39,4°C	BOX VITAL Dificultad respiratoria + Palidez marcada INGRESO HACÍA 5 DÍAS POR BRONQUIOLITIS
EXPLORACIÓN FÍSICA	Constantes normales. Piel reticulada. Resto de la exploración normal.	Constantes normales. Piel reticulada. BULTOMA LATEROCERVICAL DERECHO INDURADO Y ERITEMATOSO.	Tª 34,5°C. TA 70/32. FC 170 lpm. SatO2 80%. Mal estado general. Signos de mala perfusión. Quejido continuo, tiraje a 3 niveles.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	<u>ANALÍTICA</u> : Leucopenia 1300. PCR 3,5 mgr/dl. PCT 1,75 ngr/dl. <u>ORINA</u> : Sin alteraciones <u>HEMOCULTIVO</u> : Negativo <u>PUNCIÓN LUMBAR</u> : Glucosa 69 mg/dl. Proteínas 174 mg/dl. Leucocitos 27/mm3; 20% PMN. Aglutinación SGB positiva	<u>ANALÍTICA</u> : Leucopenia 1300. PCR 3,5 mgr/dl. PCT 1,75 ngr/dl. <u>ORINA</u> : Sin alteraciones <u>HEMOCULTIVO</u> : Crecimiento de SGB <u>PUNCIÓN LUMBAR</u> : Sin alteraciones.	<u>ANALÍTICA</u> : Leucocitosis 28000. Neutrofilia . PCR 3,1 mgr/dl. Coagulación normal. <u>HEMOCULTIVO</u> : Crecimiento de SGB <u>PUNCIÓN LUMBAR</u> : No realizada por la inestabilidad de la paciente
EVOLUCIÓN	AMPICILINA + CEFOTAXIMA EMPÍRICA Desescalando a ampicilina y gentamicina al mostrar sensibilidad en el antibiograma, BUENA EVOLUCIÓN CLÍNICA Y ANALÍTICA	AMPICILINA + CEFOTAXIMA EMPÍRICA Desescalando a ampicilina y gentamicina al mostrar sensibilidad en el antibiograma, BUENA EVOLUCIÓN CLÍNICA Y ANALÍTICA	Expansión de volumen sin buena respuesta por lo que se inicia soporte vasoactivo Empeoramiento respiratorio que precisa de IOT y ventilación mecánica Ampicilina + Cefotaxima empíricas TRASLADO A UCI-P CON BUENA EVOLUCIÓN

CONCLUSIÓN

La sepsis por SGB puede presentarse de diferentes maneras. Aunque la más frecuente se produce en el periodo neonatal inmediato, no debemos olvidar la **sepsis tardía** que ocurre desde el sexto día de vida hasta los 3 meses de edad.

En estos casos pueden existir diferentes **mecanismos de transmisión**, como la lactancia materna, infección nosocomial o en ocasiones no conocidos; dado la gravedad del proceso y que la afectación meníngea es más frecuente en estos casos, debe formar parte de nuestro diagnóstico diferencial.