



# ESTREPTOCOCO, ¿ENEMIGO O COLONIZADOR?

Celia Rasero Bellmunt

DR1 PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍFICAS

SERVICIO DE URGENCIAS DE  
PEDIATRÍA DEL HGU DR. BALMIS

- **Faringitis por estreptococo**
- **¿Patógeno o colonizador?**
- **Propuesta de abordaje de la FAA**
- **Datos del Servicio de Urgencias del HGU Dr Balmis**

# Cuadros clínicos causados por estreptococos - Faringitis

- Faringoamigdalitis aguda (FAA): uno de los motivos más frecuentes de consulta en pediatría y **uso inapropiado de antibióticos**
- Principal causa de FAA: **vírica (75-80% casos)**
- Bacteria principalmente implicada: ***S. pyogenes* (EBHGA)**

Responsable:

- **3-7%** en < de 2 años
- **5-10%** de las FAA entre 2-3 años
- **30-40% de las FAA entre 4-13 años**
- **5-10%** de las FAA en >14 años

# Cuadros clínicos causados por estreptococos - Faringitis



SVP  
Sociedad  
Valenciana  
de Pediatría

SÍNTOMAS



SIGNOS



RESULTADO + EN  
PRUEBA  
MICROBIOLÓGICA



# Cuadros clínicos causados por estreptococos - Faringitis



- Pruebas rápidas de antígenos
- Cultivo

# Cuadros clínicos causados por estreptococos - Faringitis



• Cultivo

- **Técnica de referencia** para el diagnóstico de FAAE
- Sensibilidad del **90-95%** y una especificidad del **99%**
- Determina la **sensibilidad antibiótica**
- **Principales desventajas:** demora diagnóstica (24-48 horas) y **no permite diferenciar entre infección aguda y portador**



# Cuadros clínicos causados por estreptococos - Faringitis

SÍNTOMAS

**PORTADOR: albergar un agente infeccioso sin presentar signos o síntomas clínicos de enfermedad**



RESULTADO + EN  
PRUEBA  
MICROBIOLÓGICA



• Cultivo

- **Técnica de referencia** para el diagnóstico de FAAE

Sensibilidad del 99-95%

- **Principales desventajas:**  
demora diagnóstica (24-48 horas) y **no permite diferenciar entre infección aguda y portador**



# Cuadros clínicos causados por estreptococos - Faringitis



No permite diferenciar entre cepas viables y no viables de EBHGA, y puede ser falsamente positiva en pacientes con FAAE poco después de completar el tratamiento antibiótico (un mes)



- Pruebas rápidas de antígenos

# ¿Pero siempre es patógeno? ¿O puede ser colonizador?

El estado de portador puede llegar **hasta el 20% de los niños escolarizados**

El **15%** de los individuos con **FAAE** se convierten en **portadores asintomáticos** tras recibir tratamiento

La proporción de niños sanos portadores de EBHGA durante los brotes es **de hasta un 50%**. Este estado de portador puede durar meses, pero tanto la posibilidad de transmisión como el riesgo de fiebre reumática o GNPE son muy bajas



La presencia de *Streptococcus milleri*, una bacteria comensal que expresa antígeno A, puede originar resultados falsamente positivos en los TDR

El estado de **portador sano** disminuye con el incremento de la edad:

- **Niños < de 5 años: 66,6%**
- **Niños 5-17 años: 45,3%**
- **Niños > de 17 años: 16,2%**

**Ninguna de las pruebas microbiológicas (cultivo, TDR o biología molecular) permite distinguir entre infección aguda y estado de portador de *Streptococcus pyogenes***

# Propuesta de abordaje de la FAA

**TRATAR SIEMPRE**

## FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

- Inmunodeprimidos
- AP de fiebre reumática

- SBHGA: 5-10% de las FAA
- Estado de portador sano: < de 5 años **66,6%**

**Niños < 5 años**

**Niños 5-15 años**

¿Clínica compatible con infección estreptocócica + contacto estrecho con paciente con FAAE confirmada?

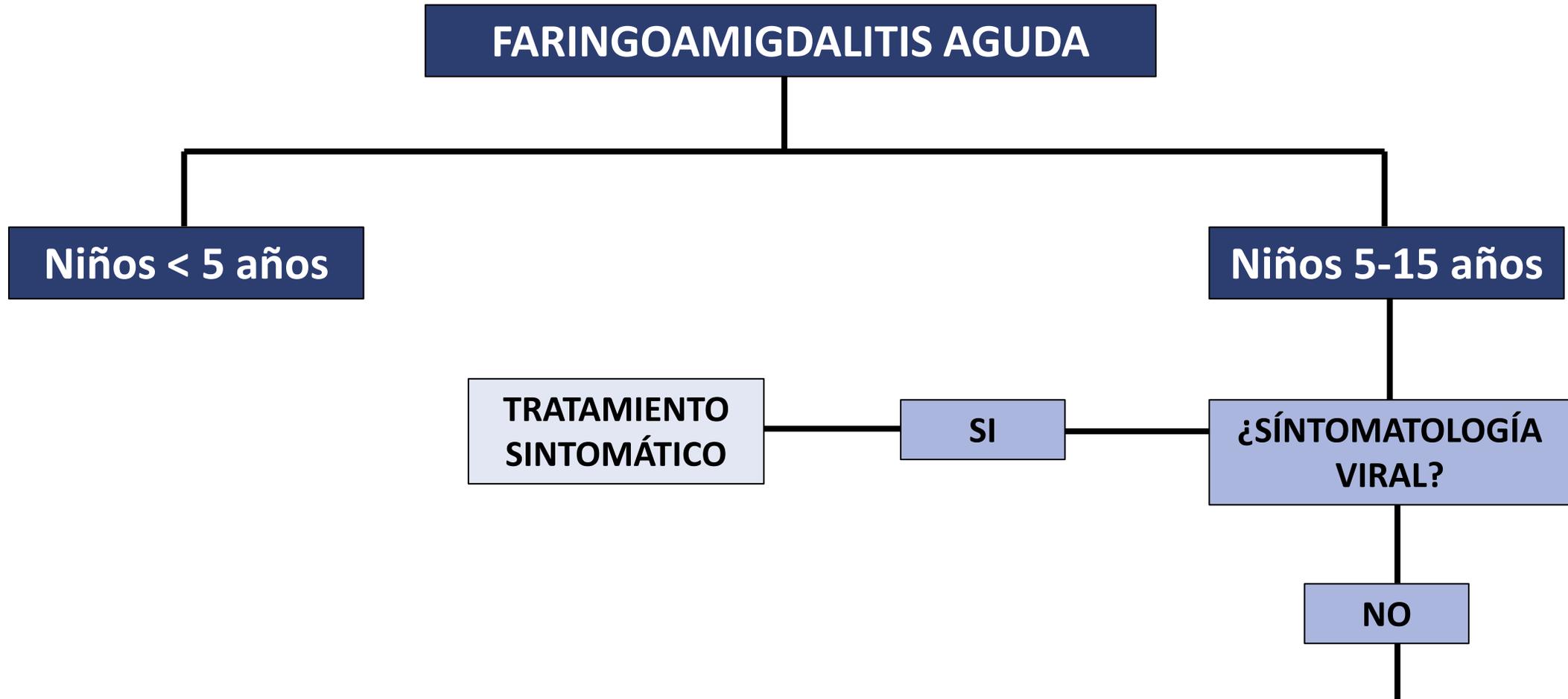
SI

TDR

NO

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

# Propuesta de abordaje de la FAA



# Propuesta de abordaje de la FAA

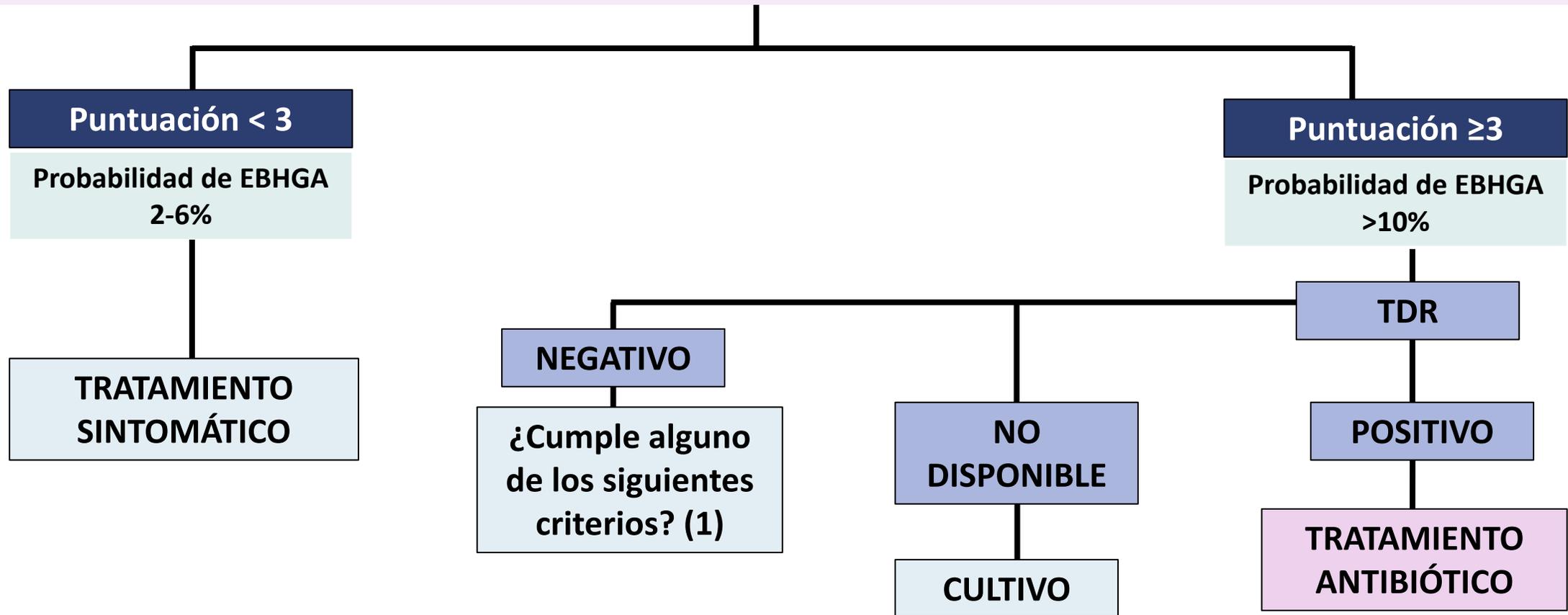


Tabla 1. Escala de Centor modificada por Mclsaac

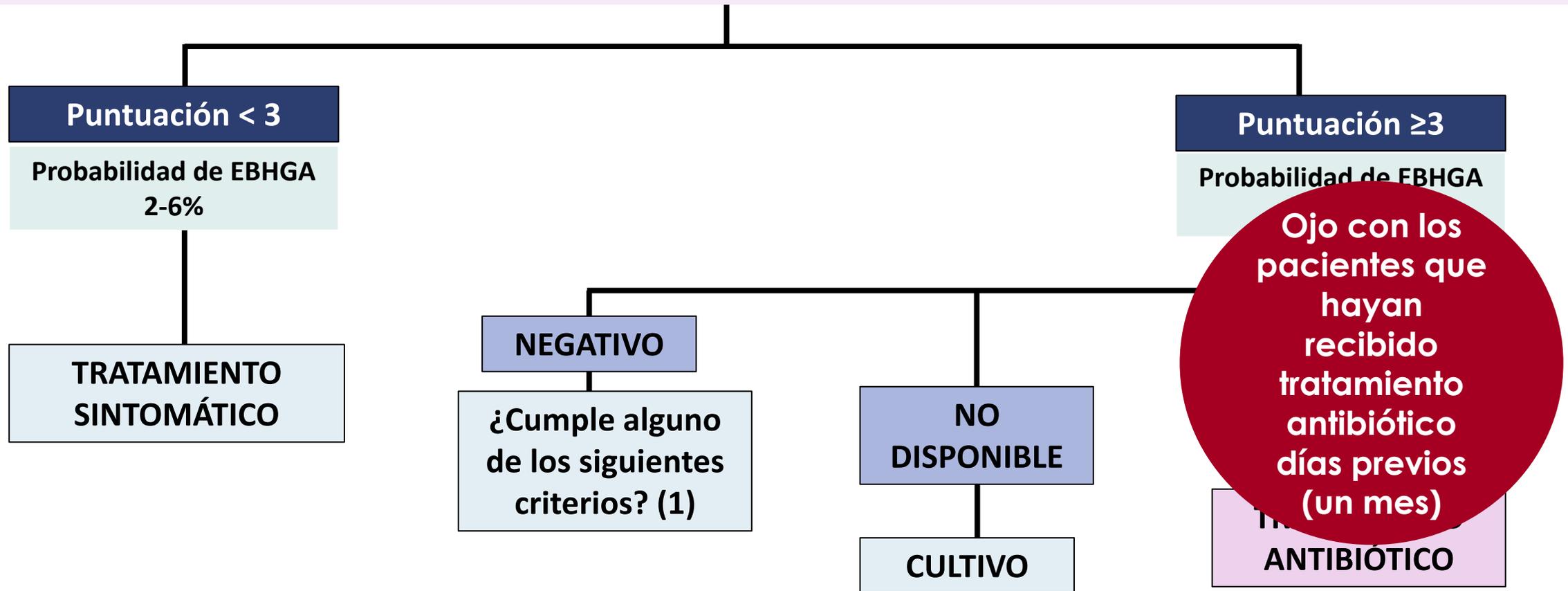
Criterios	Puntuación
Edad 3-14 años	1
Exudado amigdalár	1
Adenopatías laterocervicales con inflamación y dolor	1
Temperatura > 38 °C	1
Ausencia de tos	1



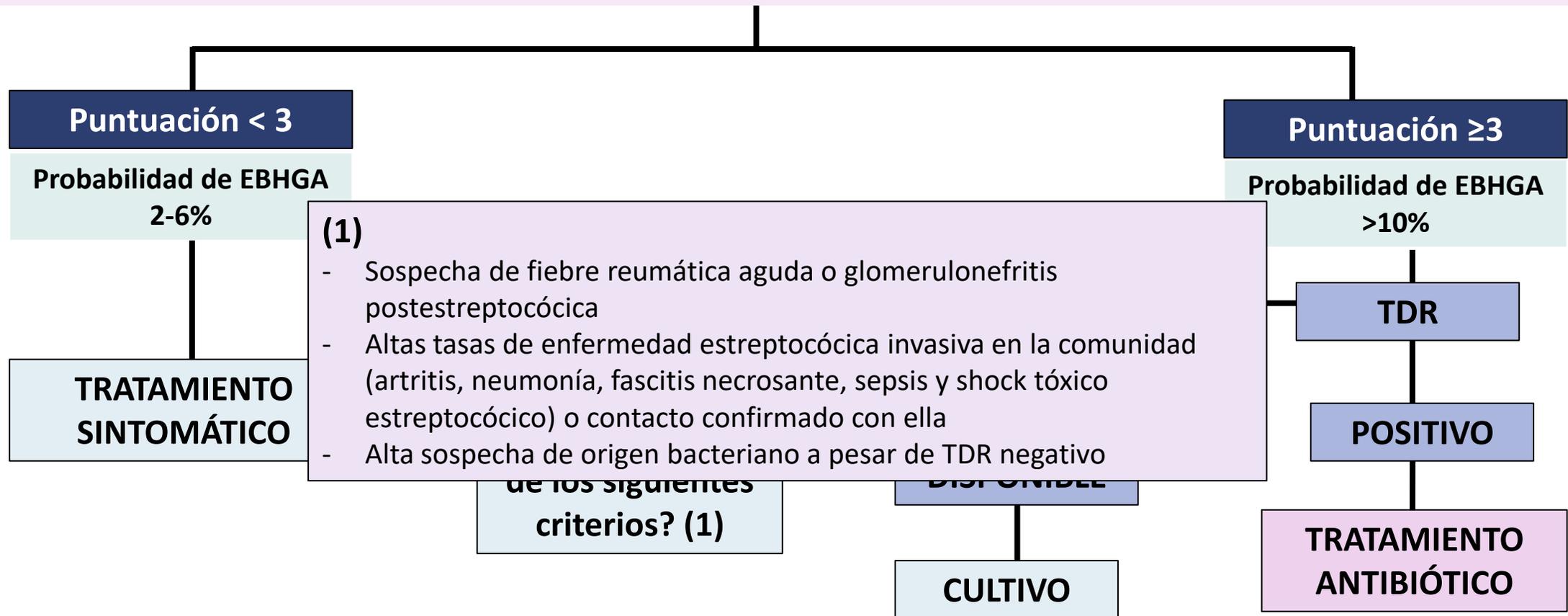
# Propuesta de abordaje de la FAA



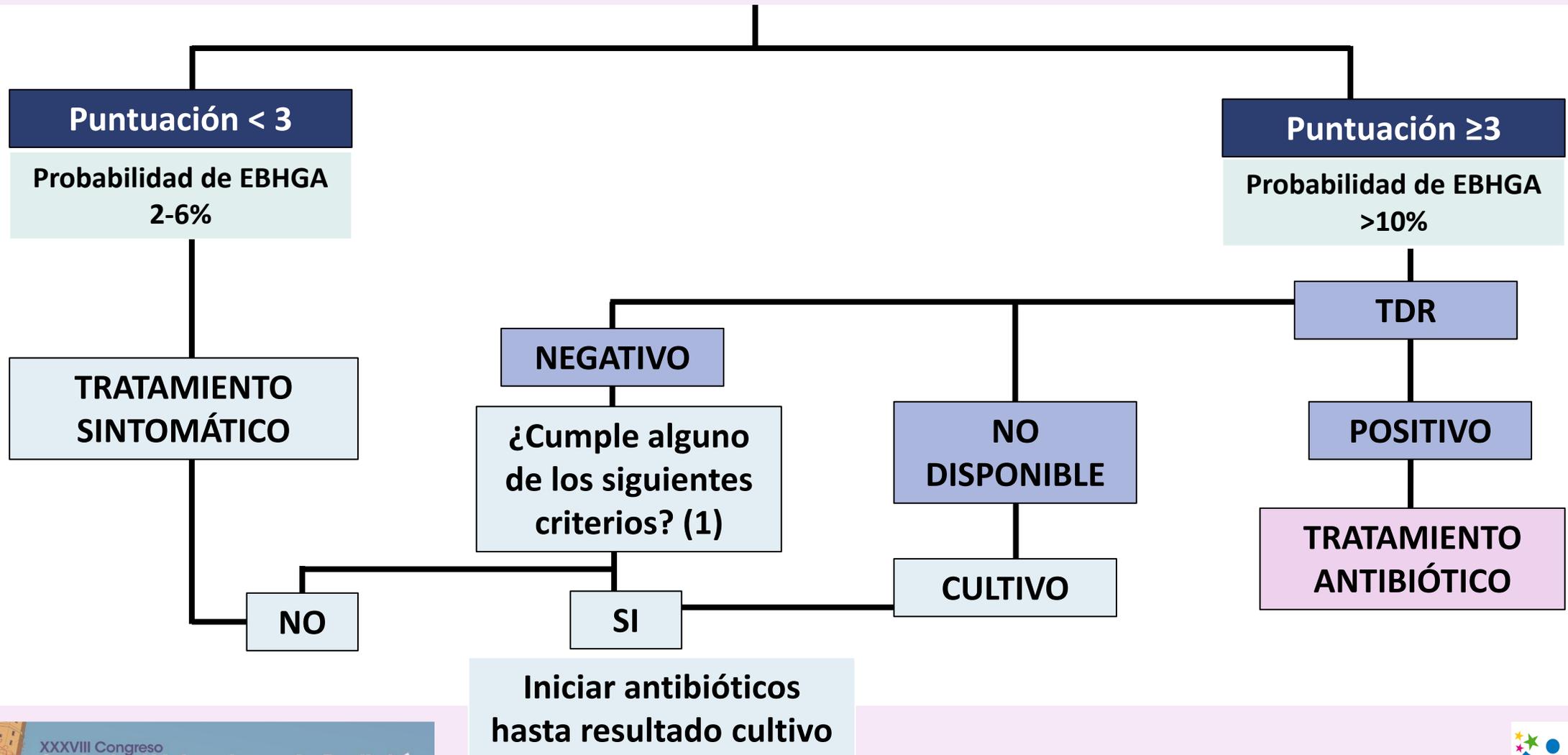
# Propuesta de abordaje de la FAA



# Propuesta de abordaje de la FAA



# Propuesta de abordaje de la FAA



# Datos del Servicio de Urgencias pediátricas del HGU Dr Balmis

PORCENTAJE PORTADORES SANOS

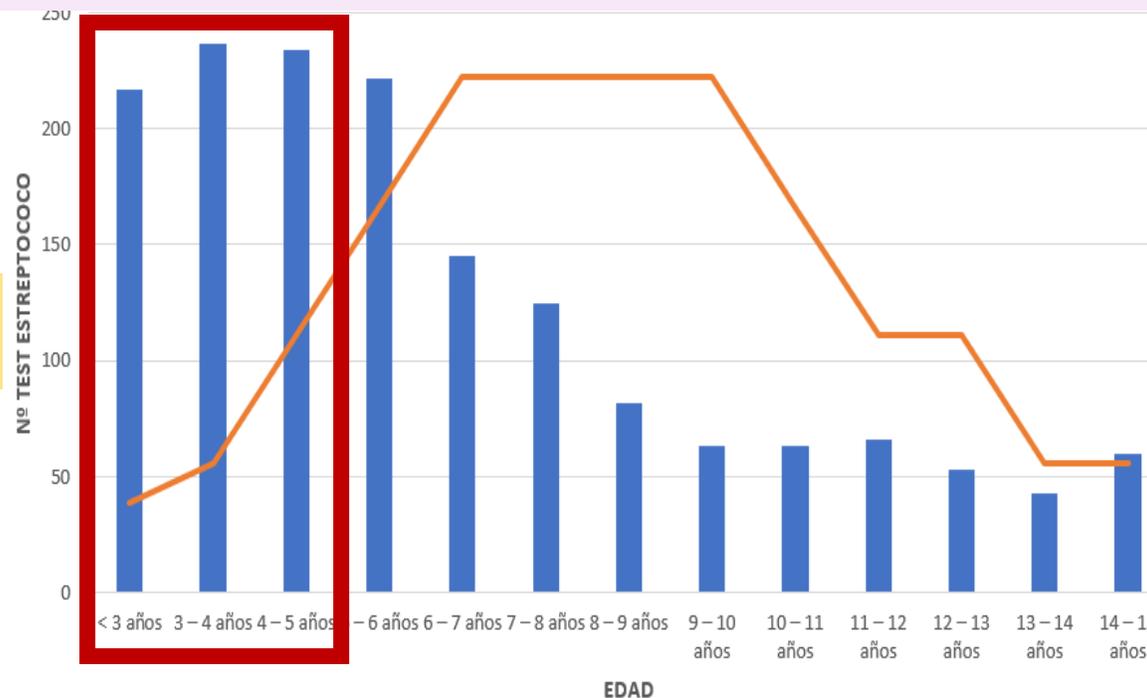


66,6%

(1 Enero 2022 - 31 Enero 2023) UPED - HGU Dr. Balmis

EDAD	Test estreptococo (nº)
< 3 años	217
3 - 4 años	237
4 - 5 años	234
5 - 6 años	222
6 - 7 años	145
7 - 8 años	125
8 - 9 años	82
9 - 10 años	63
10 - 11 años	63
11 - 12 años	66
12 - 13 años	53
13 - 14 años	43
14 - 15 años	60
<b>TOTAL</b>	<b>1.610</b>

688 (42,7%)



Responsable (S. Pyogenes):

- 3-7% en < de 2 años
- 5-10% de las FAA entre 2-3 años
- 30-40% de las FAA entre 4-13 años
- 5-10% de las FAA en >14 años

# Datos del Servicio de Urgencias pediátricas del HGU Dr Balmis

EDAD	> 1 test	1 día	2 días	3 días	4 días	5-14 días	15-21 días	21-40 días
< 3 años	10		1	1		2		1
3 – 4 años	22		1			2	1	3
4 – 5 años	15	1	3		2			1
5 – 6 años	17	1	2		1	1	1	3
6 – 7 años	6		1					
7 – 8 años	6							1
8 – 9 años	4	1				1		
9 – 10 años	3						1	
10 – 11 años	2					1		
11 – 12 años	0							
12 – 13 años	0							
13 – 14 años	2		1					
14 – 15 años	2	1						
TOTAL	89							

Ojo con los pacientes que hayan recibido tratamiento antibiótico días previos (un mes)

# Conclusiones



- La mayor parte de las FAA son de **etiología vírica**. El resto son bacterianas, la causada por estreptococo la más frecuente
- Para el **diagnóstico** de FAE se precisan signos y síntomas compatibles, junto con resultado positivo en pruebas microbiológicas
- No hay prueba microbiológica que diferencia entre **estado de portador asintomático e infección estreptocócica activa**, por lo que la clínica es muy importante para orientar el tratamiento
- Existe un **sobreuso de TDR estreptococo en los servicios de urgencias pediátricas**, lo que conlleva sobretreatmento, mayores costes y riesgo de potenciar resistencias bacterianas

- Piñeiro R, Hijano F, Alvez F, Fernández A, Silva JC, Pérez C, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. An Pediatr. 2011; 75(5): 342.e1-342.e13
- García C. Utilidad del test rápido de detección de antígeno estreptocócico (TRDA) en el abordaje de la faringoamigdalitis aguda en pediatría. Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria [internet] [consultado: 4 enero 2023]. Disponible en: <http://www.aepap.org/grupos/grupo-de-patologia-infecciosa/contenido>

- Bush LM, Vazquez-Pertejo MT. Infecciones estreptocócicas. Manual MSD. Versión para profesionales [internet] [consultado: 4 enero 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/enfermedades-infecciosas/cocos-grampositivos/infecciones-estreptoc%C3%B3cicas#>
- Hijano F, Piñeiro R, Orden B. Técnicas de detección rápida del antígeno estreptocócico. Guía-ABE [internet] [consultado: 4 enero 2023]. Disponible en: <https://www.guia-abe.es>



# ESTREPTOCOCO, ¿ENEMIGO O COLONIZADOR?

**Celia Rasero Bellmunt - R1 PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍFICAS**  
**SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA DEL HGU DR. BALMIS**