

Justificación: Intentar mediante la presentación de un caso, demostrar que la sepsis por *S. agalactiae* no es un proceso limitado al período neonatal. La colonización por el EGB en los recién nacidos se produce durante el parto, a partir del tracto genital materno colonizado, o en el útero, por vía ascendente, siendo la tasa de transmisión vertical del 50%.

Método: Presentamos el caso de un lactante de 2 meses y medio que acude a la urgencia de nuestro hospital con fiebre (39°C) de 24 horas de evolución, rechazo de las tomas e irritabilidad. El día previo se sospechó por la clínica de irritabilidad una obstrucción intestinal, que finalmente no se confirmó. No otros síntomas.

AF: Sin interés para el proceso actual.

AP: Embarazo: amenaza de aborto en el primer trimestre. Cultivo de *S. agalactiae* en exudado vaginal en 3º trimestre: negativo. Parto a las 39 semanas eutócico. Enf. previas: conjuntivitis aguda a las 2 semanas de vida tratada con antibióticos tópicos. Resto sin interés.

EF al ingreso: AEG. Irritable. Polipneico. Cutis reticulado. No exantemas, ni petequias. FA: Normotensa. Resto de exploración normal.

EC: PCR: 105 mg/l. Bioquímica: Normal. Hemograma: Hb: 9,7; Hto: 28,8%; Leucocitos: 11.300 (N:54,2; L:39; M:4,1). Cayados 2%. Orina: normal. Punción lumbar: Leucocitos: 373 (95% PMN); Hematíes: 517; Proteínas: 97mg/dl; Glucosa: 46mg/dl. Urocultivo y coprocultivo: Negativos. Hemocultivo y cultivo de LCR: Se aísla *Streptococcus agalactiae* sensible a penicilinas.

Resultados y evolución: Se decide ingreso y ante la sospecha de meningitis bacteriana se inicia tratamiento con ampicilina, cefotaxima y vancomicina. Posteriormente tras conocerse los cultivos se cambia a Penicilina G sódica i.v. que se mantiene hasta completar 14 días. Se administran asimismo corticoides i.v. los 4 primeros días de ingreso. Sigue buena evolución clínica y es dado de alta tras completar el tratamiento. Se repitió el exudado vaginal en la madre resultando positivo para *Streptococcus agalactiae*. Pendiente de efectuar "screening" auditivo.

Conclusiones: No descartar infección por *S. agalactiae* después del período neonatal ante datos clínicos compatibles, ya que en la literatura se describen casos en lactantes de hasta 3 meses de edad. La penicilina sigue considerándose el tratamiento de elección en estos casos, a veces combinado con un aminoglucósido. La colonización genital puede ser intermitente, con lo que un cultivo vaginal negativo no descarta la infección.