



Carmen Amores-Antequera¹ 
Ana Delgado-Baena²
Paula Parrado-Hernando²
Purificación Cantudo-Muñoz¹
Lidia Velasco-Rodríguez²

Vulvovaginitis por *Streptococcus pyogenes* en mujeres adultas

¹Unidad de Gestión Clínica de Laboratorios-Microbiología, Hospital Universitario San Agustín, Linares (Jaén), España.

²Unidad de Gestión Clínica de Laboratorios-Análisis Clínicos, Hospital Universitario San Agustín, Linares (Jaén), España.

Article history

Received: 9 May 2024; Revision Requested: 27 May 2024; Revision Received: 18 June 2024;
Accepted: 21 June 2024; Published: 15 July 2024

Estimado Editor:

Streptococcus pyogenes es uno de los agentes etiológicos de vaginitis más frecuentes en niñas prepúberes [1,2], asociándose también con fiebre puerperal, endometritis y sepsis [3]. Su implicación como productor de vaginitis en mujeres adultas está menos estudiada. No encontramos estudios de autores españoles en la revisión bibliográfica realizada, por lo que nos propusimos conocer la incidencia de *S. pyogenes* en muestras de mujeres adultas, con síntomas de infección vaginal, en nuestra área sanitaria. Estudio retrospectivo de 2007 a 2023 de cultivos de mujeres mayores de 15 años, con sospecha de infección vaginal, con aislamiento de *S. pyogenes*. Las muestras procedían de Ginecología, Urgencias y Atención Primaria. Se procesaron según el protocolo de nuestro laboratorio: cultivo en agar sangre, agar sangre con ácido nalidixico y colistina y agar chocolate incubados en atmósfera de CO₂ al 5% y 35°C y agar Sabouraud con cloranfenicol a 30°C (Becton-Dickson). En los exudados vaginales se realizó examen en fresco para estudio de leucocitos, levaduras y *Trichomonas*. En exudados endocervicales se realizó tinción de Gram. *S. pyogenes* se identificó por sensibilidad a bacitracina (Becton- Dickinson) y/o aglutinación de látex (PathoDxtra StrepGrouping Kit, Thermo Scientific). Se realizó antibiograma por técnica de difusión con discos en Muller- Hinton Sangre (Becton-Dickinson), siguiendo los criterios de EUCAST. Los resultados de los cultivos se consultaron en la base de datos del laboratorio.

Se procesaron 10.073 muestras de mujeres adultas y niñas, aislándose *S. pyogenes* en 122 casos (1,2%). En 36 casos (29,5%) se aisló en mayores de 15 años (0,36% del total de cultivos, 33 exudados vaginales y 3 endocervicales). La mayoría de aislamientos se produjo en meses de invierno 13 casos y verano 11 casos (Figura 1). La edad media fue 47 años (inter-

valo de 22-76). La mayor incidencia fue en el grupo de 36-45 años (Figura 2). Procedencia: 18 Atención Primaria, 9 consultas de Ginecología, 4 urgencias y 5 ingresos de Ginecología. En consultas, el motivo más frecuente de solicitud fue: vaginitis, vulvovaginitis y/o aumento del flujo (17 casos), molestias vaginales (5 casos), prurito (4 casos), no se indicaba (6 casos). En hospitalización hubo un caso de fiebre puerperal, una endometritis tras el parto y dos casos de enfermedad inflamatoria pélvica, uno con *Chlamydia* y Papilomavirus positivo en el mes anterior y otro con absceso tubo-ovárico y salpingitis aguda con *Chlamydia* negativo, y un caso de vaginitis después de intervención de cáncer de cérvix. En el examen en fresco de los exudados se observó más 5 leucocitos/campo 40x, en 30 muestras (83%). *S. pyogenes* se aisló en cultivo puro o muy abundante en 31 muestras (86%). En otros 3 casos se aisló junto con *S. agalactiae* y en 2 con flora mixta. El 100% de las cepas fueron sensibles a penicilina, el 93% a eritromicina y el 92% a clindamicina.

Los aislamientos de *S. pyogenes* en infecciones genitales en nuestro medio, tanto en mujeres adultas como en niñas, es bajo (1,2%), siendo los aislados en mujeres adultas menos de un tercio de los cultivos positivos para *S. pyogenes*. Morris [4] obtuvo aislamientos de *S. pyogenes* en algo más del 1% de muestras de mujeres adultas, Bruins *et al.* [5] en 4.8% de mujeres con vaginitis recurrente pero no, en casos control. *S. pyogenes* raramente se encuentra como colonizador vaginal, Mead *et al.* [6] encuentran una colonización vagino-rectal en mujeres embarazadas de 0.03%. En nuestro estudio, pensamos que ningún aislamiento se debía a colonización ya que la mayoría procedía de mujeres con síntomas o con sospecha de infección y se acompañaba en el 84% de los casos de reacción inflamatoria, aislándose en cultivo puro en un elevado porcentaje. Esta presencia de leucocitos, también es muy frecuente en el caso de la infección por *S. pyogenes* en niñas [2] junto con aislamiento muy abundante.

En general los signos y síntomas de la vulvovaginitis por *S. pyogenes* son agudos y más graves que los causa-

Correspondencia:

Carmen Amores Antequera.

Laboratorio de Microbiología, Hospital Universitario San Agustín
23700, Linares, Jaén.

E- mail: JLCVIDRIALES@telefonica.net

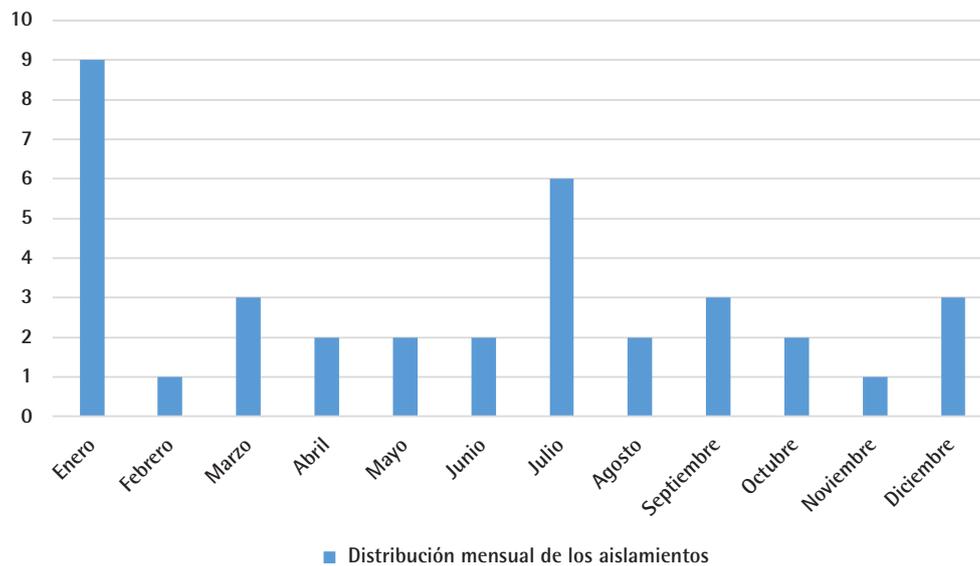


Figura 1 Distribución mensual del número de aislamientos en muestras de exudado vaginal.

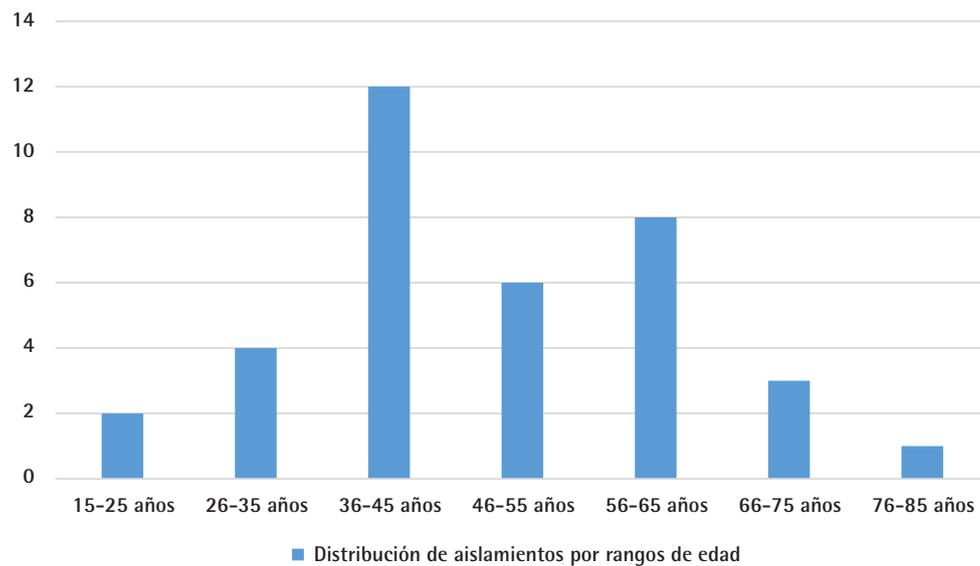


Figura 2 Distribución de los aislamientos por rangos de edad.

dos por otras bacterias, las pacientes indican dolor vaginal y /o vulvar o perineal, el prurito es otro síntoma común y aumento de flujo amarillento y purulento [7]. Encontramos que en las pacientes ingresadas o de urgencias, las infecciones fueron más graves, dos de ellas infecciones postparto. La enfermedad invasiva por *S. pyogenes* en el embarazo es conocida, habiéndose incrementado en los últimos 30 años [8]. La infección estreptocócica postparto y en particular el síndrome de shock tóxico pueden ser difíciles de tra-

tar y pueden comprometer la vida de las pacientes. A pesar del tratamiento adecuado la mortalidad relacionada con la enfermedad invasiva postparto por *S. pyogenes* permanece por encima del 40% de las muertes por sepsis postparto [8]. El riesgo de infección invasiva por *S. pyogenes* en embarazadas es 20 veces mayor que en mujeres no embarazadas, pero no está indicado por ahora el cribado para la detección de portadoras vagino-rectales [8].

El mayor número de aislamientos en nuestro estudio, se produjo en los meses de invierno y verano. Otros autores, encuentran un número mayor de aislamientos en invierno [4]. La principal vía de transmisión es a través de contactos familiares con portadores de *S. pyogenes*, por una infección previa respiratoria o dérmica, personal o familiar, debida a *S. pyogenes* y también en madres con vulvovaginitis o celulitis perineal y sus hijos con faringitis por *S. pyogenes* [8]. En ocasiones, se adquiere por transmisión sexual por estado de portador asintomático de la pareja sexual [7-9]. La lactancia se ha asociado con mayor riesgo de vaginitis por *S. pyogenes*, hay una mayor susceptibilidad a la infección por la atrofia vaginal causada por la disminución de estrógenos asociada a la lactancia [7]. La atrofia vaginal en la menopausia también se ha descrito como un factor de riesgo para la infección por *S. pyogenes* [10].

El tratamiento de elección en infecciones no complicadas es penicilina o amoxicilina. En caso de alergia, están indicados los macrólidos. La resistencia a penicilina es inexistente y entre 5-10% son resistentes a macrólidos [8]. En nuestro caso la resistencia a eritromicina fue de 7%. No tenemos datos del tratamiento antibiótico que recibieron las pacientes, pero en 6 casos se solicitó cultivo post tratamiento, siendo todos negativos para *S. pyogenes*.

La vulvovaginitis por *S. pyogenes* en mujeres adultas en nuestro medio es muy poco frecuente, pero es una entidad claramente definida que se acompaña usualmente de síntomas y reacción inflamatoria, con abundante crecimiento en los cultivos, en muchos casos asociada a factores predisponentes.

FINANCIACIÓN

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este estudio.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFIA

1. Cuadros J, Mazon A, Martinez R, Gonzalez P, Gil-Setas A, Flores U, et al. The aetiology of paediatric inflammatory vulvovaginitis. *Eur J Paediatr*.2004; 163 (2):105-7. doi 10.1007/s00431-003-1373-x
2. Amores Antequera C, Almazan Alonso C, Cantudo Muñoz P, Gómez Fernández L. Estudio microbiológico de vulvovaginitis en niñas prepúberes. *Rev Esp Quimioter*. 2014; 27:271-2. PMID: 25536432
3. Mandell GL, Gordon Douglas R, Bennett JE. Mandell, Douglas and Bennett. *Enfermedades Infecciosas Principios y Practica*. 3th ed. *Editorial Medica Panamericana*, 1991.
4. Morris CA. Seasonal variation of streptococcal vulvo-vaginitis in an urban community. *J Clin Pathol*. 1971; 24:805-7. doi: 10.1136/jcp.24.9.805.
5. Bruinss MJ, Damoiseaux RAMJ, Ruijs GJHM. Association between group A beta-haemolytic streptococci and vulvovaginitis in adult women: a case control study. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2009 Aug; 28(8):1019-21. doi :10.1007/s10096-009-0733-5.
6. Mead PB, Winn WC. Vaginal-Rectal Colonization with Group A Streptococci en Late Pregnancy. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2000; 8:217-9. doi: 10.1155/S1064744900000302.
7. Micelle C, Meltzer Jane R, Schwebke. Lactational Amenorrhea as Risk Factor for Group A Streptococcal vaginitis. *Clin Infect Dis*. 2008; 46e 112-5. doi: 10.1086/587748.
8. Donders G, Greenhouse P, Donders F, Engel U, Paavonen J, Werner M. Genital Tract GAS Infection ISIDOG Guidelines *J Clin Med*. 2021; 10:2043. doi: 10.3390/jcm10092043.
9. Verkaeren E, Epelboin L, Eplboin S, Boddaert N, Brossier F, Caumes E. Recurrent *Streptococcus pyogenes* genital infection in a woman: test and treat partner. *Int J Infect Dis*. 2014; 29:37-9. doi: 10.1016/j.ijid.2014.07.026.
10. Urgulo G, van der Houwen C, Branderburg A, Schreuder I, Bogchelma D. *Streptococcus pyogenes* vaginitis in a postmenopausal woman. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008; 138:115-16. doi: 10.1016/j.ejogrb.2007.02.022.