

Vaginitis por *Streptococcus grupo A* en una mujer adulta: Reporte de un caso

Leiva Loyola Sebastián David ^a, Guerrero Almonacid Marcelo Alejandro ^b.

RESUMEN

Streptococcus grupo A (SGA) es una bacteria asociada a un amplio espectro de infecciones, incluida la vulvovaginitis en mujeres preadolescentes. Sin embargo, rara vez se describe como agente causal de esta infección en mujeres adultas. Se presenta el caso de una paciente de 71 años con antecedentes de tiroiditis de Hashimoto y cáncer de mama en tratamiento con tamoxifeno, y que desarrolla vaginitis causada por SGA. Se inicia tratamiento oral con clindamicina, experimentando resolución de los síntomas tras 7 días. No obstante, cinco meses después, los síntomas vuelven a aparecer, diagnosticándose nuevamente vaginitis por SGA. Se sugiere que la reinfección podría estar relacionada con las condiciones de hipostrogenismo derivadas de la postmenopausia y del tratamiento con tamoxifeno, un fármaco supresor de los estrógenos. La relevancia de reportar infecciones poco comunes por SGA radica en las graves complicaciones que pueden generar, como el shock tóxico estreptocócico.

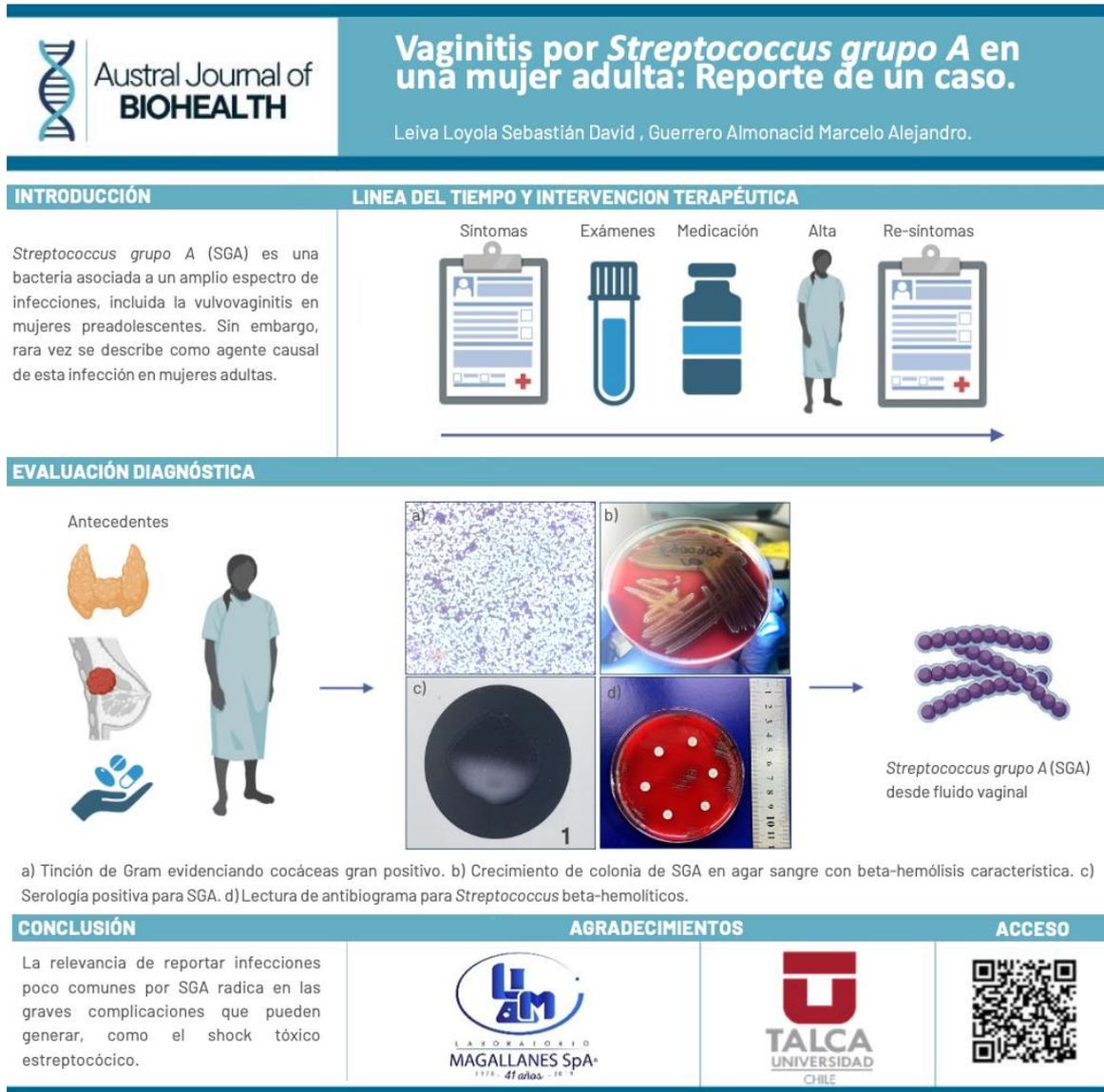
Palabras claves: *Streptococcus grupo A*, vaginitis, Tamoxifeno.

ABSTRACT

Group A Streptococcus (GAS) is a bacterium associated with a wide range of infections, including vulvovaginitis in preadolescent girls, but it is rarely described in adult women. This case reports a 71-year-old female patient with a history of Hashimoto's thyroiditis and breast cancer, who is being treated with tamoxifen and develops GAS-induced vaginitis. The patient begins oral treatment with clindamycin and experiences resolution of symptoms after 7 days. However, five months later, the symptoms reappear, and GAS vaginitis is diagnosed again. It is suggested that the reinfection may be related to the hypostrogenic conditions resulting from postmenopause and tamoxifen therapy, a drug with estrogen-suppressive effect. The importance of reporting unusual GAS infections lies in the severe complications they can cause, such as streptococcal toxic shock syndrome.

Keywords: group A streptococcus, vaginitis, Tamoxifen.

FIGURA RESUMEN



INTRODUCCIÓN

La vaginitis se define como un espectro de condiciones que incluyen síntomas como secreción vaginal anormal, mal olor, irritación, picazón o ardor, donde las bacterias corresponden al agente etiológico más común, representando entre un 40% y 50% de los casos. Otras causas de vaginitis son la candidiasis vaginal y la tricomoniasis (1).

La infección vaginal por bacterias está asociada a un desbalance del ecosistema vaginal, caracterizado por un descenso de la colonización de lactobacilos productores de peróxido de hidrógeno desplazados por un crecimiento anormal de bacterias, las más comunes corresponden a *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella spp.*, *Mobiluncus spp.*, *Mycoplasma hominis* entre otras (2).

Streptococcus Grupo A (SGA) es una bacteria cocácea Gram positiva asociada a un amplio rango de infecciones, en donde las infecciones genitales son frecuentemente reportadas en mujeres preadolescentes, pero está muy poco documentado e ignorado en mujeres adultas (3). El artículo aborda un interesante caso de vaginitis por SGA el cual es infrecuente en mujeres adultas.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Paciente de 71 años, con antecedentes de tiroiditis de Hashimoto, hipertensión arterial y cáncer de mama en remisión. Actualmente se encuentra en tratamiento con Tamoxifeno 20 mg/día. Paciente recurre a laboratorio para realizarse examen de flujo vaginal por aumento de descarga de flujo vaginal desde el inicio del uso de Tamoxifeno.

HALLAZGOS CLÍNICOS

Paciente se encuentra afebril al momento de la toma de muestra. Refiere prurito en la zona vaginal y una secreción vaginal anormal, por lo que se le indica el uso de protector diario. Además, menciona odinofagia. Durante la especuloscopia, se observa un flujo vaginal de color blanquecino, sin presencia de grumos.

LÍNEA DEL TIEMPO

En la Figura 1 se describe la temporalidad del reporte de caso. Desde la presencia de los síntomas iniciales, tratamiento y reaparición de sintomatología.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Se realizó la medición del pH del flujo vaginal (Macherey Nagel), obteniendo un valor de 5.3. El examen directo al microscopio reveló la presencia de una cantidad moderada de bacterias y leucocitos, sin evidenciar levaduras ni *Trichomonas vaginalis*.

Se procedió al cultivo del flujo vaginal en Agar Columbia, Agar MacConkey y Agar Sabouraud Dextrosa (Valtek Diagnostics), en condiciones de aerobiosis durante 48 horas. Tras la incubación, en el Agar Columbia se observó el crecimiento de una colonia pequeña, beta hemolítica, que correspondía a una cocácea Gram positiva en cadena. No se observó crecimiento en los medios de cultivo MacConkey ni Sabouraud Dextrosa.



Figura 1. Línea del tiempo. Aparición de síntomas y toma de examen de flujo vaginal al quinto día. Entrega de resultados de laboratorio y consulta con el médico tratante al octavo día luego de iniciado los síntomas. Inicia tratamiento con clindamicina 300 mg cada 12 horas por una semana. Posterior a esto paciente es dado de alta por médico tratante al observar término de síntomas. Cinco meses más tarde paciente vuelve a tener sintomatología y acude a laboratorio para realizar nuevo examen de flujo vaginal.

La prueba de catalasa resultó negativa (DifemPharma), al igual que la prueba de oxidasa (Valtek diagnostics). Posteriormente, se realizó una serología para *Streptococcus* spp. (Sclavo Diagnostics), la cual indicó un desarrollo abundante de *Streptococcus* del Grupo A. Se procedió a realizar un antibiograma según la guía M100-Ed24 del Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI), el cual mostró sensibilidad a penicilina, clindamicina, linezolid y vancomicina, con sensibilidad intermedia a eritromicina y tetraciclina (Figura 2).

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Paciente post consulta y revisión de resultados de exámenes con médico tratante inicia tratamiento con clindamicina oral, una dosis diaria de 300 mg cada 12 horas por 7 días.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

Tras completar el tratamiento con clindamicina oral, la paciente reportó la desaparición de los síntomas y las molestias vaginales. Sin embargo, cinco meses después, acudió nuevamente al laboratorio para un examen de flujo vaginal debido a la aparición de secreción vaginal anormal. El cultivo reveló nuevamente un crecimiento abundante de *Streptococcus Grupo A*, con los mismos resultados en el antibiograma que en la ocasión anterior.

DISCUSIÓN

Esta paciente presenta un caso recurrente de vaginitis por SGA. Este agente etiológico es un patógeno prevalente en cuadros de vulvovaginitis en mujeres prepúberes, pero raramente es aislado de muestras vaginales en mujeres adultas (3).

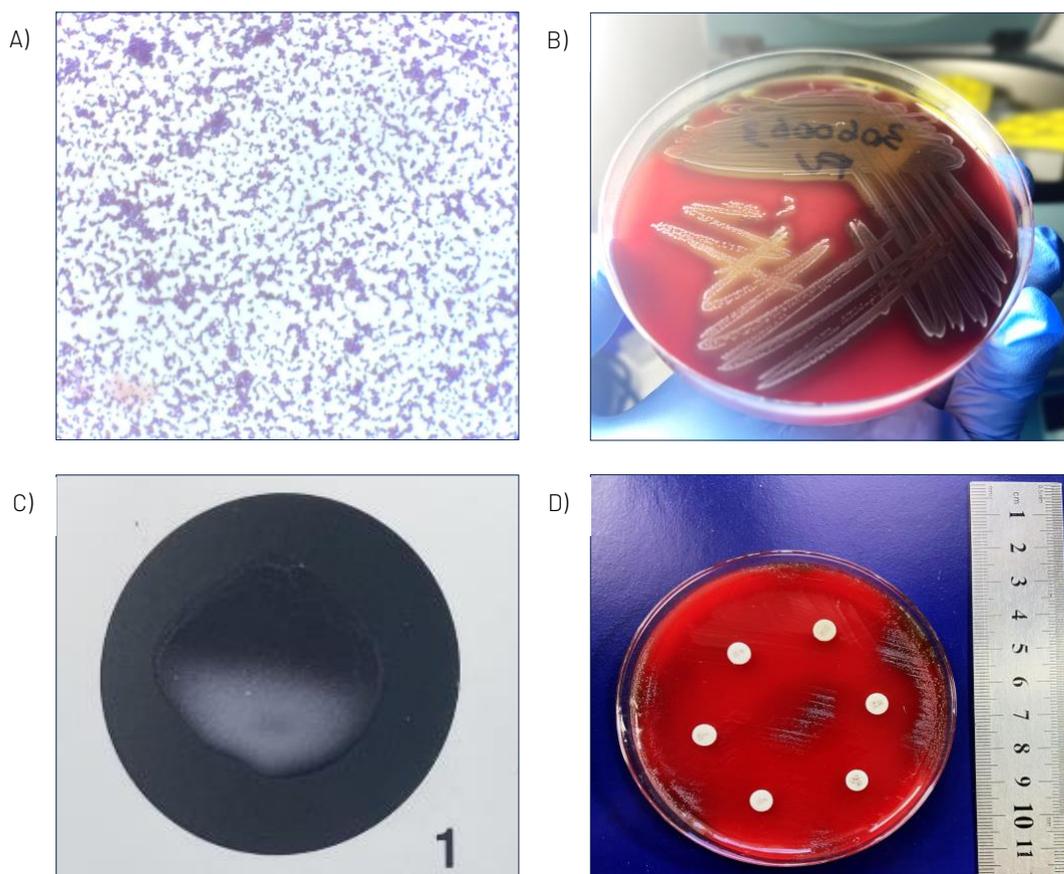


Figura 2. a) Tinción de Gram evidenciando cocáceas gran positivo. b) Crecimiento de colonia de SGA en agar sangre con beta-hemólisis característica. c) Serología positiva para SGA. d) Lectura de antibiograma para *Streptococcus* beta-hemolíticos.

En relación con lo anterior, en un estudio realizado en la ciudad de Auckland en 2013 por Upton et al. se reporta solo 100 aislados de SGA de 4500-5000 muestras vaginales en un laboratorio comunitario y 20 de 2000 muestras vaginales de un laboratorio ubicado en un recinto hospitalario (4). De los pocos casos reportados en la literatura de vaginitis por SGA en mujeres adultas, se pueden relacionar con la existencia previa de atrofia vaginal debido a hipoestrogenismo (3, 5). En esta línea, la paciente presenta las siguientes condiciones que pudieron haber influido en la infección vaginal por SGA y su recurrencia. En primer lugar, la paciente al ser una mujer adulta postmenopáusicas presenta fisiológicamente un descenso en los niveles de estrógenos, lo que a su vez provoca una disminución de la población de *Lactobacillus spp.* en la microbiota vaginal aumentando el pH vaginal por la pérdida de producción de peróxido de hidrógeno, ambiente propicio que puede ser aprovechado por bacterias patógenas produciendo infección (6). Por otro lado, la paciente se encuentra en un tratamiento con Tamoxifeno por cáncer de mama, el cual es un medicamento supresor de estrógenos propiciando aún más un ambiente favorable para la colonización de bacterias oportunistas (7). La tercera condición corresponde a un cuadro actual de faringitis sintomática no diagnosticada en el momento de la toma de muestra del examen, lo que posiblemente se debe a la colonización de SGA en la orofaringe, siendo este un sitio primario para las infecciones de SGA pudiendo colonizar mucosas a través del contacto con las manos (8). Por último, se puede establecer la mayor incidencia de vaginitis por SGA en mujeres prepúberes responden a que en ese rango etario los niveles de estrógenos son bajos y en mujeres adultas la incidencia es menor debido a niveles normales de estrógenos (9). La importancia de reportar infecciones inusuales por SGA se debe a la presentación de complicaciones graves como lo es el síndrome de shock tóxico estreptocócico (SST), producidas por toxinas generadas por SGA lo que genera una respuesta inflamatoria sistémica exacerbada (10). Si bien es cierto que este tipo de complicaciones se presentan más comúnmente en infecciones invasivas de tracto respiratorio o en infecciones necrotizantes, se han reportado casos donde el sitio primario de infección corresponde a un cuadro de vaginitis por SGA (11).

Otra complicación grave asociada a la infección por SGA es la cardiopatía reumática, que se desarrolla como resultado de una respuesta autoinmune crónica desencadenada por una infección no tratada por este patógeno. La afectación de las válvulas cardíacas en este contexto puede progresar de manera insidiosa, llevando a una alteración funcional significativa que, en casos avanzados, puede ser fatal. Dada la gravedad de esta complicación, resulta crucial la identificación temprana y el tratamiento adecuado de las infecciones por SGA, aunque sean relativamente poco frecuentes (12).

CONFLICTO DE INTERESES

El paciente ha firmado el consentimiento informado.

FINANCIAMIENTO

Esta investigación no ha recibido financiación externa.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORES

LS: Conceptualización, Investigación, Recursos, Redacción-borrador original.

GM: Recursos, Redacción-revisión y edición, visualización.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Paladine HL, Desai UA. Vaginitis: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician*. 2018 Mar 1;97(5):321-329.
2. Quan M. Vaginitis: Diagnosis and Management. *Postgrad Med*. 2010 Dec;122(6):117-127. doi: 10.3810/pgm.2010.11.2229.
3. Verstraelen H, Verhelst R, Vaneechoutte M, Temmerman M. Group A streptococcal vaginitis: an unrecognized cause of vaginal symptoms in adult women. *Arch Gynecol Obstet*. 2011 Jul;284(1):95-8. doi: 10.1007/s00404-011-1861-6.
4. Upton A, Taylor S. Observational study of *Streptococcus pyogenes* isolated from vaginal swabs of adult women in a hospital and community laboratory. *Pathology*. 2013;45(7):678-80. doi: 10.1097/PAT.0000000000000001.
5. Rahangdale L, Lacy J, Hillard PA. Group A *Streptococcus* vulvovaginitis in breastfeeding women. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199(2)-e5. doi:10.1016/j.ajog.2008.02.045.
6. Stika CS. Atrophic vaginitis. *Dermatol Ther*. 2010;23(5):514-22. doi: 10.1111/j.1529-8019.2010.01354.x.
7. Yang G, Newsheer S, Aziz K, Georgakilas AG. Toxicity and adverse effects of Tamoxifen and other anti-estrogen drugs. *Pharmacol Ther*. 2013;139(3):392-404. doi: 10.1016/j.pharmthera.2013.05.005
8. Zhu L, Olsen RJ, Beres SB, Ojeda Saavedra M, Kubiak SL, Cantu CC, et al. Genome-wide screens identify group A *Streptococcus* surface proteins promoting female genital tract colonization and virulence. *Am J Pathol*. 2020;190(4):862-873. doi: 10.1016/j.ajpath.2019.12.003

REFERENCIAS

9. Yu Z, Jiao Y, Zhao Y, Gu W. Level of Estrogen in Females—The Different Impacts at Different Life Stages. *J Pers Med*. 2022 Dec 2;12(12):1995. doi: 10.3390/jpm12121995.
10. Al-ajmi JA, Hill P, O'Boyle C, Garcia ML, Malkawi M, George A, et al. Group A Streptococcus toxic shock syndrome: an outbreak report and review of the literature. *J Infect Public Health*. 2012;5(6):388-393. doi: 10.1016/j.jiph.2012.07.006.
11. Hikone M, Kobayashi K, Washino T, Ota M, Sakamoto N, Iwabuchi S, et al. Streptococcal toxic shock syndrome secondary to group A Streptococcus vaginitis. *J Infect Chemother*. 2015;21(12):873-876. doi: 10.1016/j.jiac.2015.07.011.
12. Zuhlke L, Engel M, Karthikeyan G, et al. *Rheumatic heart disease in children and adolescents in sub-Saharan Africa*. *Lancet*. 2016 Jul 9;388(10057):502-9. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30338-3