

Yogur y síndrome urémico hemolítico: cuando la sospecha excede la evidencia

Yogurt and hemolytic uremic syndrome: When suspicion exceeds evidence

En Argentina, el síndrome urémico hemolítico (SUH) por *Escherichia coli* productora de Shiga toxina (STEC) es un desafío prioritario de salud pública. Con una mediana de incidencia para el periodo 2014 a 2024 de 365 casos anuales, nuestro país registra la tasa más alta a nivel mundial.¹ Esta patología representa una de las principales causas de injuria renal aguda y de insuficiencia renal crónica en la edad pediátrica, siendo responsable del 9 % de los trasplantes renales en niños y adolescentes.² Ante este panorama, es comprensible que cualquier vehículo potencial de la bacteria STEC genere una señal de alerta inmediata tanto en la comunidad médica como en la sociedad.

El artículo "Yogur en alimentación infantil: respuestas a preguntas frecuentes",³ recientemente publicado, aborda con rigor, entre sus interrogantes, la supuesta relación causal entre el consumo de yogur industrial y el SUH. Dada las divergencias de criterios existentes en el tema, nos resulta de importancia extender este análisis, jerarquizando la evidencia científica sobre los vectores de riesgo reales y fortaleciendo las medidas de prevención primaria.

La seguridad microbiológica del yogur industrial se fundamenta en su doble barrera de inocuidad. Por un lado, el doble proceso térmico: la pasteurización inicial (ej. 72 °C por 15 segundos) y un segundo tratamiento más intensivo (ej. 95 °C por 4-5 minutos). Dado que la *E. coli* se inactiva a temperaturas superiores a los 65-71 °C, estos procesos garantizan la eliminación de cualquier patógeno. Posteriormente, el proceso de fermentación, produce ácido láctico, reduciendo el pH del producto a niveles inferiores a 4.5, lo cual genera condiciones desfavorables para el desarrollo y la supervivencia de STEC.

Hasta la fecha, no existen reportes científicos que documenten el aislamiento espontáneo, accidental o natural de STEC en yogures de producción industrial, procesados bajo las normas vigentes. El único antecedente significativo se remonta a 1991 en Inglaterra, vinculado a una producción artesanal a pequeña escala con graves fallas de higiene y pasteurización. Si bien diversos estudios han documentado la persistencia de cepas STEC en el yogur, es imperativo subrayar

que tales hallazgos se circunscriben casi exclusivamente a modelos de inoculación experimental.^{4,5} Esta distinción es crucial para evitar correlaciones falsas: la supervivencia observada tras una contaminación provocada por investigadores, no representa la realidad epidemiológica de un producto que cuenta con una doble barrera térmica de inactivación.

En el marco de la alimentación complementaria que se inicia a los 6 meses, el yogur natural entero y sin azúcar puede incorporarse de forma gradual, respetando siempre la jerarquía de la lactancia materna como fuente nutritiva principal durante todo el primer año de vida. En este contexto, las medidas de prevención del SUH deben dirigirse a los vectores de transmisión demostrados por la evidencia. El reservorio principal de STEC es el ganado bovino y la transmisión es la ingestión de alimentos o agua contaminados con heces de rumiantes.

La verdadera prevención exige reforzar conductas de higiene y seguridad alimentaria, como el lavado estricto de manos con agua y jabón, asegurar que el interior de las carnes alcance temperaturas superiores a los 71-75 °C, evitar el contacto de carnes crudas con otros alimentos, evitar terminantemente el yogur casero o artesanal elaborado con leche cruda, donde sí se han aislado cepas de STEC y consumir únicamente agua potable. La recomendación de restringir el yogur industrial por temor al SUH carece de sustento científico y desvía la atención de las conductas de riesgo que realmente alimentan esta epidemia en Argentina. Nuestra misión debe centrarse en difundir y promover el cumplimiento de las normas preventivas efectivas. (Sugerimos visitar: <https://www.sap.org.ar/familia-y-comunidad/detalle/importancia-prevencion-y-seguimiento-del-sindrome-uremico-hemolitico-4>).

Diego Ripeau¹ 

Ana P. Spizzirri² 

¹ Nefrólogo Infantil, Servicio de Pediatría, Hospital de Clínicas José de San Martín, Buenos Aires, Argentina.

² Nefróloga Infantil, Servicio de Nefrología Pediátrica, Hospital de Niños Sup. Sor María Ludovica, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia para Diego Ripeau: diegoripeau@gmail.com

REFERENCIAS

1. Argentina. Ministerio de Salud. Boletín Integrado de Vigilancia 2025;754-SE 17. [Consulta: 5 de mayo de

- 2026]. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben_754_se_17.pdf
2. Alconcher LF, Lucarelli LI, Bronfen S, Villarreal F. Kidney sequelae in 281 Shiga toxin-producing *Escherichia coli*-hemolytic uremic syndrome patients after a median follow-up of 12 years. *Pediatr Nephrol*. 2024;39(4):1221-8. doi: 10.1007/s00467-023-06183-7.
 3. Arribas A, Blasi S, Boggio Marzet C, Britos S, Cabreriso MS, Carosella M, et al. Yogur en alimentación infantil: respuestas a preguntas frecuentes. *Arch Argent Pediatr*. 2026;124(4):e202510840. doi: 10.5546/aap.2025-10840.
 4. Kasimoğlu A, Akgün S. Survival of *Escherichia coli* O157:H7 in the processing and post-processing stages of acidophilus yogurt. *Int J Food Sci Technol*. 2004;39(5):563-8. doi: 10.1111/j.1365-2621.2004.00816.x.
 5. Yang SY, Yoon KS. Quantitative Microbial Risk Assessment of *Listeria monocytogenes* and Enterohemorrhagic *Escherichia coli* in Yogurt. *Foods*. 2022;11(7):971. doi: 10.3390/foods11070971.