



Extracto del documento de consenso* sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda

***Realizado por la Sociedad Española de Infectología
Pediátrica (SEIP), la Asociación Española de Pediatría
de Atención Primaria (AEPap), la Sociedad Española de
Urgencias de Pediatría (SEUP) y la Sociedad Española de
Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP).**

Roi Piñeiro Pérez* en representación de los autores:

Francisco Hijano Bandera**, Fernando Álvarez González*, Ana Fernández Landaluce***, Juan Carlos Silva Rico****, Carlos Pérez Cánovas***, Cristina Calvo Rey* y María José Cilleruelo Ortega*.

* SEIP. ** AEPap. *** SEUP. **** SEPEAP. **Revisores Externos:** Beatriz Orden Martínez.

DEFINICIÓN Y ETIOLOGÍA

La faringoamigdalitis aguda (FAA) se define como un proceso agudo febril, de origen generalmente infeccioso, que cursa con inflamación de las mucosas de la faringe y/o las amígdalas faríngeas¹⁻⁴. La etiología más frecuente es vírica¹⁻⁴. Entre las causas bacterianas, el principal agente responsable es el *Streptococcus pyogenes* o estreptococo betahemolítico del grupo A (EbhGA)¹⁻⁴.

CLÍNICA

En la mayoría de los casos es difícil diferenciar, basándose en la clínica, entre etiología vírica y estreptocócica de FAA; no obstante, son orientadoras algunas características^{2,5}. Son sugestivos de origen estreptocócico el dolor de garganta de comienzo brusco, la fiebre, el malestar general y la cefalea; también lo son el dolor abdominal, las náuseas y los vómitos. Por lo general, la infección es autolimitada aún sin tratamiento

antibiótico; la fiebre remite en 3 - 5 días y el dolor de garganta en una semana, pero persiste el riesgo potencial de que se presenten complicaciones². A cualquier edad, la presencia de conjuntivitis, rinorrea, afonía, tos y/o diarrea, son hallazgos sugestivos de un origen vírico de la infección^{1-3,5}.

COMPLICACIONES

Las complicaciones supurativas se presentan en el 1-2% de los episodios de FAA por EbhGA no tratados con antibiótico, o bien tras un tratamiento inadecuado o no cumplimentado. Pueden presentarse como celulitis y absceso periamigdalino, absceso retrofaríngeo, otitis media aguda, sinusitis, mastoiditis y adenitis cervical supurativa^{1,2}. Entre las complicaciones no supurativas cabe citar la fiebre reumática aguda (FRA), la glomerulonefritis postestreptocócica (GMNPE), la artritis reactiva postestreptocócica, el eritema nodoso, la púrpura anafilactoide y el síndrome PANDAS (síndrome neuropsiquiátrico autoinmune asociado a infección por estreptococo





en la edad pediátrica)¹⁻⁴. La FRA es muy poco frecuente en los países desarrollados, donde la incidencia anual es inferior a 1 caso por cada 100.000 habitantes. En menores de 3 años es prácticamente inexistente antes de que haya madurado completamente su sistema inmune, pero se mantiene como la principal causa de enfermedad cardíaca adquirida en niños de países en desarrollo a cualquier edad⁵.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

La decisión primordial y también práctica ante una FAA es averiguar si está causada por el EbhGA. Para ayudar al diagnóstico etiológico son de utilidad las escalas de valoración clínica, que permiten seleccionar a quiénes se deben practicar los estudios microbiológicos. Una de las más empleadas es la de McIsaac, basada en los criterios de Centor, pero ponderando la edad (Tabla 1)^{6,7}. La presencia de síntomas virales, aunque la puntuación en la escala sea mayor de dos puntos, anula la indicación de realizar pruebas microbiológicas.

Sin el empleo de las pruebas microbiológicas, dada la inespecificidad de los síntomas, se tiende al sobrediagnóstico de FAA estreptocócica, con la consiguiente prescripción innecesaria de antibióticos. Existen dos tipos de pruebas complementarias para la detección del EbhGA: técnicas de detección rápida de antígeno estreptocócico (TDR) y cultivo de muestra faringoamigdal. En pacientes bien seleccionados por los criterios clínicos y epidemiológicos sugerentes de infección estreptocócica, estas pruebas son el mejor argumento para la indicación o no de un tratamiento antibiótico¹⁻³.

La principal ventaja de las TDR es su rapidez, disponiendo del resultado en 10-20 minutos. Tienen una elevada especificidad, próxima al 95%, y una sensibilidad que puede variar entre el 70% – 95%. Basándose en la alta especificidad, si el test es positivo, se acepta que el paciente presenta una FAA por EbhGA, no siendo precisa la confirmación mediante cultivo de muestra faringoamigdal. En cambio, ante un resultado negativo algunos expertos sugieren realizar siempre cultivo, mientras que otros, sólo lo recomiendan cuando se dan ciertos factores de riesgo, como por ejemplo cuando existen

antecedentes de FRA en el niño o en convivientes^{1-2,5} (Nivel de evidencia CIII).

El cultivo es la prueba de referencia para el diagnóstico definitivo, con una sensibilidad del 90-95% y una especificidad cercana al 99%. Su mayor inconveniente es que los resultados se obtienen, en el mejor de los casos, en un plazo de 24-48 horas¹⁻².

TRATAMIENTO

El tratamiento antibiótico de la FAA estreptocócica está justificado e indicado, al haberse demostrado con su empleo una resolución más rápida de los síntomas, reducción del tiempo de contagio y prevención de las complicaciones supurativas y no supurativas, aunque no existe evidencia definitiva en la protección frente a la GMNPE y el síndrome PANDAS^{1-2,5} (AI).

Idealmente sólo deben tratarse los casos confirmados^{1-2,5}. En caso de una TDR negativa o no disponibilidad de la prueba, se recomienda obtener cultivo sobre todo en niños con ciertos factores de riesgo y, sólo si la sospecha clínica es alta, iniciar tratamiento a la espera de los resultados (CIII)^{1-3,8}.

Los antibióticos de elección para el tratamiento de la FAA estreptocócica son la penicilina y la amoxicilina (AI)^{1-3,8}. La efectividad de la penicilina está demostrada y no se ha descrito, hasta el momento, ningún caso de EbhGA resistente. La amoxicilina, en pautas de una o dos dosis diarias, ha demostrado tasas más altas de curación clínica y erradicación del EbhGA que la penicilina V, probablemente en relación con una mayor absorción gastrointestinal y mejor tolerancia de la suspensión. Por ello, actualmente se considera este antibiótico de primera elección, junto con la fenoximetilpenicilina^{2,8} (AI). La administración de penicilina G benzatina, por vía intramuscular profunda en dosis única, es dolorosa y hoy día no se recomienda, excepto en caso de vómitos, riesgo de mal cumplimiento del tratamiento prescrito por vía oral, antecedentes de FRA o niños procedentes de países de bajos recursos, con o sin prevalencia de FRA^{1-2,8}.





Amoxicilina-clavulánico no está indicado de forma empírica en ningún caso en el tratamiento de la FAA estreptocócica. El EbhGA no es productor de beta lactamasas^{1-3,8}. (AI) Las cefalosporinas por vía oral no deben ser utilizadas como antibióticos de primera elección (CIII), salvo cefadroxilo en caso de antecedentes de alergia retardada a beta-lactámicos^{2,8}.

Los macrólidos no son un tratamiento de primera elección (AI). Solo están indicados en casos de antecedentes de reacción alérgica inmediata o de anafilaxia tras la administración de beta-lactámicos^{1-3,8}.

En cuanto a la duración del tratamiento, las pautas inferiores a 10 días presentan un menor porcentaje de erradicación del EbhGA, y no existe suficiente evidencia científica para recomendarlas, salvo en el caso de la azitromicina, antibiótico que debido a sus características farmacocinéticas, persiste en el tejido amigdalario durante más tiempo^{2,8} (AI).

Tabla 1. Criterios de Melsacc modificados por Centor y actitud según resultado

Criterios	Puntos
1. Fiebre (> 38°C)	1
2. Hipertrofia o exudado amigdalario	1
3. Adenopatía laterocervical anterior dolorosa	1
4. Ausencia de tos	1
5. Edad	
3 –14 años	1
> 15 años	0

0 – 1 puntos: no estudio microbiológico (riesgo de infección por EbhGA: 2–6%)

2 – 3 puntos: estudio microbiológico y tratar sólo si es positivo (riesgo: 10–28%)

4 – 5 puntos: estudio microbiológico e iniciar tratamiento antibiótico, si se realiza cultivo, a la espera del resultado (riesgo: 38–63%).

EbhGA: *Streptococo beta hemolítico del grupo A*

Las dosis y pautas de los antibióticos recomendados para el tratamiento de la FAA estreptocócica en el presente documento de consenso se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Tratamiento antibiótico de la FAA estreptocócica.

- PRIMERA ELECCIÓN. Cualquiera de las siguientes dos opciones:
 - Penicilina V (fenoximetilpenicilina potásica o benzatina) durante 10 días
 - Menores de 12 años y de 27 kg: 250 mg cada 12 horas
 - Mayores de 12 años o de 27 kg: 500 mg cada 12 horas
 - Amoxicilina durante 10 días
 - 40-50 mg/kg/día cada 12 ó 24 horas
 - Máximo 500 mg cada 12 horas ó 1 g cada 24 horas
- EN CASO DE MAL CUMPLIMIENTO VÍA ORAL o VÓMITOS
 - Penicilina G benzatina, dosis única IM profunda
 - Menores de 12 años y de 27 kg: 600.000 U
 - Mayores de 12 años o de 27 kg: 1.200.000 U
- ALERGIA A PENICILINA (REACCIÓN RETARDADA)
 - Cefadroxilo durante 10 días
 - 30 mg/kg/día cada 12 horas. Máximo 1 g cada 24 horas.
- ALERGIA A PENICILINA (REACCIÓN INMEDIATA O ACELERADA)
 - Azitromicina durante 3 días
 - 20 mg/kg/día cada 24 horas. Máximo 500 mg/dosis.
 - Si resistencia a macrólidos, de 14 y 15 átomos (eritromicina, claritromicina y azitromicina)
 - Clindamicina: 10-20 mg/kg/día, cada 12 h, 10 días (máximo 900 mg/día)
 - Josamicina : 30 mg/kg/día, cada 12 h, 10 días (máximo 1 g/día)
 - Diacetato de midecamicina: 20-30 mg/kg/día, cada 12 h, 10 días, (máximo 1,5 g/día)

FAA: Faringoamigdalitis aguda





EVOLUCIÓN

La mayoría de los niños presenta mejoría clínica en las primeras 48 horas tras la instauración de un tratamiento antibiótico adecuado y bien cumplimentado. La posibilidad de contagio está eliminada en las primeras 24 horas de tratamiento. Si la evolución ha sido favorable, y en ausencia de otros factores de riesgo, no está indicado realizar un cultivo ni una TDR como “prueba de curación”¹⁻².

Referencias:

1. Álvarez González F, Sánchez Lastres JM. Faringoamigdalitis aguda. Protocolos de Infectología de la Asociación Española de Pediatría. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-infectologia> [consultado en septiembre de 2013].
2. Wessels MR. Streptococcal Pharyngitis. N Engl J Med. 2011; 364: 648-55.
3. Álvarez González F. Faringitis estreptocócica en niños menores de 2 años. An Pediatr (Barc). 2008; 68: 525-39.
4. Matas L, Méndez M, Rodrigo C, Ausina V. Diagnóstico de las faringitis estreptocócicas. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2008; 26: 14-8.
5. Gerber MA, Baltimore RS, Eaton CB, Gewitz M, Rowley AH, Shulman ST, *et al*. Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute Streptococcal pharyngitis: a scientific statement from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, the Interdisciplinary Council on Functional Genomics and Translational Biology, and the Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Academy of Pediatrics. Circulation. 2009; 119: 1541-51.
6. Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. Med Decis Making. 1981; 1: 239-46.
7. McIsaac WJ, Kellner JD, Aufricht P, Vanjaka A, Low DE. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults. JAMA. 2004; 291: 1587-95. [Erratum, JAMA 2005; 294: 2700].
8. Álvarez F. Uso racional de antibióticos en las infecciones más comunes de los niños. An Pediatr Contin. 2010; 8: 221-30.