

Faringoamigdalitis

Ana Cubero Santos. C.S. El Progreso. Badajoz

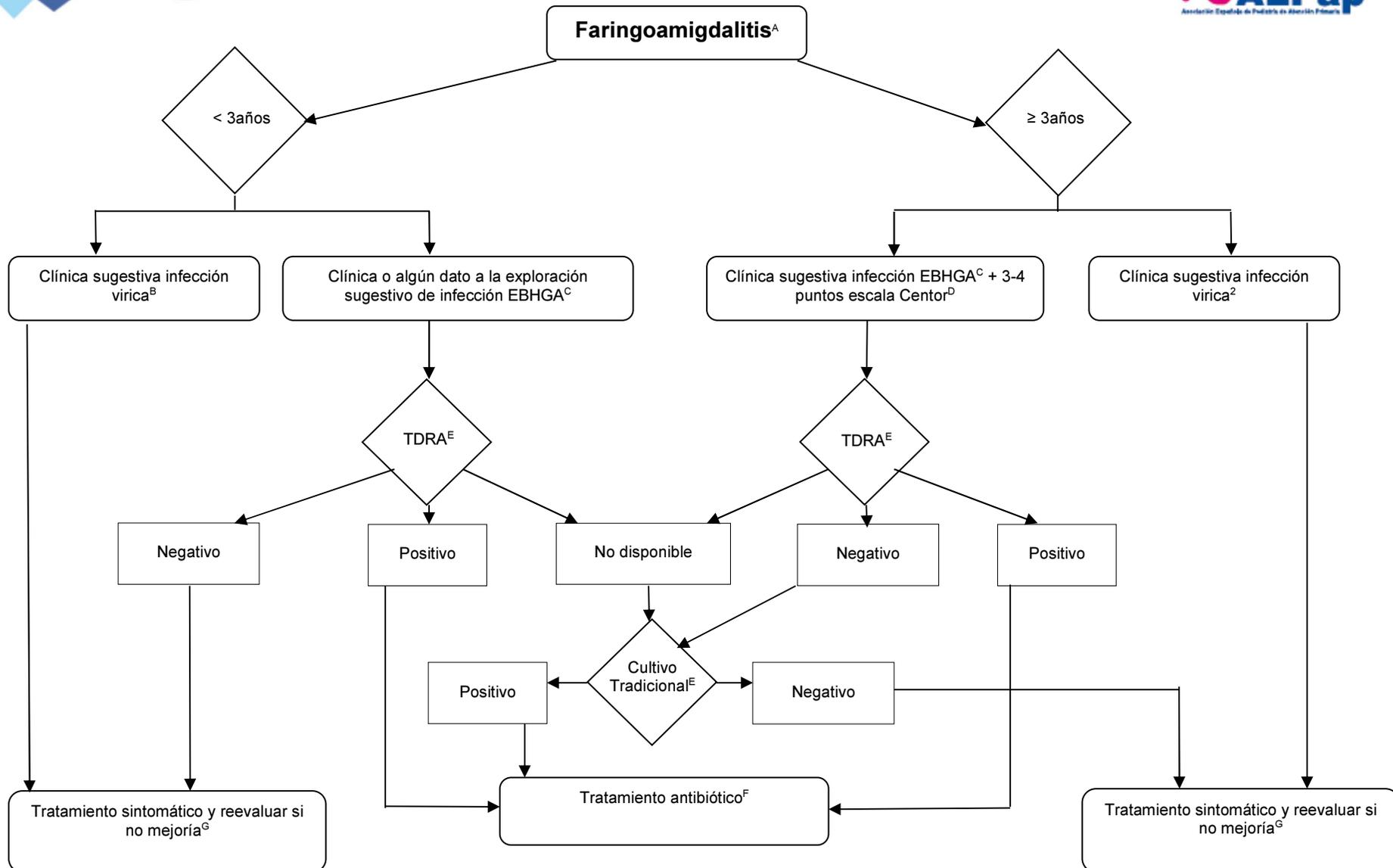
Cesar García Vera. C.S. José Ramón Muñoz Fernández. Zaragoza

Pilar Lupiani Castellanos. C.S. Barrio de La Salud. Santa Cruz de Tenerife.

Miembros del Grupo de Trabajo de Patología Infecciosa de AEPap

Cómo citar este artículo: Cubero Santos A, García Vera C, Lupiani Castellanos P. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Faringoamigdalitis. AEPap. 2015 (en línea).

Disponible en algoritmos.aepap.org



EBHGA: *Streptococcus* beta-hemolítico Grupo A. TDRA: Test Rápido de Detección Antigénica

A.- Definición: Proceso inflamatorio de la mucosa y estructuras del área faringo-amigdalár, de origen habitualmente infeccioso que puede cursar con eritema, edema, exudado, úlcera o vesículas^{1,2}. La etiología depende de la edad, estación del año y área geográfica. La etiología más frecuente es vírica. Las faringoamigdalitis (FAA por EBHGA) muy raras en menores de 18 meses, suponen un 5-10% de FAA en niños entre los 2 y 3 años y solo el 3-7% en menores de 2 años². Entre 4 y 18 años, la edad de máxima incidencia, son por EBHGA solo el 30% de FAA^{1,3,4}.

B.- Algunos de estos síntomas asociados: rinorrea, aftas, conjuntivitis, tos, diarreas, afonía, exantemas, adenopatías generalizadas, hepato-esplenomegalia^{3,4}.

C.- Son sugestivo de origen estreptocócico la clínica de comienzo brusco, fiebre alta, odinofagia, exudado faríngeo, adenopatías cervico-laterales anteriores, enantema en paladar y úvula, el exantema escarlatiniforme y la cefalea^{3,4}. En niños menores de 3 años es difícil diferenciar, basándose en la clínica, entre etiología vírica y estreptocócica. En este grupo de edad, deben llevar a sospechar la etiología estreptocócica algunos signos clínicos como el enantema petequiral en paladar, el edema de úvula, la lengua aframbuesada o el exantema escarlatiniforme, el dolor abdominal, las náuseas y los vómitos y la presencia de algún conviviente con faringoamigdalitis estreptocócica confirmada. La existencia de petequias en el paladar aunque es sugestiva de FAA por EBHGA, no es definitiva pues también se han descrito en la rubéola y en las infecciones por herpes simple y virus de Epstein-Barr².

En las FAA por adenovirus, más frecuentes en menores de 3 años, el cuadro clínico típico se presenta con fiebre muy elevada, mayor de 39°C, asociada a exudado amigdalár en un 50% de los casos y adenopatía cervical anterior, rinorrea, tos y/o conjuntivitis en un 15-25%, características clínicas superponibles a FAA estreptocócica, por lo que es muy frecuente que el manejo terapéutico no sea adecuado sin recurrir a prueba complementarias².

D.- Criterios de Centor⁵:

CRITERIO	PUNTOS
Fiebre > 38 °C	1
Ausencia de tos	1
Exudado faringoamigdalár	1
Adenopatías laterocervicales anteriores protuyentes y dolorosas	1

E.- Pruebas complementarias:

Para establecer el tratamiento, es exigible el diagnóstico etiológico^{1,3,4,6-9}. Hay dos pruebas para la detección del EBHGA: técnicas de detección rápida de antígeno estreptocócico (TDRA) y cultivo de muestra faringo-amigdalár. Ninguna de ellas diferencia de forma definitiva los pacientes con FAA estreptocócica verdadera de aquellos que padecen una infección viral y son portadores de EBHGA. Esta limitación puede provocar que se considere erróneamente como fallo de tratamiento o amigdalitis recurrente

Los TDRA se basan en la extracción ácida o enzimática del antígeno carbohidrato específico de la pared celular del EBHGA. Su principal ventaja es el resultado inmediato. Los TDRA tienen una elevada especificidad, próxima al 95%, y una sensibilidad que puede variar entre el 70-95%^{10,11}. La toma de muestra se hace con un hisopo raspando en la superficie de ambas amígdalas y en los pilares posteriores de la faringe. Hay que evitar tocar otras zonas de la orofaringe o boca para que el inóculo de gérmenes no se diluya. Los TDRA son específicos del EBHGA, por lo que dejarán fuera del diagnóstico las producidas por los grupos C y G (solamente un 5% en la infancia y no responsables de fiebre reumática)

F.- Tratamiento antibiótico de elección^{1,3,9,12}

- Penicilina V: <12 años o < 27 kg: 250mg/12h 10 días
>12 años o > 27 kg: 500mg/12h 10 días
 - Fenoximetilpenicilina potásica. Penilevel® sobres 250 mg
 - Fenoximetilpenicilina benzatina. Benoral® suspensión 50.000 UI/ml, (<27kg 8mL cada 12 h, >27kg 16mL cada 12h.)
- Penicilina G Benzatina: <12 años o <27 kg: 600000UI, dosis única
>12 años o >27 kg: 1200000UI, dosis única
- Amoxicilina: 50mg/kg/día, cada 12-24 horas, 10 días, con dosis máxima de 500mg/12h ó 1g/24h.

Tratamiento en Alérgicos a penicilina:

- No mediada por IgE:
 - Cefadroxilo: 30mg/kg/día, cada 12h, 10 días (máximo 1g al día) (suspensión 250 mg/ 5ml, comprimidos 500mg)
- Mediada por IgE:
 - Josamicina: 30-50 mg/ kg /día, cada 12h, 10 días (máximo 1g/día)
 - Azitromicina: 20mg/ kg /día , una vez al día, 3 días (máximo 500mg/día)
 - Clindamicina: 20-30mg/kg/día, cada 8-12h, 10 días (máximo 900mg/día)

La mayoría de los niños presenta mejoría clínica en las primeras 48 horas de tratamiento y la contagiosidad desaparece a las 24 h de tratamiento².

Amoxicilina –clavulánico no es tratamiento de primera elección para la FFA estreptocócica, pues el EBHGA no es productor de betalactamasa, y se trata de un antibiótico de amplio espectro que podría derivar en selección de cepas resistentes de otras bacterias de la flora nasofaríngea.

G.-Si el cuadro clínico se prolonga investigar síndrome mononuclear (Epstein Barr). En las FAA de repetición con cultivos persistentemente negativos debe plantearse el diagnóstico del síndrome PFAPA

BIBLIOGRAFÍA:

1. Piñeiro Pérez R, Hijano Bandera F, Álvez González F, Fernández Landaluce A, Silva Rico J.C, Pérez Cánovas C, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. *An Pediatr (Barc)*. 2011;75:342.e1-e13.
2. AAP (American Academy of Pediatrics). Red Book: 2012. Report of the Committee on Infectious Diseases 28th. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics 2012.
3. Bercedo Sanz A, Cortés Rico O, García Vera C, Montón Álvarez JL. Normas de Calidad para el diagnóstico y tratamiento de la Faringoamigdalitis aguda en Pediatría de Atención Primaria. Protocolos del GVR (publicación P-GVR-10) (Disponible en: www.aepap.org/gvr/protocolos.htm).
4. Snellman L, Adams W, Anderson G, Godfrey A, Gravley A, Johnson K, et al. Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Treatment of Respiratory Illness in Children and Adults. [Updated January 2013]. (Disponible en: www.icsi.org/_asset/1wp8x2/Resplllness.pdf)
5. 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.
6. New Zealand Guidelines Group. New Zealand Cardiovascular Guidelines Handbook: A summary resource for primary care practitioners. Chapter New Zealand Guideline for Rheumatic Fever (2007) 2nd ed. Wellington: New Zealand Guidelines Group; 2009. (Disponible en: <http://www.heartfoundation.org.nz/index.asp?pageID=2145850722>)
7. Michigan Quality Improvement Consortium. Acute pharyngitis in children. Southfield (MI): Michigan Quality Improvement Consortium; 2013. (Disponible en: <http://www.med.umich.edu/1info/FHP/practiceguides/pharyngitis/pharyn.pdf>)

8. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2012;55:1279–82. (Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23091044>)
9. Pelucchi C, Grigoryan L, Galeone C, Esposito S, Huovinen P, Little P, et al. ESCMID Sore Throat Guideline Group. Guideline for the management of acute sore throat. *Clin Microbiol Infect*. 2012;18 (suppl 1):1–28. (Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2243274>).
10. García Vera C. Utilidad del test rápido de detección de antígeno estreptocócico (TDRA) en el abordaje de la faringoamigdalitis aguda en pediatría. Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Enero 2014. (Disponible en: <http://www.aepap.org/grupos/grupo-de-patologia-infecciosa/contenido>).
11. Lean WL, Arnup S, Danchin M, Steer AC. Rapid diagnostic tests for group A streptococcal pharyngitis: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2014;134:771-81.
12. Fernández-Cuesta Valcarce MA, Benedicto Subirá C. Faringitis aguda (v.3/2011). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 23-sep-2011; consultado el 17-02-2015]. (Disponible en <http://www.guia-abe.es>).