

NO PRESCRIBIR ANTIBIÓTICOS EN LA FARINGOAMIGDALITIS, SALVO QUE EXISTA UNA ALTA SOSPECHA DE ETIOLOGÍA ESTREPTOCÓCICA Y/O QUE EL RESULTADO DEL STREP A SEA POSITIVO



Publicada en: 2013

Actualizada en: 2024

¿Qué es?

Es una inflamación de la faringe y/o amígdalas generalmente infecciosa, siendo hasta en un 80% de los casos vírica. En las bacterianas el principal agente es *Streptococcus pyogenes* (EbhGA).

- Las FAA víricas son las más frecuentes en todas las edades. Pueden asociar conjuntivitis, rinorrea, lesiones vesiculares, tos o diarrea.
- El EbhGA aparece hasta en el 40% de los casos en pacientes mayores de 3 años, un 10% entre los 2 y 3 años y raramente por debajo de esta edad. Son síntomas típicos: odinofagia brusca, fiebre elevada, cefalea, dolor abdominal, vómitos, enanema peteual, exudados amigdalares, adenopatía cervical dolorosa o exantema escarlatiniforme.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico diferencial entre FAA estreptocócica y vírica a través de clínica y la exploración puede ser erróneo en el 25-50% de los casos, por lo que debemos apoyarnos en:

- Escalas de predicción clínica (Centor, McIsaac): ayudan a seleccionar los candidatos a realizar pruebas microbiológicas. Si determinan baja probabilidad de EbhGA puede realizarse directamente diagnóstico de FAA viral, y en caso de alta probabilidad (escala Mc Isaac ≥ 3 puntos sin datos de infección viral) se realizará prueba microbiológica.
- Test de detección rápida de antígeno EbhGA: es la prueba microbiológica indicada para la prescripción adecuada de antibiótico (inmediatez, sensibilidad y especificidad del 90-99%). El cultivo es el gold estándar en caso de elevada sospecha clínica con test negativo.

¿Cómo se trata?

- En la FAA vírica el tratamiento es sintomático.
- Si se confirma FAA estreptocócica la penicilina oral es el antibiótico de primera elección. La primera alternativa es la amoxicilina sin clavulánico (EbhGA no produce betalactamasas). Puede emplearse cefadroxilo si existe alergia no IgE mediada a penicilina/amoxicilina, o un macrólido (primera opción josamicina) en caso de alergia IgE mediada.
- No se deben tratar los estados portadores (EbhGA en faringe de pacientes asintomáticos) ni los fracasos bacteriológicos (misma situación tras tratamiento adecuado).

Criterios de observación estrecha o ingreso

- En las FAA estreptocócicas si persisten síntomas tras 72 h del inicio del antibiótico, dada la falta de resistencias, deben valorarse como causas: viriasis, mala adhesión al tratamiento o complicaciones supurativas locales.
- Si el estado general es bueno y no existen datos de alarma (obstrucción de la vía aérea superior/babeo intenso, vómitos reiterados, dificultad para la movilidad cervical o dificultad respiratoria) podría realizarse manejo ambulatorio en función de la sospecha clínica causante de dicho fracaso.

Importancia del cumplimiento de dichas recomendaciones

La revisión en estudios y publicaciones de la evidencia científica sobre este tema va encaminada a evitar el sobrediagnóstico de FAA estreptocócica y la prescripción innecesaria de antibióticos que conlleve a aumento de efectos adversos y de resistencias a antibioterapia de amplio espectro.

Bibliografía

1. Piñeiro Pérez, Roi, et al. «Actualización del documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda». *Anales de Pediatría*, vol. 93, n.º 3, septiembre de 2020, p. 206.e1-206.e8. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.05.004>.
2. Piñeiro Pérez, R., et al. «Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda». *Anales de Pediatría*, vol. 75, n.º 5, noviembre de 2011, p. 342.e1-342.e13. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2011.07.015>.
3. Salinas Salvador, Belén, et al. «Estudio retrospectivo sobre la efectividad y seguridad de la pauta antibiótica reducida a 5-7 días en la faringoamigdalitis aguda estreptocócica comparada con la pauta clásica de 10 días». *Anales de Pediatría*, vol. 97, n.º 6, diciembre de 2022, pp. 398-404. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.07.001>.
4. Fever in under 5s: Assessment and Initial Management. National Institute for Health and Care Excellence (UK), 2019. Última actualización: 2021.

5. Rapid tests for group A streptococcal infections in people with a sore throat. National Institute for Health and Care Excellence (UK), 2019.
6. Sore throat (acute): antimicrobial prescribing. National Institute for Health and Care Excellence (UK), 2018.

Recomendación elaborada en 2013 por: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFyC), Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

Actualización realizada en 2024 por: Diana Katherine Segura Ramírez, Ana Isabel Elola Pastor, Sandra Rodríguez Fernández. Pediatría y sus áreas específicas. Asociación de Pediatría de AP. Grupo de Trabajo de Pediatría.