

Faringitis aguda

Miguel Ángel Fernández-Cuesta Valcarce¹, Silke Bianca Kirchschräger Nieto².

¹ Pediatra. CS Juan de la Cierva [Servicio Madrileño de Salud]. Getafe, Madrid. Email: miguelcuesta@gmail.com

² Pediatra CS Sierra de Guadarrama [Servicio Madrileño de Salud]. Villalba, Madrid. Email: silke.kn@gmail.com

Fecha de actualización: 26/03/2025

Cita sugerida: Fernández-Cuesta Valcarce MA, Kirchschräger Nieto, S. Faringitis aguda (v.2/2025) En Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 26-marzo-2025; consultado el 26-03-2025]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>

Introducción / puntos clave

El 75-80% de las faringoamigdalitis agudas (FAA)¹ tienen una etiología viral, pese a lo cual constituyen uno de los principales motivos de uso inapropiado de antibióticos.

- El estreptococo beta-hemolítico del grupo A (*Streptococcus pyogenes*, EBHGA) es la única bacteria causal relevante. Se transmite habitualmente de persona a persona, con posibilidad de brotes². Aunque puede padecerse a cualquier edad, afecta principalmente a niños escolares y adolescentes, siendo rara por debajo de los 3 años. Es más frecuente de otoño a primavera.
- Los objetivos del tratamiento de la faringoamigdalitis estreptocócica incluyen la prevención de la fiebre reumática aguda —eficaz siempre que el tratamiento se inicie dentro de los primeros nueve días desde el inicio de los síntomas—, la prevención de complicaciones supurativas, como el absceso periamigdalino o la otitis media aguda, la limitación de la transmisibilidad del patógeno (que cesa a las 24 horas de iniciar la antibioterapia) y la reducción de la intensidad y duración de la sintomatología, aunque esta última es clínicamente modesta (inferior a 24 horas). Cabe destacar que, en la mayoría de los casos, la sintomatología se resuelve espontáneamente en un plazo de 3 a 5 días sin necesidad de tratamiento antibiótico. Aunque no se ha demostrado de forma concluyente que la antibioterapia prevenga el desarrollo de glomerulonefritis postestreptocócica, sí contribuye a reducir el contagio de cepas nefritogénicas.
- La presencia de rinorrea, tos, ronquera, diarrea, conjuntivitis, aftas o la edad inferior a 3 años hacen poco probable la etiología bacteriana. Son sugestivos de faringoamigdalitis estreptocócica el inicio brusco, fiebre elevada, adenopatías cervicales dolorosas, exudado amigdalal, petequias palatinas, inflamación de la úvula, exantema escarlatiniforme o ambiente epidemiológico positivo; a menudo también hay cefalea y dolor abdominal.
- La utilización de escalas, como las de Centor, McIsaac³ o NICE no es útil para el diagnóstico clínico dado que, aun con puntuaciones muy altas, la incidencia de infección estreptocócica oscila entre el 50 y el 65 %. Sin embargo, pueden ayudar a seleccionar a aquellos pacientes candidatos a realizar pruebas de diagnóstico microbiológico⁴. En estos casos se recomienda recoger un cultivo faríngeo o practicar un test rápido de EBHGA, teniendo en cuenta que si éste fuera negativo y hubiera una sospecha firme, se podría considerar confirmarlo con un cultivo. En cualquier caso, no debería indicarse tratamiento antibiótico basados en criterios exclusivamente clínicos sin practicar una prueba diagnóstica.
- Penicilina es el tratamiento de elección por su eficacia (no se conocen resistencias *in vitro* del EBHGA), estrecho espectro de acción, bajo coste y buena biodisponibilidad. Amoxicilina es la primera alternativa terapéutica y algunos pediatras la prefieren, ya que no requiere ayuno y presenta una formulación con mejor sabor. En general, se recomienda una duración del tratamiento de 10 días con penicilina o amoxicilina⁵. No obstante, en la actualidad se están proponiendo duraciones de entre 5 y 7 días cuando no sea una prioridad la erradicación. Por otro lado, se ha comprobado que las pautas de amoxicilina en monodosis tienen la misma eficacia que en dos dosis diarias.
- Amoxicilina-clavulánico no está indicada como tratamiento en la FAA estreptocócica, ya que el EBHGA no es productor de betalactamasas, además de la elevada tasa de efectos secundarios y mayor generación de resistencias. Las cefalosporinas tampoco se recomiendan como primera elección, dado su amplio espectro de acción, que podría inducir al desarrollo de resistencias antibióticas. En caso de ser necesarias, se optaría por las de primera generación.
- Cefalosporinas (en caso de alergia no IgE mediada no grave), clindamicina y macrólidos son alternativas para pacientes alérgicos a la penicilina.
- No se recomienda hacer cultivo de control postratamiento, salvo en contadas excepciones, como niños que permanezcan sintomáticos tras el mismo o tengan un riesgo elevado de fiebre reumática.
- La amigdalectomía es una alternativa terapéutica a valorar de forma individualizada en las faringoamigdalitis estreptocócicas recurrentes o severas, en función del riesgo-beneficio en cada caso.
- En las FAA de repetición con cultivos persistentemente negativos, debe plantearse el diagnóstico del síndrome de PFAPA (fiebre periódica, adenopatías, faringitis y aftas)⁶.

Cambios más importantes respecto a la versión anterior:

Se actualiza la bibliografía.

Se mantienen las recomendaciones básicas para el diagnóstico y tratamiento de la versión anterior, reforzando la necesidad de confirmar la infección por EBHGA mediante pruebas microbiológicas antes de iniciar el tratamiento antibiótico y desaconsejando el uso exclusivo de criterios clínicos. Hay controversia en cuanto a la duración del tratamiento (7 o 10 días), sin que de momento se puedan hacer recomendaciones definitivas⁵.

Microorganismos causales		
Situación clínica	Frecuentes	Menos frecuentes
Fiebre elevada de inicio brusco, adenopatías cervicales dolorosas, exudado amigdalor, petequias palatinas, cefalea, dolor abdominal, ausencia de síntomas catarrales	- EBHGA - Adenovirus	<i>Virus de Epstein Barr</i> (VEB) <i>Citomegalovirus</i> (CMV) <i>Streptococcus C y G</i>⁷
Síndrome mononucleósico (SMN) ⁸	VEB	- CMV <i>Toxoplasma</i>
Exantema escarlatiniforme	EBHGA⁹	<i>Enterovirus</i>¹⁰ <i>Arcanobacterium haemolyticum</i>¹¹
Presencia de tos, rinorrea, conjuntivitis, estornudos, ronquera o edad menor de 3 años ¹²	Virus¹³	EBHGA (improbable)
Vesículas faringoamigdalares	<i>Virus Coxsackie A (herpangina)</i>	<i>Virus Herpes simplex</i> (VHS)
Gingivoestomatitis necrotizante (angina de Vincent)	Anaerobios	Espiroquetas
Síndrome de Lemierre (tromboflebitis séptica de la vena yugular interna, con dolor, disfagia, tumefacción y rigidez de cuello)	<i>Fusobacterium necrophorum</i>	

Estudios complementarios		
	Indicados en la evaluación inicial	Indicados en situaciones especiales
Laboratorio ¹⁴		Si sospecha de SMN: hemograma, transaminasas, serología VEB¹⁷ y CMV
Microbiología ¹⁵	No indicados si los síntomas o signos acompañantes orientan a una etiología viral. - Test rápido de detección (TRD)¹⁶ de EBHGA (si hay disponibilidad y se sospecha etiología bacteriana) - Puede ser falsamente positivo en caso de faringitis reciente por EBHGA (hasta en las 4 semanas posteriores a la finalización del tratamiento antibiótico, ya que no diferencia entre cepas viables y no viables y pueden quedar restos en la faringe del paciente). - Cultivo faríngeo: - No está indicado en caso de TRD positivo, ni es imprescindible si es negativo en entornos de baja incidencia de fiebre reumática (salvo alta sospecha clínica). - Es más fiable que el TRD en caso de FA reciente por EBHGA.	Cultivo faríngeo postratamiento¹⁸
Imagen		Sospecha de complicaciones como absceso periamigdalino o retrofaríngeo: ecografía o TC

Indicaciones de ingreso hospitalario
- Complicaciones supurativas: absceso periamigdalino o retrofaríngeo - Sospecha de shock tóxico - Sospecha de S de Lemierre o angina de Vincent.

Tratamiento antibiótico		
Situaciones	Tratamiento de elección	Alternativa
FAA por EBHGA (etiología probable o segura) ¹⁹	- Penicilina V /fenoximetilpenicilina, VO, durante 7-10 días^{5,20}: 250 mg/12 horas si peso < 27 kg 500 mg/12 horas si peso ≥ 27 kg	- Amoxicilina, VO, 40-50 mg/kg/día, durante 7- 10 días; pautas: 2 dosis/día, dosis máxima 500 mg cada 12 h 1 dosis/día, dosis máxima 750 (< 30 kg de peso) o 1000 mg (≥ 30 kg de peso)

Alergia a penicilina²¹	Reacción no inmediata leve (p. ej. exantema maculopapuloso tardío) - Cefadroxilo, VO, 30 mg/kg/día, en 2 dosis, 7-10 días (dosis máxima 1g/día) o Cefalexina, VO, 40 mg/kg/día en 2 dosis, 7-10 días (dosis máxima 1g/día) ²² Reacción inmediata (por ejemplo, urticaria o angioedema) o tardía grave - Azitromicina²³, VO. 12 mg/kg/día, 5 días(dosis máxima 500 mg/dosis) o Claritromicina: 7.5 mg/kg/día en 2 dosis (dosis máxima 250 mg/dosis), 5-10 días. - Josamicina²⁴, VO, 30-50 mg/kg/día, en 2 dosis, 7-10 días (dosis máxima 1g/día) o	Reacción no inmediata leve: - Cefuroxima-axetilo²⁶, VO, 15 mg/kg/día en 2 dosis, 7-10 días (dosis máxima 250mg/dosis) Reacción inmediata o tardía grave: - Clindamicina, VO, 20-30 mg/kg/día, en 3 dosis, 7-10 días (dosis máxima 900 mg/día)
--	---	--

Tratamiento antibiótico		
	Midecamicina (diacetato) ²⁵ , VO, 40mg/kg/día, en 2 dosis, 7- 10 días (dosis máxima 1,5 g/día)	
Intolerancia digestiva o problemas para la cumplimentación	- Penicilina benzatina, IM, en dosis única: 600 000 U, si peso < 27 kg 1 200 000 U, si peso ≥ 27 kg	
Fallo del tratamiento (persistencia de síntomas a las 72 horas de iniciado el tratamiento antibiótico) ²⁷	Dada la excelente sensibilidad de EBHGA a la penicilina, ante un aparente fracaso terapéutico inicial se deben considerar como primera opción alternativas distintas a la resistencia bacteriana: infección viral concomitante en un paciente portador, mala adherencia al tratamiento o presencia de complicaciones supurativas locales, como el absceso periamigdalino.	- Casos con cultivo positivo en los que se han descartado de manera razonable las opciones anteriores: - Amoxicilina/clavulánico - Cefadroxilo - Clindamicina
Recurrencia (reaparición de los síntomas en los 2-7 días posteriores a la finalización del tratamiento), debido a reinfección por EBHGA, de la misma o diferente cepa ²⁸	- Si se sospecha recaída o reinfección, volver a tratar con un nuevo ciclo del mismo antibiótico o considerar otro con actividad frente a betalactamasas: - Amoxicilina/clavulánico - Cefadroxilo - Clindamicina	En caso de que varios miembros de la familia presenten faringitis por EBHGA al mismo tiempo, valorar la realización de cultivo faríngeo a todos los miembros de la familia y tratar a los que sean positivos.
Portador asintomático ²⁹	No indicado el tratamiento antibiótico en general	En el caso de que se considere: - Clindamicina, VO, 20-30mg/kg/día, en 3 dosis, 10 días (dosis máxima 900mg/día) - Penicilina V, VO, 40 mg/kg/día, en 2 dosis, durante 10 días (o penicilina benzatina IM, dosis única) + Rifampicina, VO, 20mg/kg/día cada 12 horas (dosis máxima 600 mg/día), los últimos 4 días - Amoxicilina/clavulánico, VO, 40 mg/kg/día, en 3 dosis, 10 días (dosis máxima 1g/día)

Otras medidas terapéuticas: analgésicos/antitérmicos
- Ibuprofeno, VO, 7,5-10 mg/kg/dosis, cada 6-8 horas - Paracetamol, VO, 15 mg/kg/dosis, cada 6-8 horas
Otras medidas terapéuticas: amigdalectomía
Valorar de forma individualizada (riesgo-beneficio en cada caso) en los casos de faringoamigdalitis recurrente o severa³⁰.

Referencias bibliográficas:

- Azithromycin (systemic): Pediatric drug information. UpToDate 2025. Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/azithromycin-systemic-pediatric-drug-information> [consultado el 13/03/2025].
- Baquero-Artigao F, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica, Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátricas, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria y Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria sobre antibioterapia en alergia a penicilina o amoxicilina. *An Pediatr (Barc)* 2017; 86: 99.e1-99.e9.
- Bhavsar SM. Group A Streptococcus Infections. *Pediatr Rev.* 2024 Mar 1;45(3):143-151. doi: 10.1542/pir.2023-005976. PMID: 38425166. Pichichero ME. Treatment and prevention of streptococcal pharyngitis in adults and children. UpToDate 2025.
- Cohen JF, Bertille N, Cohen R, Chalumeau M. Rapid antigen detection test for group A streptococcus in children with pharyngitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;7(7):CD010502.
- Cohen R, et al. Antimicrobial treatment of ENT infections. *Infect Dis Now.* 2023;53(8S):104785
- Coutinho G, Duerden M, Sessa A, Caretta-Barradas S, Altiner A. Worldwide comparison of treatment guidelines for sore throat. *Int J Clin Pract.* 2021 May;75(5):e13879
- Critically Appraised Topic (CAT). Pharyngitis antibiotic duration. Evidence Based Practice 2024. Disponible en <https://scholarlyexchange.childrensmc.org/clinical-critically-appraised-topics/> [consultado el 13/03/2025].
- ESCMID Sore Throat Guideline Group; Pelucchi C, Grigoryan L, Galeone C, Esposito S, Huovinen P, Little P, Verheij T. Guideline for the management of acute sore throat. *Clin Microbiol Infect.* 2012 Apr;18 Suppl 1:1-28.
- Frost HM, Fritsche TR, Hall MC. Beta-Hemolytic Nongroup A Streptococcal Pharyngitis in Children. *J Pediatr* 2019;206:268-73.
- García Vera, C, Cemeli Cano, M, Peralta Rufas, EM, Romeo Lázaro, E, & Pina Gadea, MB. Test rápido de detección de antígeno estreptocócico en faringoamigdalitis: impacto sobre el uso de antibióticos. *Pediatría Atención Primaria* 2017; 19(76): 345-354
- Hamilton JL, et al. Streptococcal Pharyngitis: Rapid Evidence Review. *Am Fam Physician.* 2024; 109(4): 343-349
- Holm AE, Llor C, Bjerrum L, Cordoba G. Short- vs. Long-Course Antibiotic Treatment for Acute Streptococcal Pharyngitis: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Antibiotics.* 2020; 9(11):733.
- Krüger K, Töpfner N, Berner R, Windfuhr J, Oltrogge JH. Clinical practice guideline: Sore throat. *Dtsch Arztebl Int* 2021; 118: 188–94.
- Kuijpers, Suzanne M E; Buis, David T P; Ziesemer, Kirsten A; van Hest, Reinier M; Schade, Rogier P; Sigaloff, Kim C E; Prins, Jan M. The evidence base for the optimal antibiotic treatment duration of upper and lower respiratory tract infections: an umbrella review. *Lancet Infect Dis.* 2025;25(1):94-113
- Lean WL, Arnup S, Danchin M, Steer AC. Rapid diagnostic tests for group A streptococcal pharyngitis. A meta-analysis. *Pediatrics* 2014; 134(4): 771-81.
- Leung AKC, Lam JM, Barankin B, Leong KF, Hon KL. Group A β -hemolytic Streptococcal Pharyngitis: An Updated Review. *Curr Pediatr Rev.* 2025;21(1):2-17.
- Mitchell, R. B., Archer, S. M., Ishman, S. L., Rosenfeld, R. M., Coles, S., Finestone, S. A., ... Nnacheta, L. C. Clinical Practice Guideline: Tonsillectomy in Children (Update). *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 2019; 160(1_suppl), S1–S42.
- Mo Y, Tan WC, Cooper BS. Antibiotic duration for common bacterial infections-a systematic review. *JAC Antimicrob Resist.* 2025 Jan 29;7(1):dlae215. doi: 10.1093/jacamr/dlae215. Disponible en <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11775593/>
- NICE guideline [NG84]. Sore throat (acute): antimicrobial prescribing. Published date: January 2018. Disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/ng84/resources/sore-throat-acute-antimicrobial-prescribing-pdf-1837694694085>
- Otero Pérez L, Ares Álvarez J, Piñeiro Pérez R. Faringoamigdalitis aguda y sus complicaciones. *Protoc diagn ter pediatr.* 2023;2:51-79
- Pellegrino R, et al. Acute pharyngitis in children and adults: descriptive comparison of current recommendations

from national and international guidelines and future perspectives. Eur J Pediatr 182, 5259–5273 (2023)

- Piñero Pérez R, Álvarez González F, Baquero-Artigao F, Cruz Cañete M, de la Flor i Bru J, Fernández Landaluce A, et al. Actualización del documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. An Pediatr (Barc). 2020;93:61.e1-61e.14.
- Piñero Pérez R, Hijano Bandera F, Álvarez González F, y cols. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. An Pediatr (Barc). 2011; ;75(5):342.e1---342.e13
- Radetsky M. Hostage to History: The Duration of Antimicrobial Treatment for Acute Streptococcal Pharyngitis. Pediatr Infect Dis J 2017;36:507–512
- Rasero Bellmunt C, Lloret Ferrándiz G, González de Dios J. Faringoamigdalitis y estreptococo, ¿enemigo o colonizador? . Rev Pediatr Aten Primaria. 2023;25:e105-e111
- Rojas-Ramírez C, Kramer-Urrutia T, Cifuentes L. Is a short-course antibiotic treatment effective for streptococcal tonsillopharyngitis in children?. Medwave 2017;17(Suppl1):e6873 doi: 10.5867/medwave.2017.6873
- Shapiro DJ, Lindgren CE, Neuman MI, et al. Viral Features and Testing for Streptococcal Pharyngitis. Pediatrics. 2017;139(5):e20163403
- World Health Organization (2022) The WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) antibiotic book. Disponible en <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375875/WHO-MHP-HPS-EML-2022.02-spa.pdf>

Abreviaturas: **AAP:** American Academy of Pediatrics. **CMV:** citomegalovirus. **EBHGA:** estreptococo beta-hemolítico del grupo A. **FAA:** faringoamigdalitis aguda / faringitis aguda. **GNPA:** glomerulonefritis postestreptocócica aguda. **IM:** vía intramuscular. **SMN:** síndrome mononucleósico. **TC:** tomografía computarizada. **TRD:** test rápido de detección. **VEB:** virus de Epstein-Barr. **VHS:** virus herpes simple. **VO:** vía oral.

Notas aclaratorias

¹ A efectos prácticos, faringoamigdalitis, amigdalitis y faringitis se consideran términos sinónimos.

² La prevalencia de portadores asintomáticos de EBHGA en la población pediátrica sana varía entre un 2 % y un 20 %, aunque puede alcanzar hasta el 50 % durante brotes epidémicos. Aproximadamente un 15 % de los pacientes que han padecido una faringoamigdalitis aguda estreptocócica pueden convertirse en portadores tras completar el tratamiento antibiótico. Este estado de portador puede persistir durante varios meses, si bien el riesgo de transmisión, así como la probabilidad de desarrollar fiebre reumática o glomerulonefritis postestreptocócica aguda, se consideran muy bajos.

³ La escala de McIsaac está basada en los criterios de Centor, pero ponderando la edad y añadiendo la opción de inflamación sin exudado amigdalar. Reúne los siguientes criterios:

- Edad 3-14 años
- Inflamación o exudado amigdalar
- Adenopatías laterocervicales con inflamación y dolor
- Temperatura >38°C
- Ausencia de tos

⁴ No se recomienda la realización de test rápido en todos los niños con faringitis, sino sólo en los de alta probabilidad de etiología estreptocócica. No se recogerá ninguna muestra si existen claros síntomas virales, aunque la puntuación sea ≥ 3 .

⁵ Hay controversia en cuanto a la duración del tratamiento. Si bien la mayoría de las guías que dosifican la penicilina 2 veces al día (como la americana, la canadiense o el documento de consenso de la AEPap) proponen una duración de 10 días de tratamiento con penicilina, otras, como las del Reino Unido (NICE), Holanda, OMS, Alemania o la propia SEIP, consideran que cuando no sea prioritaria la erradicación bacteriológica, se puede acortar la duración a 5-7 días, reservando los 10 días para los casos de FAA de repetición por EBHGA, brotes de escarlatina, hipertrofia amigdalar severa, convivencia con enfermos con FRA o pacientes inmunodeprimidos. Estas recomendaciones están basadas en que la duración de 10 días está sustentada en estudios muy antiguos en los que el objetivo fundamental era la prevención de la fiebre reumática, excepcional hoy en día en países desarrollados, además de que contribuiría a la reducción de las resistencias antimicrobianas. No obstante, hay que señalar que la mayoría de los ensayos y de las guías que avalan tratamientos cortos con penicilina emplean dosis más frecuentes que las habitualmente utilizadas en nuestro medio. Por lo tanto, se necesitan más ensayos para hacer unas recomendaciones definitivas.

⁶ Criterios diagnósticos del síndrome de PFAPA:

- Episodios recurrentes de fiebre de inicio antes de los 5 años
- Síntomas constitucionales en ausencia de infección de vías respiratorias altas con al menos uno de los tres siguientes: estomatitis aftosa, linfadenitis cervical y/o faringitis.
- Exclusión de neutropenia cíclica
- Completamente asintomático entre episodios.
- Crecimiento y desarrollo normales

⁷ Los serogrupos C y G no son reumatógenos..

⁸ Síndrome mononucleósico: amigdalitis con exudado extenso, adenopatías cervicales, hepatoesplenomegalia y no mejoría o aparición de exantema con amoxicilina.

⁹ Normalmente asociado a faringitis, pero en algunas ocasiones a impétigo o heridas infectadas. Cursa con exantema micropapuloso, más acentuado en los pliegues (signo de Pastia), lengua aframbuesada y descamación durante el periodo de convalecencia.

¹⁰ Más frecuente en verano.

¹¹ Arcanobacterium haemolyticum puede ser el causante del 0,5-3% de las faringitis en adolescentes y adultos jóvenes (excepcional en niños más pequeños).

¹² En menores de tres años la infección podría manifestarse, de forma excepcional, con rinitis, fiebre, inapetencia, irritabilidad y adenopatías generalizadas (proceso denominado estreptococosis o fiebre estreptocócica). En estos pacientes suele haber algún hermano mayor o contactos cercanos en la guardería con infección estreptocócica. En estos casos sería aconsejable tomar dos muestras para TRD: exudado nasal y faringoamigdalino. No obstante, a estas edades el desarrollo de fiebre reumática es excepcional en países desarrollados.

¹³ Virus: Rinovirus, Adenovirus, Parainfluenza, Influenza, Coronavirus, Enterovirus.

¹⁴ No indicadas en la mayoría de los casos.

¹⁵ Las muestras microbiológicas deberían obtenerse antes de iniciar el tratamiento antibiótico, ya que una sola dosis podría negativizar tanto el cultivo como el TRD de EBHGA. La realización de una técnica adecuada es fundamental para la validez de la prueba. Realizar un frotis vigoroso en ambas amígdalas y parte posterior de la faringe evitando el contacto con la lengua o la mucosa bucal.

¹⁶ La especificidad del TRD es del 95-99% y la sensibilidad, del 85-95%. Ni la detección de EBHGA por TRD ni su cultivo diferencian entre pacientes con infección y portadores.

¹⁷ Se debe tener en cuenta que la sensibilidad del test de Paul Bunnell (monotest)/ anticuerpos heterófilos es baja en niños pequeños (<4 años). Esta limitación no la presenta la determinación de IgM contra el antígeno de la cápside.

¹⁸ No se recomienda la realización de cultivo postratamiento, salvo persistencia de la sintomatología, antecedente de fiebre reumática en el paciente o en algún conviviente, o brote de fiebre reumática o GNPE. En estos casos podría estar indicado un nuevo ciclo de tratamiento si persistiera la positividad del cultivo.

¹⁹ Si se inicia un tratamiento antibiótico empírico basado en los datos clínicos y se constata un resultado negativo del cultivo faríngeo, se debe suspender el tratamiento antibiótico.

²⁰ La penicilina es el único antibiótico que ha demostrado reducción de las tasas de fiebre reumática aguda, si bien en estudios antiguos. La penicilina V está comercializada como:

- Penicilina V potásica (Penilevel®) en sobres de 250mg
- Penicilina V benzatina (Benoral®) en suspensión oral de 50.000 UI/ml. Dosificación: <27kg: 400.000 UI (8ml) cada 12 horas. ≥ 27kg: 800.000 UI (16ml) cada 12 horas.

²¹ Para elegir el tratamiento en pacientes alérgicos a penicilina, será importante distinguir el mecanismo responsable de la alergia en cada caso. En las reacciones tardías no graves, en general no-IgE mediadas (por ejemplo, rash maculopapular), se recomienda el empleo de cefalosporinas como cefadroxilo, cefalexina o cefuroxima-axetilo. En las reacciones inmediatas y en las tardías graves se recomienda el empleo de antibióticos no betalactámicos: macrólidos, como primera elección, o clindamicina. Ejemplos de reacciones inmediatas (IgE mediadas) incluyen urticaria, angioedema y anafilaxia; ejemplos de reacciones tardías graves son el síndrome de Stevens-Johnson, la necrólisis epidérmica tóxica (NET) o la reacción a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos (síndrome DRESS).

²² Cefadroxilo: cáps. 500 mg o susp. oral 250mg/5ml. Cefalexina: cáps. 500 mg.

²³ Azitromicina: susp 200 mg/5ml, comp. o sob. 250 ó 500 mg es un antibiótico que, debido a sus características farmacocinéticas, persiste en el tejido amigdalal durante más tiempo, por lo que permite ciclos de tratamiento más cortos. Otros regímenes de tratamiento recogidos en algunas guías son 12mg/kg/día el 1º día y 6 mg/kg/día los 4 días siguientes (máximo 500 mg/dosis) o 20 mg/kg/día 3 días.

²⁴ Josamicina: comp 500 mg o susp. oral 250mg/5ml ó 500mg/5ml.

²⁵ Midecamicina: susp. 250mg/5ml, comp. o sob. 600 mg o sob. 900 mg.

²⁶ Cefuroxima-axetilo: susp. 250mg/5ml, comp. o sob. 250 ó 500 mg.

²⁷ La interpretación en estos casos puede ser difícil. Normalmente son niños portadores de EBHGA con infecciones virales de repetición, lo que hace importante no realizar cultivo faríngeo ante síntomas virales claros. También podría deberse a falta de adherencia o resistencia al tratamiento (por ejemplo, uso de macrólidos). Es importante valorar los factores epidemiológicos y la respuesta al tratamiento de cada episodio. En ocasiones puede ser útil realizar serología (ASLO o anti-DNasa B separados unas semanas del episodio agudo) y comprobar si aumentan los títulos. No se deben realizar cultivos faríngeos de control de forma rutinaria.

²⁸ Cuando la reinfección se produce por el mismo serotipo de Streptococcus pyogenes, el cuadro clínico suele ser más leve que en la infección inicial. En estos casos de recaída o reinfección, se puede considerar la administración de un nuevo ciclo del mismo antibiótico previamente utilizado, o bien optar por un fármaco con actividad frente a betalactamasas. Esta elección se justifica por la posibilidad de que la recurrencia esté relacionada con la producción de betalactamasas por bacterias comensales de la orofaringe, como Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae o Moraxella catarrhalis, las cuales podrían inactivar la penicilina antes de que ésta alcance de forma efectiva al EBHGA.

²⁹ No está indicado el tratamiento ni la búsqueda activa del estado de portador asintomático salvo en los casos de: historia familiar de fiebre reumática, brote de fiebre reumática, brote de faringitis en una comunidad cerrada, transmisión intrafamiliar repetida o múltiples episodios (> 3/año) de faringitis sintomática confirmados con cultivo. No existe suficiente evidencia científica para recomendar un tratamiento concreto en el estado de portador asintomático.

³⁰ La amigdalectomía está indicada en presencia de más de 7 episodios de FAA por EBHGA documentadas y bien tratadas en 1 año, más de 5 en cada uno de los 2 años anteriores o más de 3 en cada uno de los 3 años previos.

Notas: la Guía-ABE se actualiza periódicamente. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[④] Más información en: <http://infodoctor.org/gipi/>

[✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com

Con la colaboración de:



[©] Guía_ABE, 2007. ISBN: 978-84-95028-65-5