



Faringitis aguda

Miguel Ángel Fernández-Cuesta Valcarce miguelfcuesta@ya.com

Pediatra. CS Juan de la Cierva [Servicio Madrileño de Salud, Área 10]. Getafe, Madrid.

Fecha de actualización: 00/00/0000
(V.1.00/0000)

Cita sugerida: Fernández-Cuesta Valcarce MA. Faringitis aguda (v.2/2007). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 20/11/2007; consultado el dd/mm/aaaa]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>

Introducción / puntos clave

El 75-80% de las faringoamigdalitis agudas¹ (FAA) tienen una etiología viral, pese a lo cual constituyen uno de los principales motivos de tratamiento antibiótico.

- El estreptococo beta-hemolítico del grupo A (*Streptococcus pyogenes*, EBHGA) es la única bacteria causal relevante². Se transmite habitualmente de persona a persona, con posibilidad de brotes³. Aunque puede darse a cualquier edad, se produce fundamentalmente entre niños escolares y adolescentes. Es más frecuente de otoño a primavera.
- Los objetivos del tratamiento son: prevención de la fiebre reumática (eficaz si el tratamiento se inicia en los 9 primeros días) y de las complicaciones supurativas, limitación de la contagiosidad (cesa a las 24 horas de iniciado el tratamiento) y reducción de la intensidad y duración de la sintomatología (estadísticamente significativa pero clínicamente discreta: aproximadamente 24 horas).
- La presencia de rinorrea, tos, ronquera, diarrea, conjuntivitis o la edad inferior a 3 años hace poco probable la etiología bacteriana. Sugestivos de faringoamigdalitis estreptocócica son: inicio brusco, fiebre elevada, adenopatías cervicales, exudados amigdalares, petequias palatinas, exantema escarlatiniforme o ambiente epidemiológico positivo; a menudo también hay cefalea y dolor abdominal. - No obstante, se recomienda, en caso de sospecha (no es necesario si el cuadro parece viral), recoger un cultivo faríngeo o hacer un test rápido frente a estreptococo, teniendo en cuenta que si éste fuera negativo habría que confirmarlo con cultivo, dada su elevada especificidad pero no tan buena sensibilidad.
- La penicilina es el tratamiento de elección por su eficacia (no se conocen resistencias "in vitro" del EBHGA), espectro estrecho y bajo coste. La amoxicilina podría ser una alternativa aceptable por su mejor sabor. En general, se recomienda una duración del tratamiento de 10 días con penicilina o amoxicilina, aunque se están evaluando pautas más cortas con amoxicilina sin resultados concluyentes todavía. Las cefalosporinas tienen tasas de erradicación bacteriológica ligeramente superiores a la penicilina y se ha demostrado la eficacia de pautas cortas (5-7 días), si bien no son una alternativa aceptable como tratamiento inicial por su amplio espectro⁴. Si se utiliza azitromicina, se recomienda una duración de 5 días. La asociación de amoxicilina y ácido clavulánico no ofrece ninguna ventaja sobre la amoxicilina sola y, por tanto, no debería emplearse en el tratamiento de la faringoamigdalitis⁵.
- No se recomienda hacer cultivo faríngeo de control postratamiento, salvo en ciertas circunstancias como niños que permanezcan sintomáticos tras el mismo o con riesgo elevado de fiebre reumática.

Cambios más importantes respecto a la versión anterior: En la presente versión se ofrecen recomendaciones concretas en situaciones frecuentes en la clínica como las recaídas o reinfecciones, fallos del tratamiento o persistencia de los síntomas y portadores asintomáticos. No se incluyen cambios sustanciales en el tratamiento antibiótico recomendado en la faringitis aguda causada por EBHGA.

Microorganismos causales		
Situación clínica	Frecuentes	Menos frecuentes
Fiebre elevada de inicio brusco, adenopatías cervicales, exudados amigdalares, petequias palatinas, cefalea, dolor abdominal, ausencia de síntomas catarrales	EBHGA ⁶	Virus de Epstein Barr (VEB) Citomegalovirus (CMV) Adenovirus Estreptococos C y G

Microorganismos causales		
Situación clínica	Frecuentes	Menos frecuentes
Síndrome mononucleósico ⁷	VEB	CMV Toxoplasma
Exantema escarlatiniforme	SBHGA ⁸	Enterovirus ⁹ <i>Arcanobacterium</i> <i>haemolyticum</i> ¹⁰
Presencia de tos, rinorrea, conjuntivitis, estornudos, ronquera o edad menor de 3 años ¹¹	Virus ¹²	EBHGA (improbable)
Vesículas faringoamigdalares	Virus Coxackie A	Virus Herpes simplex (VHS)
Estudios complementarios		
	Indicados en la evaluación inicial	Indicados en situaciones especiales
Laboratorio ¹³		Si sospecha de mononucleosis: hemograma, transaminasas
Microbiología	Cultivo faríngeo ¹⁴ si se sospecha EBHGA (en teoría siempre antes de iniciar tratamiento antibiótico). No es necesario si los síntomas o signos acompañantes orientan a una etiología viral ¹⁵	Test rápido de detección de estreptococo si hay disponibilidad y se sospecha etiología bacteriana ¹⁶ Cultivo faríngeo postratamiento ¹⁷ Si sospecha de mononucleosis: serología VEB ¹⁸ , CMV
Imagen ¹²		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

Tratamiento		
Situaciones	Tratamiento de elección	Alternativa
FAA por EBHGA (etiología probable o segura)	Penicilina V, VO, durante 10 días: • 250 mg/12 h si peso menor de 27 kg • 500 mg/12 h si peso igual o mayor de 27 kg	Amoxicilina, VO, 50 mg/kg/día, en 2-3 dosis, durante 10 días ^{19,20}
Alergia a penicilina	Eritromicina ²¹ , VO, 40 mg/kg/día, en 3-4 dosis, 10 días	Azitromicina, VO, 10-12 mg/kg/día, 1 dosis diaria, 5 días ²³ Claritromicina, VO, 15

Tratamiento		
	Clindamicina ²² , VO, 15-25 mg/kg/día, en 3 dosis, 10 días	mg/kg/día, en 2 dosis, 10 días
Intolerancia digestiva o problemas para la cumplimentación	Penicilina benzatina, IM en dosis única: • 600 000 U, si peso menor de 27 kg • 1 200 000 U, si peso igual o mayor de 27 kg	
Faringitis de repetición por EBHGA. Recaída (reaparición de los síntomas en los 2-7 días posteriores a la finalización del tratamiento) ²⁴	Si se sospecha recaída o reinfección volver a tratar con un nuevo ciclo del mismo u otro antibiótico apropiado Amoxicilina/clavulánico, VO, 40 mg/kg/día, en 3 dosis, 10 días	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
Fallo del tratamiento (persistencia de síntomas a las 72 horas de iniciado el tratamiento antibiótico)	Dada la excelente sensibilidad del EBHGA valorar de entrada posibilidades distintas a resistencia bacteriana: viriasis, mala adhesión al tratamiento o complicaciones supurativas locales	En casos con cultivo positivo en los que se han descartado de manera razonable las opciones anteriores: amoxicilina/clavulánico, VO, 40 mg/kg/día, en 3 dosis, 10 días
Portador asintomático ¹⁵²⁵	No indicado el tratamiento antibiótico en general	Amoxicilina/clavulánico, VO, 40 mg/kg/día, en 3 dosis, 10 días. Otras opciones: • Clindamicina, VO, 20 mg/kg/día, en 3 dosis • Penicilina V, VO, 40 mg/kg/día, en 2-3 dosis, durante 10 días + rifampicina, VO, 10 mg/kg cada 12 horas (máx 300 mg/dosis), 4 días

Otras medidas terapéuticas

Analgésicos/antitérmicos:

- Ibuprofeno, VO, 10 mg/kg/dosis, cada 8 horas
- Paracetamol, VO, 15 mg/kg/dosis, cada 6-8 horas

Referencias bibliográficas

1. Alberta Medical Association. Guideline for the diagnosis and treatment of acute pharyngitis. [actualizado en 2006; consultado el 24/11/2007]. Disponible en www.topalbertadoctors.org/NR/rdonlyres/94AF4A15-0364-4A44-9664-1EC7B62FF3E7/0/pharyngitis_guideline.pdf.
2. American Academy of Pediatrics. Group A Streptococcal Infections. In: Pickering LK, Baker CJ, Long SS, McMillan JA, eds. *Red Book: 2006 Report of the Committee on Infectious Diseases*. 27th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2006: 610-20. [consultado 25/11/2007]. Disponible en <http://aapredbook.aappublications.org/current.shtml>.
3. Bisno AL, Herber MA, Gwaltney JM, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. *Clin Infect Dis*. 2002; 35:113-25. [consultado 25/11/2007]. Disponible en www.journals.uchicago.edu/CID/journal/contents/v35n2.html.
4. Casey JR. Selecting the optimal antibiotic in the treatment of group A beta-hemolytic streptococci pharyngitis. *Clin Pediatr*. 2007;46 (suppl):25-35.
5. Casey JR, Pichichero ME. Metaanalysis of short course antibiotic treatment for group A streptococcal tonsillopharyngitis. *Pediatr Infect Dis J*. 2005;24:909-17.
6. Casey JR, Pichichero ME. Higher dosages of azithromycin are more effective in treatment of group A streptococcal tonsillopharyngitis. *Clin Infect Dis*. 2005;40:1748-55. [consultado 25/11/2007]. Disponible en www.journals.uchicago.edu/CID/journal/contents/v40n12.html (revisión por DARE en www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?View=Full&ID=12005000511).
7. Finnish Medical Society Duodecim. Tonsillitis and pharyngitis in children. In: EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine [CD-ROM]. Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publications Ltd.; 2005 (revisión por NGC en www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=8815&nbr=4861&ss=6&xl=999 [consultado el 25/11/2007]).
8. Long SS. Principles and Practice of Pediatric Infectious Disease. Second ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2003.
9. Marcy SM. Treatment options for streptococcal pharyngitis. *Clin Pediatr*. 2007;46 (suppl):36-45. MQIC Guidelines. Acute pharyngitis in children. Southfield (MI): Michigan Quality Improvement Consortium; 2007. [consultado 25/11/2007]. Disponible en www.mqic.org/guid.htm (revisión por NGC en www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=10884).

Abreviaturas: AAP: Academia Americana de Pediatría. CMV: citomegalovirus. EBHGA: estreptococo beta-hemolítico del grupo A. FAA: faringoamigdalitis aguda / faringitis aguda. GNPA: glomerulonefritis postestreptocócica aguda. IM: vía intramuscular. TC: tomografía computerizada. 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 *Arcanobacterium haemolyticum* produce un 0,5-3% de las faringitis.
- ³ La proporción de niños sanos portadores de EBHGA durante estos brotes es de un 15-50% (incluso de un 15% fuera de un brote). Este estado de portador puede durar meses, pero tanto la posibilidad de transmisión como el riesgo de fiebre reumática o GNPE son muy bajas.
- ⁴ La FDA ha aprobado cefpodoxima y cefdinir durante 5 días, así como una dosis única diaria de cefadroxilo, cefixima, cefdinir y cefibuteno.
- ⁵ La AAP la ofrece como alternativa en caso de FAA de repetición.
- ⁶ La faringitis por EBHGA tiene un periodo de incubación de 2-5 días.
- ⁷ Síndrome mononucleósico: amigdalitis con exudados extensos, adenopatías cervicales, hepatoesplenomegalia y no mejoría o aparición de exantema con amoxicilina.
- ⁸ Normalmente asociado a faringitis, pero en algunas ocasiones a impétigo o heridas infectadas.
- ⁹ Más frecuente en verano.
- ¹⁰ Más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes.
- ¹¹ A esta edad el desarrollo de fiebre reumática tras faringitis por EBHGA es también muy improbable.
- ¹² Virus: rinovirus, adenovirus, parainfluenza, influenza, coronavirus, enterovirus.
- ¹³ No indicadas en la mayoría de los casos.
- ¹⁴ Realizar un frotis vigoroso en ambas amígdalas y parte posterior de la faringe. Una técnica adecuada es fundamental para el diagnóstico correcto. El aislamiento de EBHGA no distingue entre pacientes con infección y portadores (ni siquiera el número de colonias lo diferencia adecuadamente).
- ¹⁵ Igualmente estaría indicado realizar frotis faríngeo a familiares asintomáticos de niños con fiebre reumática o GNPE aguda, o ante brotes intrafamiliares, y ser tratados en caso de que el resultado fuera positivo: clindamicina a 20 mg/kg/día en 3 dosis durante 10 días o penicilina V/benzatina dosis única asociada a rifampicina durante 4 días parecen ser los más eficaces en la erradicación del EBHGA.
- ¹⁶ Si fuera positivo, indicado el tratamiento antibiótico. En caso negativo, confirmar con cultivo.
- ¹⁷ No se recomienda de realización de cultivo postratamiento salvo persistencia de la sintomatología tras el mismo, antecedente de fiebre reumática en el paciente o en algún conviviente o brote de fiebre reumática o glomerulonefritis postestreptocócica, casos en los que estaría indicado un nuevo ciclo de tratamiento si persistiera la positividad del cultivo.
- ¹⁸ Tener en cuenta que la sensibilidad del test de Paul Bunnell es baja en niños pequeños.
- ¹⁹ Datos preliminares apuntan a que la amoxicilina administrada una sola vez al día durante 10 días (dosis máxima 750 mg/día), podría ser tan eficaz como la penicilina V administrada cada 8 horas.
- ²⁰ Las cefalosporinas de 1ª generación podrían ser una alternativa en ciertas circunstancias (por ejemplo, alergia a penicilina siempre que no se trate de hipersensibilidad inmediata).
- ²¹ Estolato de eritromicina 20-40 mg/kg/día; etilsuccinato de eritromicina 40 mg/kg/día; ambos en 2-4 dosis.
- ²² Las cápsulas pueden abrirse y diluir el contenido en agua u otro líquido.
- ²³ Opción válida: azitromicina 20 mg/kg/día, 1 dosis, 3 días.
- ²⁴ Puede ser un problema la interpretación. Normalmente son niños portadores con infecciones virales de repetición (hasta en un 25% de los casos el tratamiento no erradica el EBHGA de la faringe), lo que hace importante no realizar cultivo faríngeo ante síntomas virales claros. También podría ser falta de adherencia o resistencia al tratamiento (por ejemplo con el uso de macrólidos y EBHGA resistente). Es importante valorar los factores epidemiológicos y la respuesta al tratamiento de cada episodio. En ocasiones puede ser útil realizar serología (ASLO o anti-DNAse B separados unas semanas del episodio agudo) y ver si aumentan los títulos. No se deben realizar cultivos faríngeos de control de forma rutinaria.

²⁵ Hasta un 20% de la población general puede ser portadora asintomática, con riesgo muy bajo de desarrollar fiebre reumática, y no necesitan ser identificados ni tratados salvo: 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.