

FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

Enfermedades de ORL y boca

INTRODUCCIÓN

Habitualmente la faringoamigdalitis aguda está causada por virus, en el contexto de una infección del tracto respiratorio superior. La presencia de congestión nasal, lagrimeo, disfonía y tos orienta más a etiología vírica.

***Streptococcus pyogenes* o estreptococo β -hemolítico del grupo A (EBHGA)** es responsable únicamente del 5-15% de las faringoamigdalitis agudas en adultos. Cursan como un cuadro brusco de fiebre alta con escalofríos, odinofagia y disfagia importantes, también pueden ir acompañadas de otros síntomas como cefalea, náuseas, vómitos, dolor abdominal, inflamación, exudado, adenopatías cervicales anteriores aumentadas de tamaño y dolorosas, pero sin otros síntomas virales (conjuntivitis, rinorrea, tos...) Muchas veces los hallazgos clínicos se superponen y el exudado puede aparecer en las infecciones víricas y no en las bacterianas.


Las cepas de *Streptococcus pyogenes* son sensibles a penicilina aunque, en ocasiones, se puede producir fracaso terapéutico por la presencia en la faringe de otras bacterias productoras de betalactamasas que inactivan la penicilina o por una baja adherencia al tratamiento por parte del paciente. La sensibilidad a los macrólidos es inferior; preocupa el aumento de resistencias que se asocia a su elevado consumo, hasta un 15-25% de los EBHGA según zonas. Los macrólidos no son tratamiento de elección y se deben reservar únicamente para aquellos pacientes alérgicos a penicilinas.

En casos muy limitados de infección por EBHGA se presentan complicaciones supurativas y no supurativas. Las complicaciones supurativas ocurren por afectación de las zonas contiguas y pueden afectar al 1-2% de los pacientes; las más frecuentes son sinusitis, otitis media y absceso periamigdalino. Mucho menos frecuentes son las complicaciones no supurativas: la fiebre reumática (< 1/100.000) o la glomerulonefritis aguda. Todas las complicaciones, salvo la glomerulonefritis, son prevenibles con tratamiento antibiótico.

La prioridad ante un paciente con faringoamigdalitis aguda es determinar si se trata de una infección por EBHGA ya que, fuera de esta etiología, la necesidad de tratamiento antimicrobiano es excepcional.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
FARINGOAMIGDALITIS AGUDA SIN SOSPECHA DE INFECCIÓN POR EBHGA	Tratamiento sintomático: Paracetamol 500-1.000 mg/6-8h vo o vr (máx. 4 g/d) ○ Ibuprofeno 400 mg/8h vo (máx. 2,4 g/d)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Faringoamigdalitis con criterios de probable etiología estreptocócica	Fenoximetilpenicilina (Penicilina V) 500-800 mg/12h vo con el estómago vacío, 10 días	Amoxicilina 500 mg/12h vo, 10 días
Alergia a betalactámicos	Azitromicina 500 mg/24h vo, 3 días	Clindamicina 300 mg/12h vo, 10 días
Incumplimiento terapéutico/ Intolerancia oral a penicilina	Bencilpenicilina benzatínica 1,2 mill UI im, DU	
Faringoamigdalitis recurrente	Sospecha de problema de adherencia a tratamientos previos: Bencilpenicilina benzatínica 1,2 mill UI im, DU Fracaso a tratamientos previos con buena adherencia: Amoxicilina/ Ác. Clavulánico 500/125 mg/8-12h vo, 10 días	
Faringoamigdalitis recurrente en alérgicos a betalactámicos	Clindamicina  300 mg/8-12h vo, 10 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Ingesta abundante de líquidos, humidificación del ambiente, lavados nasales con solución salina, lavado frecuente de manos (disminuye la transmisión de agentes etiológicos). En la mononucleosis se recomienda reposo relativo para reducir el riesgo de rotura de bazo.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

El tratamiento antibiótico está indicado en las faringoamigdalitis de etiología estreptocócica comprobada o muy probable: cultivo faríngeo positivo, prueba rápida de detección del antígeno estreptocócico positivo o clínica muy sospechosa de enfermedad estreptocócica. El diagnóstico de la faringoamigdalitis en base a criterios clínicos tiene una baja sensibilidad y predispone a la sobreutilización de antibióticos. La escala de predicción clínica Centor-McIsaac ayuda a identificar pacientes con mayor probabilidad de infección por EBHGA.

Se recomienda iniciar tratamiento antibiótico empírico en una amigdalitis de inicio agudo en las siguientes circunstancias:

- a. Cuando se presenten cuatro **criterios de Centor-McIsaac**:
 - Fiebre superior a 38°C (1 punto)
 - Hipertrofia o exudado amigdalar (1 punto)
 - Adenopatías cervicales anteriores (1 punto)
 - Ausencia de tos (1 punto)
 - Edad: 3-14 años (1 punto), 15-44 años (0 puntos), >45 años (-1 punto)
- b. Afectación sistémica importante, con fiebre elevada y mal estado general.
- c. Amigdalitis unilateral (angina de Vincent por *Fusobacterium necrophorum*).
- d. Historia previa de fiebre reumática.
- e. Riesgo elevado de infecciones o complicaciones severas.
- f. Confirmación de infección por EBHGA.

La aplicación de los criterios clínicos puede llevar a un 50% de tratamientos inadecuados o a no tratar a pacientes con infección bacteriana. Probabilidad de infección por EBHGASe con más de ≥ 4 puntos es del 51-53%.

Se puede valorar una **prescripción diferida** en pacientes seleccionados con buena adherencia a las recomendaciones médicas, en aquellos casos dudosos en los que puede aparecer un empeoramiento rápido o importante de los síntomas o en los que no se observe mejoría tras 3-5 días de evolución.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Acortar la resolución de los síntomas, reducir el tiempo de contagio (>95% de los cultivos negativos a las 24h), erradicar el EBHGA y prevenir las complicaciones supurativas locales y complicaciones sistémicas (fiebre reumática) de las infecciones estreptocócicas.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Mejoría de los síntomas en 48h.

SEGUIMIENTO

Si no hay mejoría en 48-72 h, valorar otros diagnósticos.

SEGURIDAD

En caso de pacientes con insuficiencia hepática el analgésico de elección es ibuprofeno.

La dosis máxima diaria de paracetamol es de 3 g en ancianos y 1,5-2 g en insuficiencia hepática o renal, por lo que se recomienda utilizar presentaciones con dosis inferiores a 1 g (500 mg-650 mg).

Amoxicilina/ Ác. Clavulánico: riesgo de hepatotoxicidad; supone la primera causa de ingreso hospitalario por hepatotoxicidad medicamentosa en adultos. Se recomienda restringir su uso a las faringoamigdalitis recurrentes que no responden a penicilina por su posible inactividad por acción de las betalactamasas producidas por la flora de la faringe.

Azitromicina: precaución en pacientes con enfermedad arritmogénica. Prolonga el intervalo QT y riesgo conocido de Torsades de Pointes.

PRECAUCIONES

Antes de iniciar el tratamiento con fenoximetilpenicilina o amoxicilina, se debe confirmar si ha habido una reacción de hipersensibilidad previa a penicilinas, cefalosporinas u otros agentes betalactámicos.

DERIVACIÓN

Pacientes con criterios para amigdalectomía.

Derivación a especializada urgente si:

- Presencia de síntomas de obstrucción de la vía aérea (disnea con o sin estridor).
- Imposibilidad de una hidratación adecuada (requiere fluidoterapia iv).
- Complicaciones supurativas graves: absceso periamigdalino, absceso parafaríngeo, absceso retrofaríngeo o síndrome de Lemierre.
- Afectación sistémica grave con riesgo de inmunosupresión.
- Sospecha de difteria o de angina de Vinçent.

OTROS

Penicilina V oral durante 10 días es el único tratamiento que ha demostrado prevenir la fiebre reumática y el absceso periamigdalino, presenta estrecho espectro de acción y el EBHGA es 100% sensible. No hay evidencia para indicar tratamientos de menor duración. El tratamiento de 10 días es mejor que el de 7 días para la resolución de los síntomas, erradicación del EBHGA y para evitar recaídas. Debe tomarse 1 hora antes ó 2 horas después de los alimentos.

Amoxicilina debe considerarse como tratamiento de 2ª elección, por presentar menor tasa de curación (86% frente a 92% con penicilina) y por riesgo de producir erupciones cutáneas severas en pacientes con infección por el virus de Epstein-Barr.

Faringoamigdalitis recurrente: 5 ó más episodios de amigdalitis aguda durante 1 año con episodios incapacitantes, o bien FA con cultivo positivo por EBHGA que se presenta en un corto periodo de tiempo después de haber completado un tratamiento antibiótico adecuado durante 10 días. Si a pesar del tratamiento antibiótico se siguen presentando recidivas deberían considerarse los criterios de amigdalectomía. El tratamiento antibiótico no está indicado en la prevención de los episodios recurrentes, debido al incremento del riesgo de desarrollo de bacterias resistentes, efectos adversos, incluyendo las reacciones alérgicas.

La mononucleosis infecciosa, más frecuente en niños mayores y adolescentes, suele cursar con hiperplasia amigdalina, exudado con membranas blanquecinas en amígdalas, fiebre, malestar general, mialgias, exantema maculopapular y afectación linfoidea (adenopatías, esplenomegalia). En ella no está indicado el tratamiento antibiótico; además, el uso de amoxicilina favorece la aparición de exantema. En la mononucleosis aconsejar reposo relativo para reducir el riesgo de rotura de bazo.

Información al paciente: Resolver las expectativas del paciente sobre el curso y duración de la enfermedad: explicar al paciente que se trata de un proceso autolimitado y que la mayoría de los pacientes mejoran significativamente en una semana tanto si se utiliza como si no se utiliza antibiótico. No se recomienda el uso generalizado de antibióticos por incrementar el riesgo de desarrollo de bacterias resistentes y por el riesgo de efectos adversos. Cuando esté indicada la administración de antibióticos, se debe informar al paciente sobre la importancia de realizar el tratamiento completo para reducir el riesgo de recurrencias. Informar al paciente sobre las medidas no farmacológicas.

[Véase «Infecciones respiratorias del tracto superior: Generalidades.»](#)

BIBLIOGRAFÍA

1. Baquero-Artigao F, Michavila A, Suárez-Rodríguez A, Hernández A, Martínez-Campos L, Calvo C. 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, Vol.86(2), pp.99.e1-99.e9
2. Centor RM, Witherspoon M, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. Med Decis Making. 1981;1:239-46.
3. Cots JM, Alós JI, Bárcena M, Boleda X, Cañada JL, Gómez N, et al. Recomendaciones para el manejo de la faringoamigdalitis del adulto. Aten Primaria. 2015;47(8):532-43.
4. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área del Aljarafe [Internet]. Distrito Sanitario Aljarafe, Servicio Andaluz de Salud; 2018 [acceso 7 Ago 2018]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guiaterapeuticaljarafe/guiaTerapeuticaljarafe/guia/guia.asp>

5. Hooton TM. A comparison of azitromycin and penicillin V for the treatment of Streptococcal Pharyngitis. *Am J Med.* 1991;91(3A):23S-26S.
6. Lan AJ, Colford JM. The impact of dosing frequency on the efficacy of 10-day penicillin or amoxicillin therapy for streptococcal tonsillopharyngitis: a meta-analysis. *Pediatr.* 2000;105(2):e19.
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;291:1587-90.
8. Centro de Información Online de Medicamentos de la AEMPS (CIMA) [Internet]. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018 [acceso 25 Jul 2018]. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>
9. Molero JM, Gómez M. Tratamiento antibiótico empírico de las principales infecciones comunitarias atendidas por el médico de familia. *AMF* 2017;13(7):383-93.
10. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Sore throat (acute): antimicrobial prescribing (NICE guideline 84). Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng84/resources/sore-throat-acute-antimicrobial-prescribing-pdf-1837694694085>
11. Munck H, Jørgensen AW, Klug TE. Antibiotic for recurrent acute pharyngo-tonsillitis: systematic review. *Europ J Clin Microbiol Infect Dis.* 2018;37(7):1221-30.
12. Pichichero MD. Treatment and prevention of Streptococcal pharyngitis [Internet]. UpToDate, Wolters Kluwer Health; 2018 [acceso 13 Mar 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/>
13. Piñeiro R, Hijano F, Álvez F, Fernández A, Silva JC, Pérez C, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringitis aguda. *An Pediatr (Barc).* 2011;75(5):342.e1-13.
14. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Manual de Enfermedades Infecciosas en Atención Primaria. 4ª ed. Barcelona: semFYC Ediciones; 2017. 390 p.
15. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Guía terapéutica en Atención Primaria. 6ª ed. Barcelona: semFYC Ediciones; 2016. 584 p.
16. Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;11:CD000023. DOI: 10.1002/14651858.CD000023.pub4.
17. Van Driel ML, De Sutter AI, Habraken H, Thorning S, Christianens T. Different antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;9:CD004406. DOI: 10.1002/14651858.CD004406.pub4.
18. Baquero-Artigao F, Michavila A, Suárez-Rodríguez A, Hernandez A, Martínez-Campos L, Calvo C. 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, Vol.86(2), pp.99.e1-99.e9
19. Centor RM, WitherspoonM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. *Med Decis Making.* 1981;1:239-46.
20. Cots JM, Alós JI, Bárcena M, Boleda X, Cañada JL, Gómez N, et al. Recomendaciones para el manejo de la faringoamigdalitis del adulto. *Aten Primaria.* 2015;47(8):532-43.

21. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área del Aljarafe [Internet]. Distrito Sanitario Aljarafe, Servicio Andaluz de Salud; 2018 [acceso 7 Ago 2018]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guaterapeuticaaljarafe/guiaTerapeuticaAljarafe/guia/guia.asp>
22. Hooton TM. A comparison of azitromycin and penicillin V for the treatment of Streptococcal Pharyngitis. *Am J Med.* 1991;91(3A):23S-26S.
23. Lan AJ, Colford JM. The impact of dosing frequency on the efficacy of 10-day penicillin or amoxicillin therapy for streptococcal tonsillopharyngitis: a meta-analysis. *Pediatr.* 2000;105(2):e19.
24. 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;291:1587-90.
25. Centro de Información Online de Medicamentos de la AEMPS (CIMA) [Internet]. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018 [acceso 25 Jul 2018]. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>
26. Molero JM, Gómez M. Tratamiento antibiótico empírico de las principales infecciones comunitarias atendidas por el médico de familia. *AMF* 2017;13(7):383-93.
27. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Sore throat (acute): antimicrobial prescribing (NICE guideline 84). Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng84/resources/sore-throat-acute-antimicrobial-prescribing-pdf-1837694694085>
28. Munck H, Jørgensen AW, Klug TE. Antibiotic for recurrent acute pharyngo-tonsillitis: systematic review. *Europ J Clin Microbiol Infect Dis.* 2018;37(7):1221-30.
29. Pichichero MD. Treatment and prevention of Streptococcal pharyngitis [Internet]. UpToDate, Wolters Kluwer Health; 2018 [acceso 13 Mar 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/>
30. Piñeiro R, Hijano F, Álvez F, Fernández A, Silva JC, Pérez C, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringitis aguda. *An Pediatr (Barc).* 2011;75(5):342.e1-13.
31. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Manual de Enfermedades Infecciosas en Atención Primaria. 4ª ed. Barcelona: semFYC Ediciones; 2017. 390 p.
32. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Guía terapéutica en Atención Primaria. 6ª ed. Barcelona: semFYC Ediciones; 2016. 584 p.
33. Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;11:CD000023. DOI: 10.1002/14651858.CD000023.pub4.
34. Van Driel ML, De Sutter AI, Habraken H, Thorning S, Christianens T. Different antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;9:CD004406. DOI: 10.1002/14651858.CD004406.pub4.