

FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

INTRODUCCIÓN

La mayoría de las faringoamigdalitis son de origen vírico (70-85%) y ocurren en el contexto de un cuadro catarral acompañadas de síntomas virales como congestión nasal, febrícula, tos, disfonía, conjuntivitis, cefalea o mialgia, evolucionando normalmente de manera favorable con tratamiento sintomático.

Faringoamigdalitis bacteriana: el estreptococo β -hemolítico del grupo A (EBHGA) o *S.pyogenes*, es la bacteria responsable del 15-30% de las faringoamigdalitis en niños mayores de 3 años. En niños más pequeños la incidencia de faringitis estreptocócica es menor: del 5-10% en niños entre los 2 y 3 años y solo del 3-7% en menores de 2 años. En España, la sensibilidad a los betalactámicos del estreptococo β -hemolítico del grupo A es universal. Se debe evitar la utilización de antibióticos de espectro más amplio que pudieran causar resistencias en otros microorganismos.

Cursan como un cuadro brusco de fiebre alta con escalofríos, odinofagia y disfagia importantes, también pueden ir acompañadas de otros síntomas como presencia de petequias en el paladar, exantema escarlatiniforme, lengua aframbuesada, cefalea, náuseas, vómitos, dolor abdominal, úvula roja y edematosa, 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.

En casos muy limitados de infección por EBHGA, se presentan complicaciones supurativas por afectación de zonas contiguas (1-2%): otitis media aguda, sinusitis aguda y abscesos periamigdalinos, y complicaciones no supurativas, mucho menos frecuentes, como la fiebre reumática (<1/100.000) y 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 10-15 mg/kg/4-6h vo (<37 kg): máx. 80 mg/kg/d; (\geq 37 kg): máx. 3.000 mg/d. o Ibuprofeno (edad >3 meses): 3 meses - 12 años: 5-10 mg/kg/6-8h vo > 12 años: 200-400 mg/6-8h vo (máx. 1.200 mg/d)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Faringoamigdalitis con criterios de etiología estreptocócica	Fenoximetilpenicilina (Penicilina V) (< 27 kg): 250 mg/12h vo, 10 días (\geq 27 kg): 500 mg/12h vo, 10 días o Fenoximetilpenicilina-benzatina en niños más pequeños	

	<p>que no aceptan el sabor de Penicilina V: (< 27 kg): 400.000 IU (=8 ml)/12h vo, 10 días (≥ 27 kg): 800.000 UI (=16 ml)/12h vo, 10 días</p> <p>○ Amoxicilina 50 mg/kg/d vo en 2 ó 3 tomas (máx. 1.000 mg/d), 10 días</p>	
Intolerancia digestiva o probable mal cumplimiento con tratamiento oral	<p>Bencilpenicilina benzatínica (Penicilina G) (< 27 kg): 600.000 UI im, DU; (≥27 kg): 1.200.000 UI im, DU</p>	
Alergia a betalactámicos	<p>Azitromicina 20 mg/kg/d vo en 1 toma (máx. 500 mg/d), 3 días</p>	<p>Josamicina 30-50 mg/kg/d en 2 tomas vo (máx. 1.500 mg/d), 10 días</p> <p>○ Midecamicina 30-50 mg/kg/d vo en 2 ó 3 tomas (máx. 1.800 mg/d), 10 días</p>
Faringoamigdalitis estreptocócica recurrente	<p>Si se sospecha problema de adherencia a tratamientos previos: Bencilpenicilina benzatínica (Penicilina G) (< 27 kg): 600.000 UI im, DU; (≥27 kg): 1.200.000 UI im, DU</p> <p>Fracaso a tratamientos previos con buena adherencia: Amoxicilina/ Ác. Clavulánico 45 mg/kg/d vo en 2 ó 3 tomas (máx. 1.000 mg/d), 10 días</p>	
Faringoamigdalitis estreptocócica recurrente en alérgicos a betalactámicos	<p>Josamicina 30-50 mg/kg/ d en 2 tomas (máx. 1.500 mg/d), 10 días</p> <p>○ Midecamicina 30-50 mg/kg/d vo en 2 ó 3 tomas (máx. 1.800 mg/d), 10 días</p>	<p>Clindamicina 20-30 mg/kg/d vo en 3 tomas (máx. 900 mg/d), 10 días</p>

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Mantener una hidratación adecuada.
Evitar exposición a humo de tabaco y otros irritantes respiratorios.
Recomendar la higiene de manos para evitar el contagio.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Niños con síntomas importantes (dolor faríngeo, fiebre) de faringoamigdalitis. [Véase «Fiebre»](#)

Faringoamigdalitis de etiología estreptocócica comprobada o muy probable: cultivo faríngeo positivo, test rápido 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 ayuda a identificar pacientes con mayor probabilidad de infección por EBGHA.

Criterios de indicación de test de diagnóstico rápido (TDR) y tratamiento en base a los 4 criterios Centor:

- Fiebre superior a 38°C
- Exudado amigdalar
- Adenopatías cervicales anteriores
- Ausencia de tos

Se recomienda la realización del TDR cuando la puntuación alcanzada (1 punto por criterio) es ≥ 3 .

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

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

PAUTA DE TRATAMIENTO

Fenoximetilpenicilina (Penicilina V) se debe tomar en ayunas, 1 hora antes ó 2 horas después de los alimentos.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Mejoría de los síntomas en 48 horas.

SEGUIMIENTO

Si no hay mejoría en 48-72 horas, valorar otros diagnósticos (mononucleosis infecciosa, etc.)

EFICACIA

Fenoximetilpenicilina (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 erradicación del EBHGA y para prevenir recaídas.

Amoxicilina: debe considerarse como alternativa a penicilina, por presentar menor tasa de curación (86% frente a 92% con penicilina) y por el riesgo de producir

erupciones cutáneas severas en pacientes con infección por el virus de Epstein-Barr.

Amoxicilina/ Ác. Clavulánico no es tratamiento de primera elección para la faringoamigdalitis 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.

Faringoamigdalitis recurrente: si a pesar del tratamiento antibiótico se siguen presentando recidivas deberían considerarse los criterios de amigdalectomía. No está indicado el tratamiento antibiótico en la prevención de los episodios recurrentes, debido al incremento del riesgo de desarrollo de bacterias resistentes, riesgo de efectos adversos, incluyendo las reacciones alérgicas.

SEGURIDAD

Azitromicina (macrólidos): puede ocasionar irregularidades en el ritmo cardíaco potencialmente fatales por prolongación del intervalo QT. Se ha asociado a Torsade de Pointes.

Amoxicilina/clavulánico: Su administración al inicio de las comidas disminuye la intolerancia gastrointestinal. La Agencia Española del Medicamento informó en 2006 sobre el riesgo de hepatotoxicidad asociada a su empleo.

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

Complicación supurada local (absceso periamigdalor), imposibilidad de tomar el tratamiento oral o líquidos, sospecha de difteria, de angina de Vinçent, o de síndrome de Lemierre y pacientes candidatos a amigdalectomía.

OTROS

La mononucleosis infecciosa, más frecuente en niños mayores y adolescentes, suele cursar con hiperplasia amigdalor, 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:

Se debe informar al paciente acerca de la levedad de la infección y duración aproximada.

Se darán recomendaciones sobre dieta adecuada, higiene de manos y la importancia de realizar el tratamiento antibiótico completo en las infecciones estreptocócicas para reducir el riesgo de recurrencias y de complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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
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. 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/guia/terapeuticaaljarafe/guia/terapeuticaaljarafe/guia/guia.asp>
4. Hooton TM. A comparison of azitromycin and penicillin V for the treatment of Streptococcal Pharyngitis. *Am J Med*. 1991;91(3A):23S-26S.
5. 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.
6. 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.
7. 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>
8. Molero JM, Gómez M. Tratamiento antibiótico empírico de las principales infecciones comunitarias atendidas por el médico de familia. *AMF* 2017;13(7):383-93.
9. 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>
10. 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.
11. Pichichero MD. Treatment and prevention of Streptococcal pharyngitis [Internet]. UpToDate, Wolters Kluwer Health; 2018 [acceso 13 Mar 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/>
12. Piñeiro R, Hijano F, Álvarez 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.
13. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Manual de Enfermedades Infecciosas en Atención Primaria. 4ª ed. Barcelona: semFYC Ediciones; 2017. 390 p.
14. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Guía terapéutica en Atención Primaria. 6ª ed. Barcelona: semFYC Ediciones; 2016. 584 p.
15. Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;11:CD000023. DOI: 10.1002/14651858.CD000023.pub4.