

Faringoamigdalitis aguda y Test de Diagnóstico Rápido (TDR) para detección de Streptococcus pyogenes

La faringoamigdalitis aguda (FA) es uno de los motivos de consulta más frecuentes en pediatría de Atención Primaria y la primera causa de utilización de antibióticos. Hasta en el 65-80% de los casos las faringoamigdalitis agudas son de etiología vírica y, dentro de los agentes bacterianos, el *Streptococcus pyogenes* o estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHGA) es el más frecuente, si bien, salvo en períodos epidémicos, no causa más de un 15% de los casos.

- La diferenciación entre etiología bacteriana o vírica es compleja; cuando se evalúa a un niño con faringoamigdalitis aguda, hay que considerar los aspectos clínicos y epidemiológicos: la faringitis estreptocócica se ha considerado clásicamente rara antes de los 3 años y excepcional antes del año, salvo en niños que asisten a guardería, que puede presentarse a partir de los 18 meses (especialmente en brotes epidémicos); en la actualidad parece desplazarse hacia edades inferiores, no siendo excepcional la infección estreptocócica del niño pequeño e incluso del lactante.
- La clínica y los datos de la exploración física no son determinantes para distinguir entre las FA bacterianas y las FA víricas. Se han propuesto varias escalas de predicción clínica para la valoración de la etiología de la faringitis; la más utilizada es la escala de Centor, adaptada a la edad pediátrica por McIsaac, que otorga un punto a cada uno de los siguientes signos: temperatura superior a 38°C, ausencia de tos, adenopatías dolorosas, exudado y edad entre 3-14 años. Sin embargo, otros síntomas y signos de la faringoamigdalitis aguda, no incluidos en dichas escalas, podrían tener más valor predictivo en el diagnóstico etiológico, como la úvula congestiva o uvulitis (signo clínico con mayor valor predictivo – [Orejón de Luna y cols, 2023](#)), el dolor de garganta intenso o la escarlatina. Por este motivo, de manera general, las escalas de predicción clínica no deben ser utilizadas de forma exclusiva para tomar la decisión de instaurar antibioterapia empírica.

El test de diagnóstico rápido (TDR) inmunocromatográfico

Detecta el antígeno del EBHGA y aporta información adicional para el diagnóstico clínico.

Las escalas de predicción clínica, como la escala de Centor modificada por McIsaac, siguen siendo de referencia en las [guías asistenciales](#) para la selección de los pacientes a los que realizar pruebas microbiológicas aunque, en base a la evidencia disponible, no es posible alcanzar una conclusión definitiva sobre su utilidad.

[Algunos autores](#) proponen un abordaje pragmático, es decir, basar la decisión sobre hacer o no TDR en la intención de tratar con antibiótico:

- Practicar TDR cuando se piense que se trata de una faringoamigdalitis estreptocócica o se tengan dudas razonables, dado que un 50% de estos casos no van a ser causados por EBHGA.
- Practicar TDR siempre que haya uvulitis o escarlatina.
- No practicar TDR cuando se piense que se trata de una faringitis vírica (rinitis, estridor, vesículas, úlceras en paladar, etc), puesto que la capacidad de predicción clínica es muy superior en este caso, y la presencia de un TDR+ correspondería probablemente a un estado de portador (15 % de niños en edad escolar), que no se debe tratar con antibiótico. La única excepción estaría en el caso de un contacto doméstico con faringitis estreptocócica.
- La realización del test en los siguientes 15 días tras tratamiento de faringoamigdalitis con antibiótico puede suponer un falso positivo por detección de antígeno residual; en estos casos se recomienda realizar cultivo.

El TDR detecta antígeno estreptocócico hasta 48 horas después de iniciado un tratamiento antibiótico, lo que hace que en ese plazo también sea útil para suspender tratamientos empíricos incorrectamente instaurados a partir de diagnósticos sin confirmación etiológica.

Cabe señalar, en cualquier caso, que la sensibilidad del TDR depende fundamentalmente de una técnica adecuada de recogida de la muestra.

Utilidad del uso del TDR y los criterios Centor en el diagnóstico de la FA estreptocócica: estudio de Valladolid Oeste

A continuación, se presentan los resultados de un estudio realizado en el Área de Salud de Valladolid Oeste que apoya el criterio pragmático para la realización del TDR frente a la aplicación estricta de los criterios Centor.

Se compararon los resultados de los TDR de *S. pyogenes* y los criterios clínicos de Centor frente al cultivo microbiológico de frotis faríngeo (como *gold estándar*), con el objetivo de determinar la eficacia de la prueba diagnóstica y la probabilidad de equivocarse con un test negativo, en los niños con clínica de FA atendidos por parte de los pediatras de atención primaria en el Área de Salud de Valladolid Oeste.

Se incluyeron 81 niños entre 1 y 14 años entre enero y febrero de 2025. La media de edad fue de 7 años (DE :3,76); 10 eran menores de 3 años. En todos los casos se registraron los criterios de Centor y se realizó recogida de muestra de frotis faringoamigdalinar para TDR y, seguidamente, para cultivo, utilizando distintos hisopos. El resultado del test rápido se anotó a los 10 minutos y el resultado del cultivo se obtuvo a las 48 h por el Laboratorio de Microbiología del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

Eficacia del TDR de *S. pyogenes*

El TDR fue positivo en un 47,6% de los casos, mientras que el cultivo fue positivo en un 32,9%.

Sensibilidad (proporción de enfermos correctamente identificados)	88,90%	IC _{95%} (71,90% a 96,10%)
Especificidad (proporción de sanos correctamente identificados)	72,70%	IC _{95%} (59,80% a 82,70%)
Valor predictivo positivo (probabilidad de tener la enfermedad si el resultado de la prueba diagnóstica es positivo)	61,50%	IC _{95%} (45,90% a 75,10%)
Valor predictivo negativo (probabilidad de no tener la enfermedad si el resultado de la prueba diagnóstica es negativo)	93,00%	IC _{95%} (81,40% a 97,60%)

La probabilidad de tener la enfermedad post-test negativo es de un 7% (IC95%: 2,4%; 18,6%); es decir, cuando el TDR es negativo la probabilidad de equivocarnos es del 7%. Por otra parte, aunque la probabilidad post-test positivo sólo llega a un 61,5% (IC95%: 45,9%; 75,1%), supera a la probabilidad pre-test* (32,9%); es decir, aunque se siguen diagnosticando falsos positivos y tratándolos, “ahorraremos” antibióticos en todos aquellos casos en que, con un resultado del TDR negativo, se evitará el tratamiento, con poca probabilidad de equivocarnos.

* Probabilidad pre-test: probabilidad de presentar una enfermedad antes del diagnóstico.

Eficacia de los criterios Centor

El área bajo la curva ROC* cuando comparamos el uso de la escala Centor con el TDR de *S. pyogenes* es del 0,544 (IC95%: 0,418 a 0,669), y frente el cultivo es del 0,553 (IC95%: 0,419 a 0,687); es decir, no muestra posibilidad de predecir, con los criterios clínicos, la positividad de una u otra prueba.

*Esta área posee un valor comprendido entre 0,5 y 1, donde 1 representa un valor diagnóstico perfecto y 0,5 indica que se trata de una prueba sin capacidad discriminatoria diagnóstica.

Los criterios clínicos de la escala Centor, por tanto, no predicen positividad ni del TDR ni del cultivo de *S. pyogenes*, aunque en las guías clínicas se siguen incorporando como parte del diagnóstico clínico.

Conclusiones

- *Se deben utilizar los criterios Centor-McIsaac como una aproximación al diagnóstico, y considerar también otros aspectos clínicos con alto valor predictivo, como la uvulitis.*
- *Cuando el TDR es negativo, la probabilidad de equivocarnos se ha estimado en un 7%, y por tanto no se debería prescribir un antibiótico.*
- *Ha de realizarse el TDR para confirmar la decisión inicial de tratar con antibiótico después de hacer una valoración clínica y epidemiológica del paciente, ya que en el 50% de los casos no se confirmará la infección por EBHGA.*
- *No hacer prueba de TDR si solo se sospecha infección viral, síntomas como rinorrea, úlceras orales o ronquera porque se corre el riesgo de tratar falsos positivos o portadores.*
- *En Sacyl, aproximadamente el 60% de los resultados de TDR son negativos.*

Ana M^a Alonso Rubio_Pediatra de A.P de Valladolid Oeste

Comentario elaborado a partir del estudio realizado por:

Ana Fierro Urturi_Pediatra de A.P de Valladolid Oeste
Raúl López Izquierdo _Médico de Urgencias H. Río Hortega