

# FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

Protocolo Consensuado Área de Gran Canaria<sup>2006</sup>

## Sinónimos

Desde el punto de vista clínico-terapéutico es equivalente la siguiente terminología: *faringitis*, *amigdalitis* y *faringoamigdalitis*. Las adenoides tienen unas características microbiológicas e inmunológicas semejantes, por lo que sus tratamientos (adenoiditis) también lo son.<sup>1</sup>

## Etiología

En niños menores de 3 años la etiología viral es la más frecuente. Para los niños mayores de 5 años y adultos lo es la bacteriana, siendo el germen más frecuente el Estreptococo beta-hemolítico del Grupo A (EBHGA).

*Las faringitis que realmente interesa identificar son las producidas por el EBHGA porque son las únicas en las que el tratamiento antibiótico está indicado.*<sup>2,3</sup> El tratamiento eficaz de este tipo de faringitis es importante para:<sup>2,3,4,5,6</sup>

1. Prevenir las complicaciones no supuradas (en especial la *fiebre reumática*) y las complicaciones supuradas (otitis media, sinusitis, abscesos periamigdalinos, abscesos retrofaríngeos, adenitis cervical, etc.).
2. Acortar el curso de la enfermedad.
3. Evitar el contagio.
4. Minimizar los efectos adversos potenciales de una terapia antibiótica inadecuada.

## Diagnóstico

Por desgracia, no podemos diferenciar con certeza, por la clínica y exploración, este tipo de faringitis de las virales, ya que *no existen signos o síntomas específicos de la faringitis producidas por estreptococos.*<sup>2,5,6,7,8</sup>

Pese a la creencia general, la presencia de fiebre y exudado amigdalar es mucho más frecuente en las faringitis virales que en las producidas por los

Tabla 1. Etiología de la faringitis aguda

Tipo de faringitis, patógeno	Trastorno asociado(s) o síntoma(s)
<b>Bacteriana:</b> Estreptocócica Grupo A Grupos C y G Asociación anaerobios Neisseria gonorrhoeae Corynebacterium diphtheriae Arcanobacterium haemolyticum Yersinia enterocolitica	amigdalitis y escarlatina amigdalitis y rash escarlatiniforme angina de Vincent amigdalitis difteria rash escarlatiniforme enterocolitis
<b>Viral:</b> Rhinovirus Coronavirus Adenovirus Herpes simplex virus tipos 1 y 2 Parainfluenza Coxsackie A Epstein-Barr Citomegalovirus Influenza A y B	catarro común catarro común fiebre faringoconjuntival y enf. respiratoria aguda gingivostomatitis catarro común y laringitis herpangina y enfermedad mano-boca-pie mononucleosis infecciosa mononucleosis infecciosa gripe
Mycoplasma pneumoniae Chlamydia	neumonía y bronquitis neumonía y enf. Respiratoria aguda

Modificado de Bisno et al.<sup>2</sup>

estreptococos.<sup>8</sup> En un estudio de 110 niños con fiebre y exudado, la infección viral fue documentada en el 31% de los casos, mientras que la producida por el EBHGA fue solo del 12%.<sup>8</sup>

La certeza diagnóstica para las faringitis estreptocócicas por EBHGA obliga a la práctica de pruebas de detección antigénica rápida y, en caso de negatividad, cultivo de exudado faríngeo.<sup>2,3,5,6,7,8</sup>

Esta es la recomendación, entre otras, de la Infectious Diseases Society of America, del CDC (Centers for Disease Control and Prevention) y de la American Academy of Pediatrics.

En Europa, la Scottish Intercollegiate Guidelines Network no recomienda el uso rutinario de estas técnicas diagnósticas.<sup>9</sup> Existen estudios recientes, uno multicéntrico realizado en nuestro país, sobre la fiabilidad y validez de un test rápido para la identificación del EBHGA.<sup>10</sup> Concluye que la práctica del método utilizado (inmunoanálisis ópticos actuales) es suficientemente seguro y fiable y que no considera justificada la realización de cultivo convencional cuando el test es negativo.

No es posible diferenciar con certeza, por la clínica y exploración, entre faringitis vírica y estreptocócica

## ¿A quien tratar?

La realidad en España, y estamos de acuerdo con la opinión de Moral Gil y Rubio Caldach, es que en nuestros centros de salud y servicios de urgencias hacemos tratamiento empírico en la inmensa mayoría de los casos, sin utilizar técnica diagnóstica alguna.<sup>11</sup> Mientras esta sea nuestra realidad cotidiana y no dispongamos, en Atención Primaria, de estos medios, precisamos de una guía que nos oriente acerca de cuales son los pacientes que debemos tratar y a quienes no.

Nos parece la mas apropiada la que utiliza la Academia Americana de Pediatría (Red Book del año 2003)<sup>5</sup> para identificar a los niños en los que deben realizarse test rápidos de detección de antígenos y/o cultivos de forma rutinaria y en los que no. Recomienda que no se realicen estudios para detección de estreptococos (implica que no se aconseja realizar tratamiento) de forma rutinaria en:

-Niños menores de 3 años, porque las faringitis por EBHGA son muy poco frecuentes y el riesgo de fiebre reumática a esas edades es remoto.

-Niños con manifestaciones clínicas altamente sugestivas de infección viral, tales como *rinitis, conjuntivitis, ronquera, tos, aftas o lesiones ulcerativas en mucosa bucal o diarrea*.

El Red Book aconseja testar para SBHGA (implicaría, en nuestro caso, dar tratamiento empírico si no se dispone de medios diagnósticos) aquellos casos de faringitis, de comienzo brusco, que presenten manifestaciones clínicas tales como dolor de garganta, odinofagia, fiebre, dolor de cabeza, dolor abdominal, nauseas, vómitos y adenopatías cervicales anteriores.

También debemos tener en cuenta la estación del año, la epidemiología familiar y de la comunidad, incluyendo el *antecedente de contacto* con caso documentado de faringitis estreptocócica o la presencia en la familia de un caso de fiebre reumática aguda o de glomerulonefritis aguda.

## Tratamiento

La penicilina V (fenoximetilpenicilina) es, sin duda, el tratamiento de elección.<sup>2,3,5,6,7,8,12</sup> La razón: *No se ha aislado hasta la fecha, en todo el mundo, una cepa de estreptococo del grupo A resistente a la penicilina.*<sup>2,5,7</sup> Además por su demostrada *eficacia y seguridad, bajo costo y ser de espectro reducido.*<sup>2,3,7,8,12</sup>

La dosis, vía oral, es de 250 mg (400.000 U) 2 ó 3 veces al día para niños con peso inferior a 27 kg y de 500 mg (800.000 U), 2 ó 3 veces al día, para niños con peso superior a 27 kg, adolescentes y adultos.<sup>5</sup> *La duración del tratamiento debe ser de 10 días para prevenir la fiebre reumática.*<sup>5</sup>

La penicilina G benzatina, vía intramuscular, se aconseja emplearla cuando exista imposibilidad de la vía oral o cuando existan dudas del cumplimiento de la medicación oral.

La dosis para niños de menos de 27 kg de peso es de 600.000 U en dosis única. Para los de peso superior y adultos es de 1.200.000 U, dosis única.<sup>5</sup>

No se aconseja dar tratamiento de forma rutinaria a:

menores de 3 años de edad  
niños con manifestaciones clínicas de:  
rinitis  
conjuntivitis  
ronquera  
tos  
aftas o lesiones ulcerativas mucosa bucal  
diarrea

fármacos de elección	vía	dosis	peso	intervalo	nombre comercial	presentación
Penicilina V *	oral	250 mg (por dosis)	<27 kg	cada 12 h	Penilevel®	Sobres 250 mg (cajas 12 y 30 sobres)
Penicilina V *	oral	500 mg (por dosis)	>27 kg	cada 12 h		
Penicilina G benzatina	IM	600.000 U	<27 kg	dosis única	Cepacilina®	viales 600.000 U
Penicilina G benzatina	IM	1.200.000 U	>27 kg	dosis única	Cepacilina®	viales 1.200.000 U
Amoxicilina (solo niños que no toleren los sobres)	oral	50 mg/kg/día		cada 8 h	Amoxicilina EFG®	susp. oral 250 mg (5 ml=250 mg)

La duración del tratamiento, vía oral, es de 10 días. \* La penicilina V se administrará preferentemente 30 minutos antes o 2 h después de las comidas<sup>13</sup>

Alergia a la penicilina

fármaco de elección	vía	dosis	intervalo	nombre comercial	presentación
Eritromicina (etilsuccinato)	oral	40 mg/kg/día	cada 12 h	Pantomicina®	sobres 250 y 500 mg susp. oral Forte (5 ml=500 mg)

La duración del tratamiento es de 10 días. La dosis máxima al día es de 1gr.<sup>4</sup>

A veces, la intolerancia oral es solo transitoria (vómitos) e interesa iniciar el tratamiento con una dosis IM de penicilina de acción mas corta, (24 horas), como la penicilina procaína y seguir posteriormente con medicación vía oral. Las dosis son iguales que para la penicilina benzatina. Nombre comercial: Farmaproína® y se presenta en viales de 600.000 y 1.200.000 U.

EL ANTIBIÓTICO DE ELECCIÓN EN LA FARINGITIS AGUDA ES LA PENICILINA

La *amoxicilina* es también efectiva, pero no tiene ventajas, desde el punto de vista microbiológico, sobre la penicilina.<sup>5</sup> Además es mas cara y de mayor espectro, aunque de mejor sabor. Su uso debe limitarse a aquellos *niños que no toleren los sobres y que precisen medicación líquida*.<sup>13</sup>

En caso de alergia a la penicilina, el tratamiento de elección, hasta ahora, es la eritromicina.<sup>2,3,5,7</sup> La dosis es de 40 mg/kg/día, en 2 tomas (cada 12 horas). *La dosis máxima al día es de 1 gr.*<sup>14</sup> La duración del tratamiento es de 10 días.

Sin embargo, se ha observado un aumento de cepas resistentes a la eritromicina y a otros macrólidos en algunos países, entre ellos España, donde se alcanzan cifras del 20-35%.<sup>12</sup>

La situación en nuestro medio es mejor. Según informe de nuestro laboratorio de referencia, para la isla de Gran Canaria, *la resistencia del EBHGA a la eritromicina en la edad pediátrica y en los 3 últimos años es del 12,7%*.<sup>15</sup>

Otros macrólidos como la claritromicina y azitromicina no presentan ventajas en sensibilidad frente al EBHGA.<sup>7,8</sup> Son mas caros y de mayor espectro, pudiendo hacer selección de resistencias para un mayor grupo de bacterias patógenas, por lo que su uso, en el tratamiento de la faringitis aguda, debe desaconsejarse.<sup>7,12</sup> Por la misma razón no se aconseja el uso de cefalosporinas.<sup>5,8,12</sup>

Por otro lado, no se dispone aún de datos que establezcan la eficacia de la azitromicina en la prevención de la fiebre reumática.<sup>16</sup>

El Documento de consenso sobre tratamiento antimicrobiano de la faringoamigdalitis, propuesto por diferentes Sociedades Españolas de Medicina, ORL y Quimioterapia<sup>12</sup> de marzo de 2003, sugiere que la *telitromicina* perteneciente a una nueva clase de antibióticos, los ketólidos, puede ser la alternativa en caso de alérgicos a la penicilina porque presentan buena actividad contra el EBHGA y no son inductores de

En el tratamiento de la faringitis aguda no se aconsejan fármacos como:

- Amoxicilina + Ac. Clavulánico
- Cefalosporinas de segunda generación:
  - cefuroxima axetilo
  - cefaclor, cefprozil
- Cefalosporinas de tercera generación:
  - cefixima
  - ceftibuteno
  - cefepodoxima proxetilo
- Macrólidos de mayor espectro como:
  - claritromicina
  - azitromicina
- Ketólidos:
  - telitromicina

resistencia cruzada MLS<sub>B</sub>. Actualmente solo está autorizado su uso para pacientes mayores de 12 años como alternativa cuando no se pueden emplear penicilinas o cefalosporinas en la faringitis por EBHGA.<sup>17</sup> Se trata de un fármaco nuevo del que recientemente se han publicado nuevos efectos secundarios<sup>18,19</sup> y del que desconocemos su eficacia en la prevención de la fiebre reumática. En nuestra opinión no es un fármaco a emplear en esta patología pediátrica hasta que dispongamos de nuevos datos.

En contraste con lo observado con el aumento de resistencias del EBHGA a eritromicina, claritromicina y azitromicina, los macrólidos de 16 átomos de carbono (josamicina y midecamicina) mantienen una sensibilidad aceptable.<sup>7</sup> Por lo que serían estos fármacos los antibióticos de elección en caso de alergia a penicilinas y cefalosporinas y que las resistencias, a los macrólidos, aumentarían en nuestro medio.

### Fracaso terapéutico

En ocasiones se produce un nuevo proceso clínico de faringitis a los pocos días de finalizar el tratamiento. Muchos de estos casos *inmediatos* son de etiología vírica. Hay que insistir en que las faringitis que cursen con manifestaciones clínicas altamente sugestivas de infección viral (ver página 2), no deben ser consideradas sospechosas de etiología estreptocócica ni tributarias de tratamiento antibiótico alguno.<sup>5</sup>

Por otro lado debemos asegurarnos que la elección y duración del tratamiento han sido correctos y que este nuevo proceso está causado por el SBHGA. Es conveniente la práctica de estudios de identificación de este germen (pruebas de detección antigénica rápida y/o cultivo de exudado faríngeo).

Ante la indefinición de la bibliografía científica consultada este Comité aconseja considerar *fracaso terapéutico a la recidiva de otro episodio de faringitis antes de 1 mes* del inicio de los síntomas del episodio anterior.

Si el resultado de las pruebas de identificación fuera positivo para SBHGA se aconseja administrar 1 vial IM (única dosis) de *penicilina*

### FRACASO TERAPÉUTICO

Recidiva de otro episodio antes de un mes  
Tratamiento: 1 vial IM de penicilina benzatina

### FARINGOAMIGDALITIS RECURRENTES

- 4 ó mas episodios durante el último año
- periodo de control de al menos 6 meses
- episodios documentados, evaluados y tratados

*benzatina con el objeto de descartar el incumplimiento terapéutico.*<sup>5</sup> Si la realización de estas pruebas no fuera posible se pondrá tratamiento empírico con dicho fármaco.

También se puede utilizar una cefalosporina de primera generación, como el cefadroxilo<sup>5</sup> (Duracef<sup>®</sup>) a dosis de 30 mg/kg/día (cada 12 h). Dosis máxima: 2 gr/día.<sup>20,21</sup> En caso de recidiva en paciente alérgico a la penicilina se aconseja tratar con josamicina oral (Josamina<sup>®</sup>) a dosis de 50 mg/kg/día (cada 12 h)<sup>22</sup>, durante 10 días.

### Recidiva o reinfección

Este Comité aconseja considerar recidiva o reinfección a la presentación de *un nuevo caso* de faringitis aguda a *partir de un mes del último episodio*.

Estas recidivas deben ser tratadas de la misma manera que el primer episodio, es decir, con penicilina V o eritromicina, para los alérgicos a los betalactámicos, como antibióticos de primera elección.

### Faringoamigdalitis recurrentes

El número de episodios para el concepto de faringoamigdalitis recurrentes es arbitrario y varía. Para la American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery es de 3 ó mas al año, mientras que para el último consenso español es de 7 ó mas al año.<sup>23</sup> No hay, por tanto, un consenso mundial. Consideraremos, en este protocolo, como faringoamigdalitis recurrentes o de repetición:

- 4 ó mas episodios durante el último año.

Los episodios deben estar adecuadamente documentados, evaluados y tratados. En caso contrario, se aconseja un control clínico del paciente de, al menos, 6 meses.<sup>23</sup> Se realizará cultivo de exudado faríngeo al paciente y su familia.<sup>23</sup>

Una vez establecido el criterio de faringitis recurrentes, se aconseja tratar los nuevos episodios con cefalosporinas de primera

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ORL (derivación "normal")

### Faringoamigdalitis recurrentes (4 ó mas episodios al año)

dosis de 30 mg/kg/día, cada 12 h).<sup>24</sup> También se puede utilizar la amoxicilina-clavulanico<sup>4</sup> (Augmentine<sup>®</sup> 100 o Amoclave<sup>®</sup> 100) a 40 mg/kg/día, cada 8 h) o con cefuroxima axetilo<sup>8</sup> (Nivador<sup>®</sup>, Selan<sup>®</sup>, Zinnat<sup>®</sup>), a dosis de 30 mg/kg/día, cada 12 h). Dosis máxima 1 gramo.

En caso de alergia a la penicilina se aconseja tratar con josamicina oral (Josamina<sup>®</sup>) a dosis de 50 mg/kg/día (cada 12 h).

La duración del tratamiento, con los fármacos anteriormente mencionados, será de 10 días.

## Complicaciones

Otitis media aguda, sinusitis aguda, absceso periamigdalino, absceso retrofaringeo y adenitis cervical.

## Criterios de derivación

Los pacientes que cumplan los criterios de faringoamigdalitis recurrentes se derivaran al especialista de ORL del CAE correspondiente con derivación "normal".

## Bibliografía

1. Brodsky L. Modern Assessment of tonsil and adenoids. *Pediatr Clin North Am* 1989;36: 1551-1566.
2. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM Jr, Kaplan El, Schwartz RH. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. *Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis*. 2002;35(2):113-25.
3. Schroeder BM. Diagnosis and management of Group A Streptococcal Pharyngitis. *Practice Guidelines. Am Fam*. 2003; 67(4):883-4.
4. Organización Mundial de la Salud. Fiebre Reumática y Cardiopatía Reumática. Comité de expertos y grupos de estudio. 114 Reunión EB114/13. 15 abril 2004.
5. American Academy of Pediatrics. 2003 Red Book. Report of the Committee on Infectious Diseases. 26Th Edition. Elk Grove Village. 2003:573-584.
6. Álvez González Fernando. Faringoamigdalitis aguda. Asociación Española de Pediatría. Protocolos Diagnósticos-Terapéuticos. Protocolo nº 13. <http://www.aeped.es/protocolos/>
7. C. Ochoa Sangrador, M. Vilela Fernández, M. Cueto Baelo, J.M. Eiros Bouza, L. Inglada Galiana y el Grupo Español de Estudios de los Tratamientos Antibióticos. Adecuación del tratamiento de la faringoamigdalitis aguda a la evidencia científica. *An Pediatr (Barc)* 2003;59(1):31-40.
8. Schwartz B, Marcy SM, Phiphills WR, Gerber M, Dowell S. Pharyngitis. Principles of Judicious use of antimicrobial agents. *Pediatrics* 1998:101:171-174.
9. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management

of sore throat and indications for tonsillectomy. Enero 1999. URL disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/34/index.html>.

10. Contessotto Spadetto C., Cámara Simón M, Avilés Inglés MJ, Ojeda Escuriel JM, Cascales Barceló I, Rodríguez Sánchez F. Empleo racional de los antibióticos en pediatría: impacto de la aplicación de un test rápido de detección de estreptococo beta-hemolítico del grupo A en la faringoamigdalitis aguda. *An Esp Pediatr* 2000;52:212-219.

11. Moral Gil I, Rubio Calduch EM. A vueltas con la faringitis estreptocócica: el porqué de las cosas. *An Pediatr (Barc)* 2004;60(4):383-84.

12. Documento de consenso sobre tratamiento antimicrobiano de la faringoamigdalitis. Sociedad Española de Quimioterapia, Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico facial, Sociedad Española de Infectología Pediátrica, Sociedad Española de Medicina General, Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista, Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. *Rev Esp Quimioterap* Marzo 2003; 16(1):74-88.

13. Wald ER. Antibiotic Treatment of Pharyngitis. *Pediatrics in Review*. 2001;22:255-256.

14. Martindale. Guía completa de consulta fármaco-terapéutica. Primera edición. Pharma Editores, SL. Barcelona; 2003: 323.

15. Lafarga Capuz B. Boletín Comisión Infecciones nº 10, 2006. Estado de la resistencia antibiótica y diagnóstico etiológico en el Hospital Universitario Materno Infantil (año 2005).

16. Ficha técnica del medicamento. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. [www.agemed.es](http://www.agemed.es). Entrada a web: febrero de 2006.

17. Ficha técnica del medicamento. European Medicines Agency (EMA). <http://www.emea.eu.int/humandocs/Humans/EPAR/ketek/ketek.htm>. Entrada a web: febrero 2006.

18. U.S. Food and drug administration (FDA). Public Health Advisory. Ketek (telithromycin) Tablets. <http://www.fda.gov/cder/drug/advisory/telithromycin.htm>. (Posted 01/20/2006).

19. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios AGEMED. Telitromicina (Ketek<sup>®</sup>): empeoramiento de miastenia gravis. Nota informativa. Ref: 2003/05 del 23 de abril de 2003. <http://www.agemed.es/actividad/alertas/usoHumano/seguridad/telitromicina.htm>.

20. Taketomo Ck. *Pediatric Dosage Handbook*; 10ª edición 2003-2004.

21. The Harriet Lane Handbook. 17th Edition. Robertson Jason, Shilkofski Nicole. The Johns Hopkins Hospital. Mosby Inc. Elsevier; 2005.

22. Mensa J et al. Guía De Terapéutica Antimicrobiana. XVI Edición; 2006; 103.

23. F. J. Cervera Escario, F. Del Castillo Martín, J. A. Gómez Campderá, J. R. Gras Albert, B. Pérez Piñero, M. A. Villafruela Sanz. Indicaciones de adenoidectomía y amigdalectomía: Documento de Consenso entre la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial y la Asociación Española de Pediatría. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2006; 57: 59-65.

24. Finnish Medical Society Duodecim. Sore throat and tonsillitis. Guidelines. Evidence-Based Medicine. Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publications Ltd.; 2004 May 13.

## Autores

Valentín Ruiz Caballero, Pediatra de Atención Primaria

Ángeles Cansino Campuzano, Coordinadora AP-Especializada Área G.C.

Ángel Ramos Macías, Jefe ORL Hospital Universitario Insular de G.C.

José M<sup>a</sup> Cuyas de Torres, Jefe ORL Hospital Universitario de G.C. Dr. Negrín

Ángel Osorio Acosta, Servicio ORL Hospital Universitario Insular de G.C.

Francisco Machado Fernández, Jefe Servicio Pediatría del HUMIC

Bernardo Lafarga Capuz, Jefe Servicio Microbiología Hop. Univ. Dr. Negrín

Elena Colino Gil, Unidad Enf. Infecciosas del HUMIC

Isabel de Miguel Martínez, Servicio Microbiología H. U. Insular de G.C.

Noelia Montesdeoca Araujo, MIR pediatría del HUMIC

HUMIC: Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias.

Este protocolo se terminó y consensó con los pediatras de AP en febrero de 2005 y se revisó y actualizó en julio de 2006.