



Protocolos del GVR  
(P-GVR-10-gr)

## Faringoamigdalitis aguda (Guía rápida)

**Normas de Calidad para el diagnóstico y tratamiento de la Faringoamigdalitis aguda en Pediatría de Atención Primaria (guía rápida)**

**Autor:**

Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.

**Redactores:**

Alberto Bercedo Sanz  
Olga Cortés Rico  
Cesar García Vera (miembro del Grupo Pediatría Basada en la Evidencia)  
Jose Luis Montón Álvarez

**Revisión por pares:**

Manuel Praena Crespo (Andalucía), Jose Luis Montón Álvarez (Madrid), Alfredo Cano Garcinuño (Castilla-León), Isabel Mora Gandarillas (Asturias), Maite Callen Bleuca (País Vasco), M<sup>a</sup> Isabel Úbeda Sansano (Valencia), Alberto Bercedo Sanz (Cantabria), Carmen Rosa Rodríguez Fernández Oliva (Canarias), Olga Cortés Rico (Madrid), Arantxa Garmendia Iglesias (País Vasco), Maite Asensi Monzó (Valencia)

**Fecha de publicación:**

18 de junio de 2011

**Cómo citar este protocolo:**

Bercedo Sanz A, Cortés Rico O, García Vera C, Montón Álvarez JL. Normas de Calidad para el diagnóstico y tratamiento de la Faringoamigdalitis aguda en Pediatría de Atención Primaria. Protocolos del GVR (publicación P-GVR-10) [consultado día/mes/año]. Disponible en: [www.aepap.org/gvr/protocolos.htm](http://www.aepap.org/gvr/protocolos.htm)

## INTRODUCCION

La faringoamigdalitis aguda o faringitis (FA) es un proceso inflamatorio de la mucosa y estructuras del área faringoamigdalar, con presencia de eritema, edema, exudado, úlceras o vesículas.

La mayoría de las FA (70-80%) son víricas y la faringitis aguda por *Streptococcus pyogenes* (SβHGA) (FAS) supone alrededor del 30% de las faringitis en los niños. Aunque la incidencia de FAS es muy baja en menores de 2 años y rara en menores de 18 meses, hay que pensar en ella en niños pequeños que asisten a la guardería o tienen hermanos mayores.

La FAS continúa siendo la infección bacteriana más frecuente en niños y adolescentes. Si bien sus complicaciones son excepcionales, pueden existir dos tipos: complicaciones supurativas locales (1-2%): otitis media, sinusitis aguda, absceso periamigdalino, mastoiditis, y excepcionalmente: absceso retrofaríngeo, síndrome de shock tóxico estreptocócico, etc., y no supurativas, que son raras en países desarrollados, como la Fiebre Reumática (FR), glomerulonefritis postestreptocócica y artritis reactiva.

## CLÍNICA Y EVOLUCIÓN

Los datos epidemiológicos, la edad y la época del año, junto con los aspectos clínicos (Tabla I), pueden orientar hacia una etiología vírica o bacteriana (estreptocócica).

Para identificar a los pacientes con sospecha de FA por EβHGA y por tanto susceptibles de tratamiento antibiótico, se ha propuesto la escala de predicción clínica de Centor modificada con la edad por McIsaac (Tabla II) en la que se establece en función de la puntuación una probabilidad de riesgo de infección estreptocócica: < 0 puntos: 1-2,5%; 1 punto: 5-10%; 2 puntos: 11-17%; 3 puntos: 28-35%; ≥ 4 puntos: 51-53%. De todos los criterios Centor descritos, las adenopatías laterocervicales dolorosas y la ausencia de tos son los más sugerentes de etiología estreptocócica.

## DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE INFECCIÓN POR EβHGA

Recientes revisiones sistemáticas sugieren que debe realizarse el diagnóstico microbiológico en los niños con FA antes de iniciarse el tratamiento antibiótico a través de:

- Cultivo faríngeo ó

- Test rápido de detección antigénica (TRDA) de SβHGA en aquellos niños y adolescentes con alta sospecha clínica de FA estreptocócica (pacientes con 3 o más criterios de Centor modificados).
- Se preferirá el TRDA cuando sea elevada la posibilidad de que el cultivo sea positivo o cuando no se disponga del resultado del cultivo en 48 horas.

Ninguna de las dos pruebas distingue la infección aguda del estado de portador. En condiciones ideales la sensibilidad del cultivo es de 90-95% y la especificidad cercana al 99% mientras que la sensibilidad de los TRDA oscila entre el 85-95% con una especificidad entre el 95% y el 98%, por lo que un test rápido positivo no requiere confirmar el resultado con cultivo, sin embargo, un test rápido negativo no excluye la infección, siendo recomendable realizar un cultivo posterior de confirmación en aquellos niños con alta sospecha de faringitis estreptocócica, habitualmente los mayores de 3 años. En los niños menores de esta edad con bajo riesgo de FAS, en los que la probabilidad postprueba sería muy baja, ante un resultado negativo del TRDA no sería necesario confirmarlo con cultivo (ver algoritmo de manejo de FA).

Si no se puede realizar un diagnóstico etiológico, puede considerarse la información clínica en la toma de decisiones, aunque sólo las puntuaciones extremas de los criterios de Centor modificados parecen tener utilidad clínica. Así, en los casos de bajo riesgo (menores de 3 años, pacientes con puntuaciones muy bajas en las reglas de predicción clínica o con rinorrea, tos o disfonía acompañantes) excepcionalmente se beneficiarán de tratamiento antibiótico.

## **TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS POR EβHGA**

La mayoría de GPC recomienda seguir tratando la FAS con antibiótico (penicilina V o amoxicilina), aun en países desarrollados. Se ha demostrado que el uso del tratamiento antibiótico en la FA reduce la contagiosidad desapareciendo el riesgo de contagio a las 24 horas del inicio del tratamiento, disminuye la sintomatología como el dolor y la fiebre, previene la FR así como las complicaciones supurativas locales.

La penicilina se considera el tratamiento de elección, debido a su probada eficacia y seguridad, su bajo coste y su espectro reducido. La pauta recomendada de penicilina V oral (fenoxi-metil-penicilina potásica o benzatina) es de 25-50 mg/kg/día, cada 8-12 horas (sin que exista unanimidad científica en cuanto al número de dosis diarias de penicilina). De forma habitual se administra una dosis de penicilina de 250 mg cada 12 horas durante 10

días en menores de 12 años y peso menor de 27 Kg y una dosis de penicilina de 500 mg cada 12 horas en los mayores de 12 años o peso mayor o igual a 27 Kg. En caso de vómitos o intolerancia oral, falta de cumplimiento, en países en desarrollo o con alta prevalencia de FR, se recomienda Penicilina G Benzatina intramuscular profunda, en dosis única (600.000 U en < 12 años o < 27 kg y 1.200.000 U en > 12 años o  $\geq$  27 Kg).

La mayor variedad de presentaciones farmacéuticas, su mejor sabor y tolerancia y la evidencia de que es posible administrar amoxicilina (50 mg/kg/día) no sólo cada 8 horas sino cada 12 horas durante 10 días, la convierte en una alternativa aceptada en la actualidad.

Dado que el *Streptococcus Pyogenes* no es productor de  $\beta$ -lactamasas, la asociación de ácido clavulánico a la amoxicilina no añade eficacia y aumenta el riesgo de hepatotoxicidad.

En caso de alergia a la penicilina, se recomienda principalmente el uso de macrólidos. Existen algunos trabajos en nuestro medio que señalan que los macrólidos de cadena de 16 átomos (josamicina y midecamicina) tienen menores resistencias a *Streptococcus Pyogenes* que eritromicina, azitromicina y claritromicina, estos dos últimos con menores efectos adversos gastrointestinales y mayores cumplimientos terapéuticos.

- Josamicina: 30-50 mg/kg/día, en 2 dosis, 10 días.
- Midecamicina: 25-50 mg/kg/día, en 3 dosis, 10 días.
- Eritromicina: 30-40 mg/kg/día, en 3 dosis, 10 días.
- Azitromicina: 10 mg/kg/día, en una dosis, 5 días.
- Claritromicina: 15 mg/Kg/día, dos dosis, 10 días.

En España y otros países se ha documentado un porcentaje elevado de cepas resistentes de S $\beta$ HGA a eritromicina y otros macrólidos (36% de media en niños españoles).

Se han descrito pautas más cortas (3 a 6 días) y con menos dosis diarias para el tratamiento de las FA por S $\beta$ HGA con algunas cefalosporinas (cefadroxilo, cefuroxima, cefixima, cefaclor, ceftibuteno y cefpodoxima) y varios macrólidos (claritromicina y azitromicina), que han presentado una eficacia bacteriológica similar a 10 días de penicilina, lo que podría implicar una mejora del cumplimiento, pero el hecho de que su espectro antibacteriano sea más amplio que el de la penicilina, junto a la tolerabilidad de alguno de ellos y su elevado coste, son argumentos suficientes para que no se consideren de primera elección.

El tratamiento diferido es una opción a tener en cuenta ante dudas diagnósticas o imposibilidad de realizar el estudio microbiológico.

**Tabla I.** Hallazgos clínicos y epidemiológicos que orientan al diagnóstico de FAS

Causa viral	Causa estreptocócica
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualquier edad, menor de 3 años</li> <li>• Comienzo gradual</li> <li>• Tos</li> <li>• Febrícula<sup>1</sup></li> <li>• Rinorrea, Afonía / Ronquera</li> <li>• Conjuntivitis</li> <li>• Enantema vírico (herpangina)</li> <li>• Exantema específico (viriasis)</li> <li>• Adenopatías submandibulares pequeñas</li> <li>• Exudado faringoamigdal en membranas o punteado</li> <li>• Diarrea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad de 3 a 15 años</li> <li>• Comienzo brusco</li> <li>• Cefalea</li> <li>• Fiebre elevada</li> <li>• Inicio brusco de odinofagia</li> <li>• Dolor con la deglución</li> <li>• Enantema faringoamigdal</li> <li>• Exantema escarlatiniforme</li> <li>• Adenopatía submandibular grande y dolorosa</li> <li>• Exudado faringoamigdal en placas</li> <li>• Úvula edematosa y enrojecida</li> <li>• Dolor abdominal</li> </ul>

Invierno o inicio primavera (países templados)  
Historia de exposición: ambiente epidémico

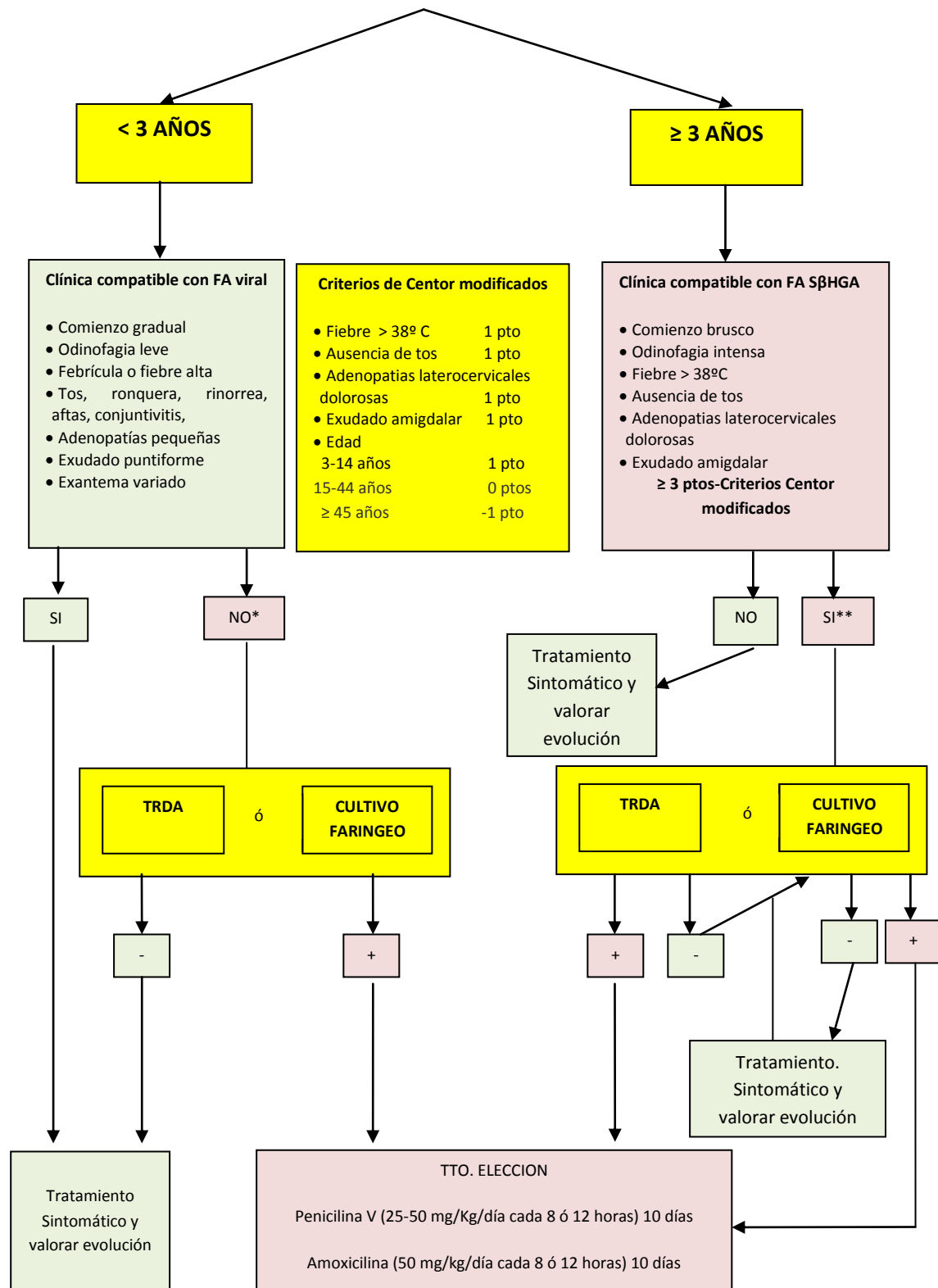
1. En niños menores de 3 años, las FA víricas suelen cursar con fiebre alta.
2. Salvo virus de Epstein-Barr y CMV.

Tabla II: Criterios de Centor modificados por McIsaac

Criterios	Puntos
Temperatura >38°C	1
Exudado amigdal	1
Ausencia de tos	1
Adenopatías laterocervicales dolorosas	1
Edad:	
3-14 años	1
15-44 años	0
> 45 años	-1

## Algoritmo. Manejo de la Faringoamigdalitis en Atención Primaria

### FARINGOAMIGDALITIS



TRDA: Test Rápido de Detección Antigénica de estreptococo.

\*En niños menores de 3 años con clínica compatible con FA por SBHGA y ≥ 3 ptos-Criterios Centor modificados.

\*\* Si no disponibilidad de TRDA o resultado del cultivo faringeo en 48 horas puede iniciarse el tratamiento antibiótico.