



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



# Protocolo diagnóstico y terapéutico de la faringoamigdalitis

A. Pereira Juliá, E. Martín Echevarría, M. Torralba González de Suso y M. Rodríguez Zapata

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara. Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá.

## Diagnóstico de la faringoamigdalitis

La faringoamigdalitis es un proceso inflamatorio difuso que afecta a los folículos linfoides de la faringe y, por contigüidad, a la mucosa nasal, úvula, paladar blando y amígdalas. Es el tercer cuadro respiratorio más frecuente en España, y supone el 15% de todas las infecciones respiratorias. Aproximadamente en el 80% de los casos tiene una etiología vírica (rinovirus, coronavirus, etc.). La prevalencia de la faringoamigdalitis bacteriana es menor, y el microorganismo más frecuente el *Streptococcus pyogenes*. En este caso, el diagnóstico etiológico es importante debido a las posibles complicaciones supurativas y no supurativas de las faringoamigdalitis estreptocócicas. El diagnóstico se puede realizar mediante criterios epidemiológicos, clínicos, analíticos y microbiológicos. Mediante los tres primeros se puede establecer un diagnóstico presuntivo, mientras que con el estudio microbiológico realizaremos un diagnóstico de certeza.

La faringoamigdalitis por *S. pyogenes* es más frecuente en invierno y primavera. Afecta sobre todo a niños entre 5 y 15 años. Clínicamente suele comenzar de forma brusca, con fiebre, odinofagia, cefalea, dolor abdominal, náuseas y vómitos. En la exploración existe inflamación faringoamigdalar, a menudo con exudado, petequias en paladar y amígdalas, adenopatías cervicales blandas y dolorosas, y exantema cutáneo. Analíticamente suelen presentar leucocitosis con desviación izquierda. Es menos frecuente la presencia de tos, conjuntivitis, rinorrea, diarrea, vesículas en paladar o linfocitosis, las cuales son más características de las infecciones víricas. La clínica es muy inespecífica, de manera que ante un cuadro compatible es necesario confirmar el diagnóstico etiológico. El cultivo faríngeo, cuya toma debe recogerse con un hisopo estéril de las criptas amigdalares y pared posterior de la faringe, sin tocar otras zonas, tiene una sensibilidad del 95%, pero tarda entre 24 y 48 horas. Otras pruebas diagnósticas son la detección del antígeno polisacárido de *S. pyogenes*, que tarda en realizarse entre 30 y 60 minutos. Existen tres tipos de técnicas: látex, ELISA y quimioluminiscencia. Estas pruebas tienen una alta especificidad (más del 95%), pero una baja sensibilidad (entre un 80 y un 90%, dependiendo del tipo), por lo que ante una sospecha de faringoamigdalitis estreptocócica con test negativo se debería confirmar con cultivo. La detección en suero de los anticuerpos antiestreptoli-

sina O no es útil en la fase aguda. Ante una faringoamigdalitis la pauta a seguir sería la descrita en la figura 1.

## Tratamiento de la faringoamigdalitis

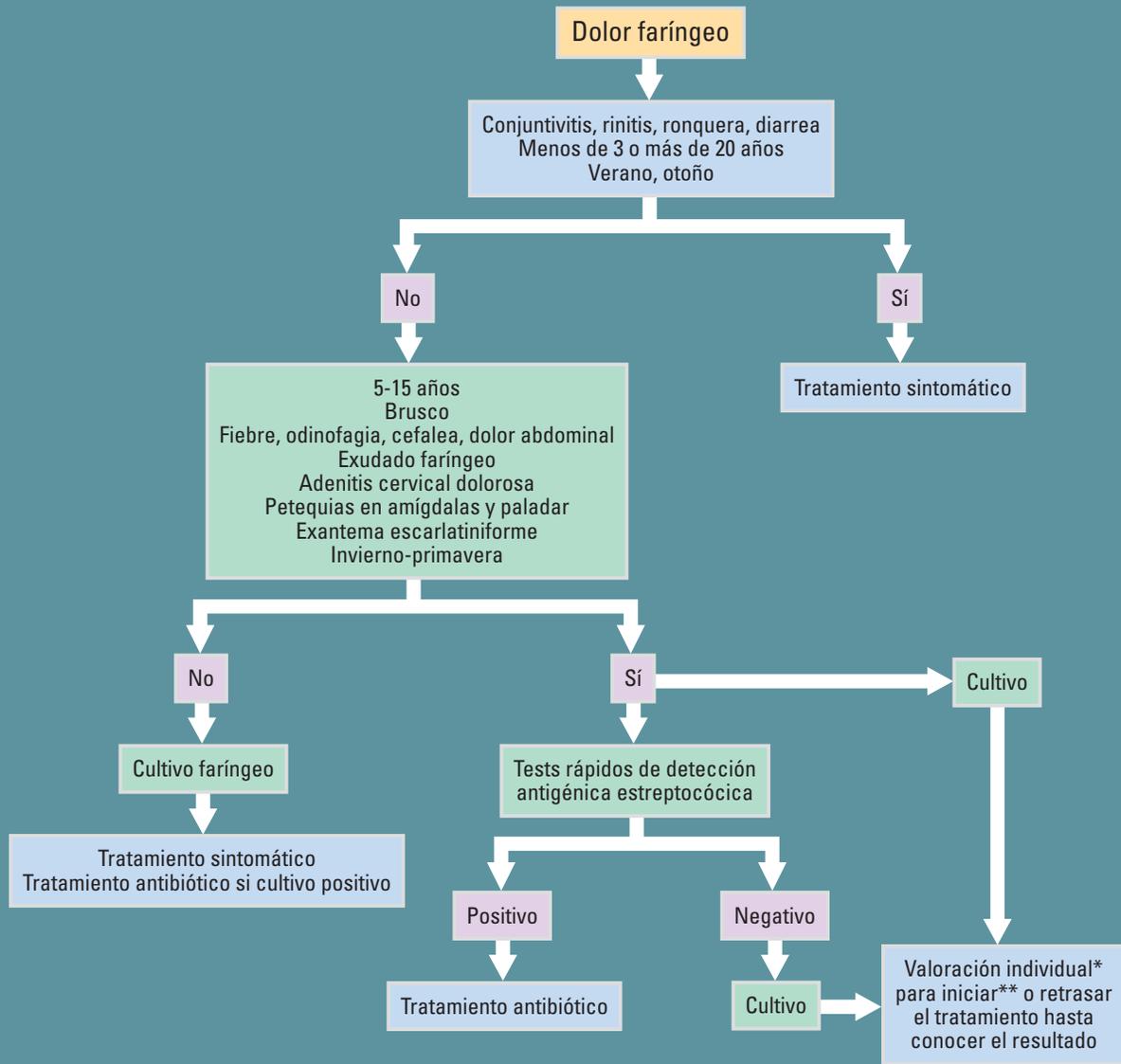
### Tratamiento médico

El tratamiento sintomático con antipiréticos, antiinflamatorios, hidratación, etc., se debe realizar tanto en las faringoamigdalitis bacterianas como en las víricas.

Los objetivos del tratamiento antibiótico son: a) erradicar el agente causal; b) prevenir las complicaciones supuradas y no supuradas (fiebre reumática); c) evitar el contagio, y d) acortar el curso clínico. El tratamiento de elección, tanto por su bajo coste como por su amplio espectro y sus escasos efectos secundarios, es la penicilina (penicilina V, oral, o penicilina benzatina, intramuscular). Otras alternativas son la amoxicilina, las cefalosporinas de primera y segunda generación o la amoxicilina-clavulánico (este último se suele usar en pacientes con faringoamigdalitis recurrentes). En caso de alergia a la penicilina el tratamiento alternativo es el basado en macrólidos (eritromicina, azitromicina o claritromicina). El inconveniente del tratamiento con macrólidos es la emergencia en España de cepas resistentes, en hasta un 35%, por lo que su uso debe estar muy seleccionado. Otra opción, pero de uso más infrecuente, es la clindamicina, que se suele usar en faringoamigdalitis recurrentes, por su acción frente a las bacterias anaerobias, betalactamasas y al *S. pyogenes* (tabla 1).

### Fracaso terapéutico. Faringoamigdalitis recurrentes

Las causas de fracaso terapéutico son: a) paciente portador crónico de *S. pyogenes* con faringitis intercurrente; b) incumplimiento terapéutico (es la causa más frecuente); c) reinfección por cepa distinta; d) alteración de la absorción del fármaco y baja penetración en el tejido amigdalar, y e) prescripción inadecuada. Otras causas más controvertidas son: a) la tolerancia del estreptococo a la penicilina; b) la inactivación *in situ* de la penicilina por flora nasofaríngea



**Fig. 1.** Algoritmo de decisiones ante un paciente con faringoamigdalitis.

\*Ante cuadros muy floridos se suele aconsejar inicio precoz.

\*\*Si se decide iniciar el tratamiento de forma precoz y posteriormente el cultivo es negativo, se debe suspender el tratamiento antibiótico.

normal, que produce beta-lactamasas; c) la alteración del ecosistema bacteriano por los tratamientos con antibióticos (por ejemplo, el *S. viridans* inhibe el crecimiento del *S. pyogenes* mediante sustancias bactericidas), y d) supresión de la inmunidad por el tratamiento precoz (se ha observado que si se comienza el tratamiento antibiótico en las primeras 72 horas, se podría suprimir la respuesta inmunitaria de formación de anticuerpos).

En caso de fracaso, si se sospecha incumplimiento terapéutico, el tratamiento de elección sería la penicilina benzatina intramuscular. En las faringoamigdalitis recurrentes se ha demostrado la eficacia de las siguientes combinaciones

antibióticas: penicilina con metronidazol, penicilina con rifampicina, eritromicina con cefadroxilo, amoxicilina-clavulánico y clindamicina con telicromicina.

### Tratamiento quirúrgico

Las únicas indicaciones absolutas de amigdalectomía no se deben a causa infecciosa, sino a patología tumoral y a la obstrucción de la vía aérea superior causante de apnea obstructiva del sueño. En el resto de los casos (fracaso terapéutico, cuadros recurrentes de faringitis estreptocócica, absceso pe-

TABLA 1

**Tratamiento antibiótico de la faringoamigdalitis por *S. pyogenes***

Antibiótico	Posología	Duración
Penicilina V	250 mg(400.000 U)/12 horas en niños 500 mg/12 horas en adultos	10 días
Penicilina benzatina	600.000 U < 25 kg IM 1200.000 > 25 kg IM	Dosis única
Amoxicilina	50 mg/kg/día en niños 0,5-1 g/día en adultos	10 días
Amoxicilina-clavulánico	10-40 mg/kg/día en 3 dosis en niños 500/125 mg/8 horas en adultos	10 días
Cefadroxilo	30 mg/kg/día en dos dosis 0,5-1 g/12 horas en adultos	10 días
Cefuroxima axetil	20 mg/kg/día en dos dosis 500 mg/8 horas en adultos	5 días
Cefpodoxima proxetil	10 mg/kg/día en dos dosis	10 días
Eritromicina	Escolato de eritromicina 20-40 mg/kg/día en 2-4 dosis Etilsuccinato 40 mg/kg/día en 2-4 dosis	10 días 10 días
Azitromicina	10-12 mg/kg/día 500 mg/día en adultos	3 días
Claritromicina	15 mg/kg/día en dos dosis	10 días
Telicromicina	800 mg en una dosis (sólo en mayores de 12 años)	5 días
Clindamicina	20-30 mg/kg/día en 3 dosis 150-300 mg/8 horas	10 días

IM: intramuscular.

riamigdalino, casos de amigdalitis caseosa resistente al tratamiento) las indicaciones son relativas.

## Tratamiento de los portadores crónicos

Los portadores crónicos son pacientes asintomáticos con cultivo positivo, o sintomáticos y con cultivo positivo, pero que no desarrollan la respuesta inmunitaria. En muchas ocasiones es muy difícil distinguir si un paciente con faringoamigdalitis y cultivo padece realmente una infección estreptocócica o si se trata de un portador crónico que padece una infección vírica.

El portador crónico no es una fuente de diseminación, ni tampoco es un factor de riesgo para desarrollar fiebre reumática. Sólo se recomienda tratamiento a estos pacientes en las siguientes situaciones: a) historia familiar de fiebre reumática; b) durante brotes de fiebre reumática o de glomerulonefritis postestreptocócica en un grupo o comunidad; c) situación familiar de faringitis estreptocócica con contagio intrafamiliar en "ping-pong"; d) ansiedad familiar excesiva y e) en caso de brotes de faringitis estreptocócica en la comunidad o familia.

Se suele tratar con clindamicina durante 10 días, o rifampicina durante 4 días y una inyección de penicilina benzatina, o rifampicina oral durante los últimos 4 días de un ciclo de fenoximetilpenicilina de cinco días.

## Bibliografía recomendada

● Importante ●● Muy importante

- ✓ Metaanálisis
- ✓ Ensayo clínico controlado
- ✓ Epidemiología

- ✓ ● Bisno AL. Acute Pharyngitis. *N Engl J Med.* 2001; 344:205-21.
- ✓ ●● Cenor C, García-Rodríguez JA, Ramos A, Cervera J, Tomás M, Asensi F, et al. Documento de consenso sobre el tratamiento antimicrobiano de la faringoamigdalitis. *Acta de Otorrinolaringología Española.* 2003;54:369-83.
- ✓ ● Cooper RJ, Hoffman JR, Barlett JG, Besser RE, Gonzales R, Hickner JM, et al. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults: Background. *Ann Intern Med.* 2001;134:509-17.
- ✓ ●● Protocolos Cínicos de la SEMIC. Infecciones de las vías aéreas superiores. Disponible en: <http://www.seimc.org/protocolos/clinicos/>
- ✓ ● Show V, Mottur-Pilson C, Cooper RJ, Hoffman JR. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults. *Ann Intern Med.* 2001; 134:506-8.