

Amigdalitis aguda estreptocócica en niños y adolescentes: enfrentamiento diagnóstico en atención primaria.

Autor: Dra. Sandra Gallardo A. Residente Medicina Familiar PUC.
Editor: Dra. Pamela Rojas G. Docente Departamento Medicina Familiar PUC.

Fecha 24/07/2018

Resumen portada

Las faringoamigdalitis agudas estreptocócicas siguen siendo un desafío diagnóstico para el médico de atención primaria. En este artículo abordaremos cómo enfrentar clínicamente a los pacientes pediátricos que consultan por odinofagia en un contexto ambulatorio.

Palabras claves: faringoamigdalitis/ amigdalitis en niños, estreptococos pyogenes, epidemiología, diagnóstico clínico, medicina familiar, atención primaria.

INTRODUCCIÓN

La amigdalitis aguda es una patología común y el 80% se diagnostica en la atención primaria de salud (APS)¹. Es una causa importante de ausentismo escolar, y con frecuencia genera ansiedad en los padres, sobretodo en relación con la necesidad iniciar tratamiento antibiótico. Al respecto, uno de los principales desafíos frente a un paciente que consulta por una amigdalitis es diferenciar cuándo se trata de un cuadro viral versus uno estreptocócico. Reportes españoles estiman un sobrediagnóstico de amigdalitis estreptocócica de hasta un 90%², lo que se traduce en una utilización inadecuada de antibióticos, sobretodo en lactantes y menores de 3 años.

En este artículo abordaremos aspectos prácticos en el enfrentamiento de un paciente pediátrico que consulta por odinofagia en la APS. Para efectos de redacción, utilizaremos indistintamente faringoamigdalitis o amigdalitis.

EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

La mayoría de las faringoamigdalitis agudas (FAA) son de causa viral; y alrededor de un 5-15% en población adulta y 15-30% en población pediátrica son de etiología bacteriana¹, siendo el *Streptococcus pyogenes* (SP) el principal microorganismo responsable del cuadro clínico y de sus potenciales complicaciones^{1,2}. Este microorganismo se reporta con mayor frecuencia en meses de invierno y comienzo de la primavera, con una portación faríngea cercana al 12% según distintas series^{1,4,5}.

En Chile no hay datos de prevalencia, salvo lo reportado en un estudio de casos y controles publicado el 2008. El reporte, realizado en servicio de urgencia de adultos, policlínico de especialidad de otorrinolaringología y consulta de morbilidad aguda pediátrica en un centro ambulatorio, dio cuenta que en niños consultantes sólo un 17% de las FAA era causada por SP; cifra que se elevaba a un 29% en población de adultos consultantes³, bastante más alta que lo reportado por series internacionales¹.

¿CÓMO ORIENTARSE?

Un enfoque práctico es tener en cuenta que en menores de 3 años la etiología viral es la principal causa de amigdalitis aguda. Entre los 2 y 3 años la prevalencia de estreptococo alcanza un 5-10%, mientras que en los menores de 2 años la cifra se reduce 3-7%; siendo extremadamente raro en menores de 18 meses ^{1,2}

HERRAMIENTAS DIAGNÓSTICAS EN APS

Para diagnosticar la etiología de las FAA, contamos con dos recursos:

- la clínica: principal herramienta, pero con importantes limitaciones
- test microbiológicos: con acceso limitado a ciertos escenarios y recursos

A. CLÍNICA:

La primera herramienta al enfrentarse al paciente con amigdalitis aguda es **la edad**, pues como vimos, a menor edad menor probabilidad de una etiología estreptocócica².

Algunos autores han propuesto que **ciertos hallazgos clínicos**, tales como el exantema escarlatiniforme, presencia de petequias en el paladar, exudado faríngeo, vómitos y adenopatía cervical anterior, podrían orientar a una etiología estreptocócica, y han hecho esfuerzos por agruparlos en algunos protocolos que faciliten la decisión de tratamiento, tales Score de Centor, y el score de McIsaac, modificado para pacientes pediátricos. La evidencia muestra que su uso, no logra aumentar en forma aislada ni combinada, la probabilidad de etiología estreptocócica a más de un 50%^{1,6}, lo que lo convierte en una herramienta poco útil para un diagnóstico definitivo.

A la fecha se han seguido diseñando escalas que apuntan a facilitar la decisión diagnóstica y optimizar el tratamiento antibiótico, sobretodo para países de menores recursos y en los cuales la fiebre reumática es más prevalente^{8,9,10}. Si bien algunas escalas han mostrado reducir la utilización de antibióticos hasta en un 30%, sin empeorar otros resultados clínicos⁸, no pueden ser ampliamente recomendados pues tienen especificidad y sensibilidad variable y se aplican en ambientes específicos de países de bajos ingresos.

B. LABORATORIO MICROBIOLÓGICO

El cultivo faríngeo es el gold standard para el diagnóstico del SP, con una sensibilidad de 90-95% y especificidad del 100%², presentando como desventaja el que los resultados demoran alrededor de 48 hrs. Como alternativa existen los test rápidos que detectan los carbohidratos de la pared celular de la bacteria, cuyos resultados están en unas horas y presentan una sensibilidad de 79-90% y especificidad de 95-97%². Cabe señalar que ninguno de ellos distingue la infección aguda de un paciente de quien sólo porta el estreptococo^{1,2,4,5}. En Chile disponemos ampliamente del cultivo, y contamos con test rápidos limitados al ámbito hospitalario y al uso ambulatorio en un contexto privado, siendo costeados por el paciente según su sistema previsional.

Acorde a las recomendaciones de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América (IDSA), actualizadas el 2012, se debiera realizar un test rápido para estreptococos y/o cultivo faríngeo a todos los pacientes en quienes se sospeche la etiología bacteriana, excepto cuando hayan manifestaciones clínicas virales, tales como: rinorrea, tos, úlceras orales y/o disfonía⁴. En este caso, aunque el test resulte positivo, el paciente debería considerarse como portador crónico con un cuadro agudo viral^{1,4} y realizar seguimiento clínico^{4,7}. En el caso de un test rápido negativo (sin clínica viral), se sugiere complementarlo con un cultivo⁴, categorizado como recomendación fuerte, basada en evidencia de buena calidad (GRADE fuerte, alto).

Es importante señalar que, en caso de disponer sólo de cultivo, el factor tiempo en la obtención del resultado microbiológico no debería ser una limitante, pues la evidencia muestra que el uso de antibióticos de forma diferida, 48-72 hrs, no aumenta las complicaciones^{2,11}. Para el caso específico de la fiebre reumática se ha mostrado que postergar el inicio de antibióticos hasta dentro de 9 días, no aumenta su riesgo de presentación^{12,13}.

CONCLUSIONES

Los síntomas y signos, al igual que las escalas clínicas, no son suficientes por sí solos para realizar el diagnóstico definitivo de FAA por SP, por lo que se debe realizar estudio microbiológico en todos los casos que se sospeche esta etiología. La edad y la presencia de manifestaciones virales, pueden ayudar a direccionar el estudio.

Ante dudas diagnósticas, imposibilidad de realizar el estudio microbiológico o ante la espera de los resultados del mismo, es seguro realizar un seguimiento clínico, con tratamiento sintomático; educar a los cuidadores sobre los signos de alarma y cuándo reconsultar; y tener en cuenta los diagnósticos diferenciales. Se sugiere desarraigar la costumbre de iniciar tratamiento antibiótico empírico.

REFERENCIAS

1. Kalra, M.; Higgins, K.; Perez, E. Common Questions About Streptococcal Pharyngitis. *Am Fam Physician*. 2016;94(1):24-31
2. García, S.; Pérez, S. Infecciones del tracto respiratorio superior en el niño. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. 2015.
3. Castillo, M.; Morales, V.; Fonseca, X.; et al. Ausencia de correlación de variables clínicas con estudio etiológico en faringoamigdalitis aguda: Estudio prospectivo de casos y controles. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* 2008; 68: 7-15
4. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2012; 55(10):e91.
5. Oliver, J., Malliya Wadu, E., Pierse, N., Moreland, N. J., Williamson, D. A., & Baker, M. G. (2018). Group A Streptococcus pharyngitis and pharyngeal carriage: A meta-analysis. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 12(3), e0006335. <http://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006335>
6. Shaikh, N.; Swaminathan, N.; Hooper, E. Accuracy and Precision of the Signs and Symptoms of Streptococcal Pharyngitis in Children: A Systematic Review. *J. Pediatr* 2012; 160 (3):487- 493.
7. Shapiro DJ, Lindgren CE, Neuman MI, et al. Viral Features and Testing for Streptococcal Pharyngitis. *Pediatrics*. 2017;139(5):e20163403
8. Ebell, M. Diagnosis of Streptococcal Pharyngitis. *Am Fam Physician*. 2014;89(12):976-977
9. Steinhoff, M.; Walker, C.; Rimoin, A.; Hamza, H. A clinical decision rule for management of streptococcal pharyngitis in low-resource settings. *Acta Paediatr*. 2005; 94(8):1038-1042.
10. Joachim, L.; Campos, D.; Smeesters, P. Pragmatic scoring system for pharyngitis in low-resource settings. *Pediatrics*. 2010; 126(3):e608-e614.
11. Spurling GKP, Del Mar CB, Dooley L, Foxlee R, Farley R. Delayed antibiotic prescriptions for respiratory infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 9. Art. No.: CD004417. DOI: 10.1002/14651858.CD004417.pub5
12. Gereige, R.; Cunill- De Sautu, B. Throat Infections. *Pediatrics in Review*, 2011. Vol.32 (11) 459-468.
13. Gerber, M.; Chair, R.; Baltimore, C.; et al. Prevention of Rheumatic Fever and Diagnosis and Treatment of Acute Streptococcal Pharyngitis. *Circulation*. 2009;119:1541-1551