

FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: Recomendaciones en relación al uso de corticoides sistémicos como tratamiento sintomático

Autora: Dra. Marcela Velásquez Beltrán, Residente de Medicina Familiar UC.

Editora: Dra. Pamela Rojas G., Docente de Medicina Familiar UC.

Fecha: noviembre de 2021

Portada: La faringoamigdalitis aguda estreptocócica es un cuadro altamente prevalente en atención primaria, y para el cual hay diversos fármacos que ayudan a su manejo sintomático. En este artículo revisaremos la evidencia en relación al uso de los corticoides sistémicos para esos fines, en población infantojuvenil.

Palabras clave: odinofagia, faringoamigdalitis aguda, faringoamigdalitis estreptocócica, coadyuvante, tratamiento, APS, Medicina Familiar.

INTRODUCCIÓN

En pediatría la mayoría de las faringoamigdalitis agudas (FAA) son de causa viral, sin embargo, la literatura internacional sugiere entre un 15% a 30% de etiología bacteriana, siendo *Streptococcus pyogenes* (SP) el microorganismo que históricamente ha sido reconocido como el principal responsable del cuadro clínico y de sus potenciales complicaciones (1, 2).

Dentro de los tratamientos farmacológicos disponibles para el manejo sintomático de estas condiciones encontramos el paracetamol, los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y un fármaco no siempre recomendado en las guías clínicas: corticoides sistémicos.

¿ES EFECTIVO EL USO DE CORTICOIDES SISTÉMICOS PARA ODINOFAGIA EN LA FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA?

En niños con faringoamigdalitis aguda estreptocócica, las guías nacionales e internacionales sugieren (3)

- Usar paracetamol o algún antiinflamatorio no esterooidal (AINE) para el tratamiento de síntomas moderados a graves o el control de fiebre (recomendación fuerte, alta calidad de evidencia),
- Evitar la aspirina en los niños (recomendación fuerte, moderada calidad de la evidencia) dado el riesgo síndrome de Reye
- No recomiendan la terapia complementaria con un corticosteroide. Esta recomendación, sin embargo, está calificada como débil, con moderada calidad de la evidencia.

¿QUÉ DICE HOY LA EVIDENCIA SOBRE EL USO DE CORTICOIDES SISTÉMICOS?

Una revisión sistemática de Cochrane Library, publicada en 2020, analizó la evidencia disponible y evaluó el beneficio clínico y la seguridad del uso de corticosteroides para reducir la odinofagia en adultos y niños (4).

Esta revisión seleccionó e incluyó ensayos controlados aleatorios (ECA) que compararon el efecto de corticoides versus placebo o la atención estándar en adultos y niños (mayores de tres años) con odinofagia. Se excluyeron los estudios de participantes hospitalizados, aquellos con mononucleosis infecciosa, odinofagia posterior a amigdalectomía o intubación, o con un absceso periamigdalino.

En relación a los resultados, la revisión reporta que además de cualquier efecto de los antibióticos y la analgesia, los corticosteroides aumentaron la probabilidad de una **resolución completa del dolor**:

- **a las 24 horas en 2,40 veces** (RR = 2,4; intervalo de confianza (IC) del 95%: 1,29 a 4,47; P = 0,006; I² = 67%; evidencia de certeza alta).
- **a las 48 horas en 1,5 veces** (CR 1,50; IC del 95%: 1,27 a 1,76; P <0,001; I² = 0%; evidencia de certeza alta).

A las **24 horas**, el dolor (evaluado mediante escalas analógicas visuales) se **redujo en un 10,6% adicional** con los corticosteroides (evidencia de certeza moderada) (4).

En cuanto a los estudios primarios enfocados en población pediátrica, se incluyeron tres estudios aleatorizados y controlados que como resultado primario buscaron la resolución o mejoría del dolor y el tiempo que transcurrió entre la administración del corticoide hasta la resolución o mejoría del dolor.

- El primer estudio publicado en 2003 “Dexametasona oral para el tratamiento del dolor en niños con faringitis aguda: ensayo aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo” (5) fue realizado en un departamento de urgencias en Canadá. Se realizó el seguimiento durante 1 mes de 184 niños (92 niños en grupo control y 92 niños en grupo intervención) de edades entre 5 y 16 años que presentaban eritema faríngeo hace 48 horas y odinofagia. La intervención realizada fue la administración de Dexametasona 0,6 mg/kg por vía oral (máximo de 10 mg) o placebo por vía oral. Los resultados mostraron que los pacientes intervenido, tuvieron un alivio del dolor a las 5,5 horas versus el grupo que recibió el placebo, quienes mejoraron a las 11 horas, siendo esta una diferencia no clínicamente significativa.
- El segundo estudio incluido en la revisión, es del año 2005, titulado “Eficacia de la dexametasona oral en el tratamiento de la faringitis moderada a grave” (6) se realizó en un departamento de urgencias en Estados Unidos. Los pacientes fueron seguidos hasta la resolución del dolor (87 horas). La intervención se realizó en 150 niños (75 en cada grupo) de 5 a 18 años con odinofagia, eritema o edema faríngeo moderado a grave según lo determine el médico evaluador. Al grupo intervenido se le administró dexametasona 0.6 mg/kg vía oral una vez. En este estudio, los resultados muestran un alivio del dolor a las 9,2 horas (IC 95%, 0,5-10,8 hrs.) versus el grupo placebo que tuvo una mejoría a las 18.2 horas, por lo que concluyen que los niños con faringoamigdalitis que recibieron corticoides se beneficiaron del uso de dexametasona oral, ya que los resultados muestran una diferencia estadísticamente significativa.
- Por último, el tercer estudio incluido en la revisión de Cochrane es un estudio publicado en 2006 titulado “Un estudio piloto de 1 versus 3 días de dexametasona como terapia complementaria en niños con faringitis estreptocócica” (7) realizado en un servicio de urgencias en Estados Unidos. Este estudio incluye 90 participantes (45 en el grupo intervención y 45 en el grupo placebo) de 4 a 21 años con una prueba de antígeno estreptocócico directo positiva seguidos por 5 días. La intervención realizada fue la administración de Dexametasona 0,6 mg/kg/día por vía oral durante 1 o 3 días versus

placebo oral. Los resultados muestran que el alivio del dolor inicia 1 día antes en el grupo intervenido (alivio a las 24 hrs. versus a las 48 hrs. en el grupo placebo). Los autores concluyen que los niños del grupo control probablemente convalezcan más rápido que aquellos que no recibieron corticoides.

DISCUSION

Los estudios demuestran que administrar corticoides orales o intramusculares, además de los antibióticos, aumenta la probabilidad de resolución y mejoría del dolor en los pacientes con faringoamigdalitis. No se informaron mayores efectos adversos para los participantes de las intervenciones, sin embargo, es necesario seguir investigando los beneficios y potenciales riesgos de los ciclos breves de corticosteroides para tomar decisiones clínicas adecuadas al indicar esta terapia en niños.

A pesar de que los estudios no indican una dosis estandarizada, la mayoría utilizó la dosis habitual de dexametasona para otras patologías respiratorias agudas (0,6 mg/kg vía oral por 1 vez), por lo que esta misma dosis podría extrapolarse como terapia coadyuvante en faringoamigdalitis.

En conclusión, en faringoamigdalitis aguda estreptocócica, utilizar dosis habituales de corticoides por vía oral, podría disminuir el tiempo de alivio del dolor, la resolución completa de odinofagia y son seguros en niños inmunocompetentes.

Si bien sólo se incluyeron ensayos aleatorios, doble ciego y controlados con placebo, en varios casos los ensayos no especificaron sus métodos de asignación al azar u ocultamiento, además existe una heterogeneidad significativa, dando como resultado una certeza de la evidencia GRADE de moderada calidad para la mayoría de los estudios analizados.

REFERENCIAS:

1. Pávez, Daniela, Pérez, Regina, Cofré, José, & Rodríguez, Jaime. (2019). Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento etiológico de la faringoamigdalitis aguda estreptocócica en pediatría. Revista chilena de infectología, 36(1), 69-77. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182019000100069>
2. 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
3. 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.
4. Cassan S, Thompson MJ, Perera R, Glasziou PP, Del Mar CB, Heneghan CJ, Hayward G. Corticosteroids as stand-alone or add-on treatment for sore throat. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 5. Art. No.: CD008268.DOI: 10.1002/14651858.CD008268.pub3.
5. Bulloch B, Kabani A, Tenenbein M. Oral dexamethasone for the treatment of pain in children with acute pharyngitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Annals of Emergency Medicine 2003;41(5):601-8.

6. Olympia RP, Khine H, Avner JR. Effectiveness of oral dexamethasone in the treatment of moderate to severe pharyngitis in children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2005;159(3):278-82.
7. Niland ML, Bonsu BK, Nuss KE, Goodman DG. A pilot study of 1 versus 3 days of dexamethasone as add-on therapy in children with streptococcal pharyngitis. *Pediatric Infectious Disease Journal* 2006;25(6):477-81.