

Tipo de Trabajo: Actualización

Faringoamigdalitis aguda de etiología bacteriana. Faringitis estreptocócica Grupo A

Acute tonsillopharyngitis of bacterial etiology. Group A Streptococcus pharyngitis

Dra. Sandra Carrera Fernández (1), Dr. Juan Agustín Rodríguez D'Aquila (2)

Abstract

Acute tonsillopharyngitis is defined as an inflammatory process of the pharynx mucous, usually of an infection origin (viral o bacterial), with presence of an acute febrile estate.

In our country, most childhood tonsillopharynx diseases are of viral etiology, therefore, the evolution and their prognosis are benign.

Group A streptococcus betahemolitic is the most common bacteria in child population, where the diagnosis and treatment need to be put in the first order and clear, as these infections can cause postinfectious nonsuppurative complications such as rheumatic fever, acute glomerulonephritis, and Sydenham's chorea.

An update is made of pathology, epidemiology, clinical and treatment.

Key words: tonsillopharyngitis, Group A Streptococcus, odyndphagia, tonsillar abscess, rheumatic fever, acute glomerulonephritis.

Resumen

La faringoamigdalitis (FA) aguda es un proceso infeccioso, de origen viral o bacteriano, que cursa con odinofagia y estado febril.

En nuestro país la causa más frecuente de faringitis aguda en pediatría es la de viral, con evolución y pronóstico favorable.

El estreptococo beta hemolítico Grupo A (EbhGA) es la causa bacteriana más frecuente en la población infantil, donde se deben jerarquizar estrategias de diagnóstico y tratamiento específico para evitar las complicaciones no supurativas, como la fiebre reumática, la glomerulonefritis aguda y la corea de Sydenham.

Se realiza una actualización de la patología respecto a su epidemiología, clínica y tratamiento.

Palabras clave: faringoamigdalitis, estreptococo betahemolítico Grupo A, odinofagia, absceso amigdalino, fiebre reumática, glomerulonefritis.

Se define a la faringoamigdalitis aguda (FA) como un proceso inflamatorio de la mucosa faringoamigdalina, habitualmente de origen infeccioso (viral o bacteriano), de presentación y estado febril agudo.

La clasificación más utilizada de las faringoamigdalitis tiene en cuenta el aspecto de la orofaringe en el examen clínico, pero no la etiología. Se divide en faringoamigdalitis eritematosas y eritematopultáceas, y otras de presentación más esporádica como las pseudomembranosas, ulcerosas o ulceronecroticas, vesiculosas, etc. Son las dos primeras las más frecuentes (aproximadamente el 90%).

En nuestro país, la mayoría de las patologías faringoamigdalinas en la niñez son de etiología viral, por lo tanto, la evolución y su pronóstico son benignos.

Las faringoamigdalitis bacterianas más frecuentes son las causadas por *Streptococcus beta hemolítico Grupo A* (EbhGA).

Es de importancia en la población pediátrica que las estrategias de diagnóstico y tratamiento estén claras, ya que estas infecciones pueden acarrear complicaciones postinfecciosas no supurativas como la fiebre reumática (FR), la glomerulonefritis aguda (GNA) y la corea de Sydenham.

Etiología y epidemiología

La mayoría de las infecciones FA en la infancia son de origen viral y se suceden en los meses más

Otorrinolaringóloga. OIR, Bartolomé Mitre 122, Ramos Mejía, Prov. de Buenos Aires, CP 1704.

Otorrinolaringólogo. OIR, Bartolomé Mitre 122, Ramos Mejía, Prov. de Buenos Aires, CP 1704.

fríos, siendo los más importantes el rinovirus, el adenovirus, Epstein Barr, coxsackie A, gripe, coronavirus, parainfluenza, citomegalovirus, herpes simple 1 y 2, etc.

El EbhGA es el agente que más comúnmente produce faringitis. Los distintos estreptococos se clasifican en serogrupos de acuerdo con el carbohidrato C (grupo A, B, C, G, etc.) y la proteína M.

La proteína M es considerada un factor de virulencia que se puede observar en las formas invasivas

Existen más de 80 tipos de proteína M del EbhGA inmunológicamente distintos, la mayoría de los cuales puede causar fiebre reumática; 12 de ellos se asocian con glomerulonefritis aguda.

La infección por EbhGA es más frecuente en época invernal y primavera, afectando a niños entre 3 y 18 años.

La transmisión bacteriana se ve favorecida por la escolarización precoz, el contacto cercano en los colegios o las instituciones cerradas.

El riesgo de contagiar está vinculado en forma directa con el número de microorganismos presentes en el tracto respiratorio superior.

El EbhGA es causa del 15 al 20% de los casos de FA aguda entre los 5 y 15 años. Esta incidencia puede aumentar cuando hay presencia de escarlatina en la comunidad y el aislamiento alcanza el 30%.

El EbhGA no es flora habitual y si no se trata con antibióticos el contagio sucede en la etapa aguda y una semana más tarde, descendiendo a medida que pasan los días.

La infección es autolimitada pero existe riesgo de aparición de las complicaciones supurativas.

Clínica

La exploración física no es determinante para el diagnóstico de FA por EbhGA, ya que los síntomas de odinofagia, exudado, rinorrea, pueden presentarse con otras infecciones. También la expresión clínica varía según la edad del paciente, pero el hallazgo de los signos y los síntomas que se indican son importantes para la identificación de la infección.

El período de incubación de la FA por EbhGA es de 2 a 5 días.

Síntomas:

- Odinofagia.
- Síndrome febril.
- Inicio brusco.
- Mialgias.

- Vómitos.

- Cefalea.

Signos:

- Edema y eritema faríngeo.
- Amígdalas con exudado pultáceo.
- Petequias en paladar y faringe posterior.
- Adenopatías dolorosas.
- Aliento fétido.

Los niños menores de 3 años pueden presentar síntomas más difusos, que son difíciles de distinguir de faringitis virales.

Diagnóstico

El diagnóstico para documentar la presencia de EbhGA es el cultivo de exudado de fauces.

Se indica en los cuadros de FA teniendo en cuenta la edad del paciente, los signos y los síntomas, la estación del año, la epidemiología familiar y la de la comunidad.

El diagnóstico etiológico de FA por EbhGA es confirmado mediante pruebas antigénicas rápidas y cultivo previo al tratamiento.

Es importante la identificación epidemiológica y una completa información clínica para confirmar la infección.

La prueba de detección antigénica rápida permite identificar el carbohidrato de la pared celular del EbhGA de muestra obtenida de la amígdala y la pared posterior de la faringe.

El cultivo de fauces para el diagnóstico de infección por EbhGA presenta una sensibilidad del cultivo del 90/95% y la especificidad es del 99%.

El examen serológico para determinar el aumento de anticuerpos ASTO, preferentemente combinada con anticuerpo anti DNAasa B, no se realiza en forma rutinaria, ya que no posee valor para la identificación inmediata del patógeno. El aumento superior a 300 U sólo indica que el niño estuvo expuesto a una infección por EbhGA en los últimos meses.

Sí, el estudio serológico tiene relevancia para evaluar las secuelas no supurativas tras una FA, o portación crónica, pero no supone el aumento serológico, riesgo de padecer fiebre reumática o glomerulonefritis.

Complicaciones

Las complicaciones supurativas locales por extensión a zonas adyacentes son:

- Absceso periamigdalino.
- Absceso retrofaríngeo.
- Adenitis purulenta.
- Mastoiditis.
- Sinusitis.
- Otitis media.

Las complicaciones no supurativas son:

- Fiebre reumática.
- Glomerulonefritis.
- Artritis.

La fiebre reumática es rara en los países desarrollados y tendría relación con predisposición genética o cepa reumatogénica circulante.

Tratamiento

El tratamiento de elección en niños es la penicilina.

- Fenoximetilpenicilina potásica vía oral durante 10 días.
Menores de 12 años: 250 mg cada 12 hs.
Mayores de 12 años: 500 mg cada 12 hs.
- Penicilina G benzatina Intramuscular:
Menores de 12 años: 600.000 U.
Mayores de 12 años: 1.200.000 U.
- Amoxicilina durante 10 días.
40/50 mg/k/día cada 12 hs.

Niños alérgicos a la penicilina:

- Cefadroxilo: 30 mg /k/d cada 12 hs / 10 días.
- Eritromicina: 30/40 mg/k/d cada 12 hs / 10 días.
- Azitromicina: 10 mg/k/d 6 días.
- Claritromicina: 10 mg/k/d cada 12 hs / 10 días.

El tratamiento con antibiótico ofrece:

- Mejoría clínica rápida entre las primeras 48 y 72 horas.

- Previene complicaciones supurativas.
- Reduce en tiempo de contagio.
- Evita secuelas no supurativas.

Portación de EbhGA

La mayoría de los niños en las primeras 48 horas responde al tratamiento médico y los cultivos posteriores al tratamiento se negativizan en los siguientes 10 días.

Un fracaso en el tratamiento es la persistencia del serotipo emm específico de el EbhGA que no puede ser erradicado en niños asintomáticos que cumplieron el tratamiento.

Las causas no están claras y podrían ser:

- 1) Protección del EbhGA por la flora bacteriana habitual.
- 2) Tolerancia del EbhGA a la penicilina.
- 3) Ausencia de flora habitual que actúe de manera inhibitoria.
- 4) Formación de biofilms.

Durante la etapa de convalecencia de la FA las cepas tienden a perder su virulencia y los niños se convierten en portadores durante meses.

Las opciones de tratamiento son:

1. Amoxicilina clavulánico 40 mg/kg/d cada 8 horas / 10 días.
2. Azitromicina: 12 mg/kg/d / 5 días.
3. Clindamicina: 20 mg/kg/d cada 8 hs / 10 días.
4. Cefadroxilo: 30 mg/kg/d cada 12 hs / 10 días.
5. Penicilina G benzatina 600.000 U menores de 12 años IM.
1.200.000 U mayores de 12 años IM

Bibliografía

1. Alberta Clinical Practice Guideline Working Group. *Guideline for the diagnosis and management of acute pharyngitis. Canadá, 2008 update.*
2. University of Michigan Health System. *Guidelines for Clinical Care. Pharyngitis. October 2006.*
3. Ramírez Villaseñor I. *Uso de antimicrobianos en infecciones agudas de vías respiratorias altas. Rev Med IMSS 2005; 43 (3): 247-55.*
4. Nobbs AH, Lamont RJ, Jenkinson HF. *Streptococcus adherence and colonization. Microbiol Mol Biol Rev 2009; 73 (3): 407-50.*
5. Pichichero M. *Clinical management of streptococcal pharyngitis. Professional Communications, USA, 2007.*
6. Alvez González F, Sánchez JM: *Faringoamigdalitis. Protocolo de Infectología. Asociación Española de Pediatría, Sociedad Española de Infectología Pediátrica, España, 2009.*
7. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, "Anginas agudas", D Ayache, S Foulquier, M Cohen, P Elbaz – E – 20-500-A-10.*