

TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS RESISTENCIAS BACTERIANAS

Ramón Ugarte
Pediatra
Centro de Salud Olaguibel
rugarte@gmail.com



La faringoamigdalitis es uno de los motivos más frecuentes de consulta en Pediatría. Se estima que generan unas 140 consultas/año por cupo pediátrico. La etiología más frecuente es la vírica, responsable de no menos del 67% de las faringoamigdalitis¹. No obstante, más del 60% de ellas son tratadas con antibióticos².

El agente causal que crea más inquietud y controversia es el estreptococo beta hemolítico del grupo A (SGA) por las complicaciones no supurativas que puede ocasionar.

La clínica de la infección aguda por SGA suele consistir en fiebre, odinofagia y malestar. Todos estos síntomas son fácilmente tratables con analgésicos. En algunos casos, el tratamiento antibiótico precoz iniciado en las primeras 48 horas de fiebre, parece que es útil en acotar la duración de estos síntomas. En contra del tratamiento precoz está el hecho de que no es posible asegurar ningún diagnóstico preciso de faringoamigdalitis por SGA en base a parámetros clínicos recogidos en escalas diagnósticas³ y que el diagnóstico de certeza solo se establece mediante cultivo, haciendo que el tratamiento precoz no esté del todo justificado, incluso cuando se utilizan test rápidos para el diagnóstico de estreptococo. Las complicaciones supurativas como es el absceso periamigdalario o las otitis medias son raras (menos del uno por ciento) y la prevención de estas complicaciones no justificarían por sí mismas el uso de antibióticos. Por otra parte, un tratamiento antibacteriano precoz dificultaría la formación de anticuerpos específicos y por tanto facilitaría recidivas.

La razón más importante para el tratamiento antibiótico de las SGA ha sido la prevención de complicaciones no supurativas como la fiebre reumática. Otras complicaciones de esta índole como la glomerulonefritis postestreptocócica, PANDAS o narcolepsia no se ha demostrado que se puedan prevenir mediante antibioterapia. La fiebre reumática es una complicación que ha ido disminuyendo su prevalencia a lo largo del siglo XX, incluso antes de la utilización de la penicilina, y la mayoría de los casos se dan en contextos higiénicos y socioeconómicos desfavorables. Todos los estudios realizados en el siglo XX de prevención de fiebre reumática se ha realizado con penicilina benzatina intramuscular y no hay datos con otras galénicas de penicilina o derivados. No se han documentado resistencias antibióticas del SGA a la penicilina y las concentraciones inhibitorias mínimas son muy bajas por lo que la sensibilidad del SGA a la penicilina es muy alta.

Todas estas circunstancias han dado lugar a una gran controversia sobre si se deben usar antibióticos o no para el tratamiento de la faringoamigdalitis por SGA. Las ventajas de no tratar con antibióticos es disminuir el riesgo de resistencias bacteriana, posibilitar la generación de anticuerpos específicos y disminuir el riesgo de recidivas, evitar reacciones alérgicas, no alterar la microbiota y disminuir el coste económico. A favor del tratamiento antibiótico está la

posibilidad de disminuir las complicaciones no supurativas (exclusivamente la fiebre reumática) y supurativas (raras), acortar la clínica si se trata precozmente y, eventualmente, disminuir el contagio en la comunidad.

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) han ido variando sus recomendaciones en los últimos años demostrando una gran disparidad. La GPC escocesa (SIGN) lleva más de una década recomendando no dar antibioterapia para el tratamiento de los síntomas agudos (recomendación A) ni para la prevención de la fiebre reumática y la glomerulonefritis postestreptocócica (recomendación C)⁴. Además de las GPC británicas, la GPC alemana, belga y holandesa se pronuncian por una postura de no antibioterapia. Por el contrario, las GPC de Norteamérica (Estados Unidos⁵ y Canadá⁶), España⁷, Francia, Polonia y Finlandia recomiendan el uso de penicilina, preferentemente, o amoxicilina, no recomendado el empleo de amoxicilina-clavulánico. Otros países como Australia y Nueva Zelanda recomiendan el tratamiento antibiótico en casos seleccionados, considerando circunstancias socioeconómicas y la pertenencia a población indígena.

La Guía ABE⁸ recomienda penicilina oral y amoxicilina como alternativa y en los casos de alergia a penicilina recurrir a un macrólido (azitromicina, eritromicina) y como alternativa a clindamicina y claritromicina o cefalosporinas (cefadroxilo o cefalexina).

Bibliografía.

1. Danchin MH, Rogers S, Kelpie L, Selvaraj G, Curtis N, Carlin JB, Nolan TM, Carapetis JR. Burden of Acute Sore Throat and Group A Streptococcal Pharyngitis in School-aged Children and Their Families in Australia. *Pediatrics* 2007;120:950-7
2. McCaig LF, Besser RE, Hughes JM. Trends in antimicrobial prescribing rates for children and adolescents. *JAMA* 2002 Jun 19;287(23):3096-102.
3. Le Marechal F, Martinot A, Duhamel A, Pruvost I, Dubos F. Streptococcal pharyngitis in children: a meta-analysis of clinical decision rules and their clinical variables. *BMJ Open*. 2013 Mar 9;3(3). pii: e001482. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001482.
4. SIGN Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of sore throat and indications for tonsillectomy. A national clinical guideline. Published April 2010. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign117.pdf>
5. American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases. Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 28th ed. Elk Grove Village, Ill: American Academy of Pediatrics; 2009.
6. British Columbia Ministry of Science. Sore throat-diagnosis and management. http://www.bcguidelines.ca/gpac/guideline_throat.html.
7. Piñeiro Pérez R, Hijano Bandera F, Álvez González F, Fernández Landaluce A, Silva Rico JC, Pérez Cánovas C, Calvo Rey C, Cilleruelo Ortega MJ. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. *An Pediatr*.2011;75:342.e1-342.e13
8. Fernández-Cuesta Valcarce MA, Benedicto Subirá C. Faringitis aguda (v.3/2011). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 23-sep-2011; consultado el 10-11-2014]. Disponible en <http://www.guia-abe.es/>