

# GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE FARINGOAMIGDALITIS AGUDA BACTERIANA

Adoptada Asociación Colombiana de Otorrinolaringología  
(ACORL)

## TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. OBJETIVO.....	5
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
3. GRUPO QUE ELABORA LA GUÍA.....	6
3.1 FECHA DE ELABORACIÓN.....	6
3.2 CONFLICTO DE INTERESES.....	6
4. CALIDAD DE LA EVIDENCIA.....	6
4.1 RECOMENDACIONES CON BASE EN LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA.....	6
4.2 CLASIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA ENCONTRADA.....	7
4.3 METODOLOGÍA.....	7
5. ALCANCE.....	9
6. POBLACIÓN.....	9
7. USUARIOS DIANA.....	9
8. RECOMENDACIONES PARA EL DIAGNÓSTICO.....	9
¿Cómo se debe establecer el diagnóstico de la faringoamigdalitis por streptococcus $\beta$ -hemolítico del grupo A?.....	9
¿Quiénes deben ser evaluados para faringoamigdalitis por streptococcus $\beta$ -hemolítico del grupo A?.....	17
9. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO.....	17
¿Cuáles son las recomendaciones del tratamiento antimicrobiano para los pacientes con diagnósticos de faringoamigdalitis por streptococcus $\beta$ -hemolítico del grupo A?.....	17
¿Cuál es el manejo analgésico óptimo en los pacientes con diagnóstico de faringoamigdalitis por streptococcus $\beta$ -hemolítico del grupo A?.....	21

¿Se debe dar tratamiento en los pacientes portadores crónicos por streptococcus  $\beta$ -hemolítico del grupo A?..... 23

¿Cuáles son las indicaciones quirúrgicas en los pacientes con faringitis por streptococcus  $\beta$ -hemolítico del grupo A?..... 24

10. RECOMENDACIONES PARA ABSCESO PERIAMIGDALINO ..... 27

11. ALGORITMO..... 30

12. ESTRATEGIA DE SOCIALIZACIÓN ..... 32

13. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA GUIA ..... 32

14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS ..... 32

15. CONTROL DE CAMBIOS ..... 34

## 1. INTRODUCCIÓN

La faringitis o faringoamigdalitis aguda se define como proceso inflamatorio de la orofaringe y/o nasofaringe, causado por agentes infecciosos virales o bacterianos siendo los agentes virales los principales agentes etiológicos (1, 2), entre los cuales se destacan el adenovirus por ser el agente causal más frecuente y el virus del Epstein Barr que a pesar de tener baja incidencia cerca del 1 -2 % puede llevar a complicaciones fatales como la ruptura esplénica (3). Aproximadamente de un 5 a un 15 % de los pacientes adultos y 20 a 30% de los pacientes pediátricos que cursan con cuadro clínico de odinofagia y disfagia tienen una infección por estreptococo beta-hemolítico del grupo A (EBGA). (2, 4, 5).

La presentación de la faringitis aguda es más frecuente en épocas de lluvia y bajas temperaturas; su edad de presentación se encuentra entre 3-40 años, con mayor incidencia entre los 3 a 24 años, con un cuadro de odinofagia, disfagia, hiperoxia, fiebre, malestar general, edema, eritema y placas en amígdalas palatinas con pocas diferencias entre la faringitis aguda viral y bacteriana (6). El diagnóstico exacto de la faringoamigdalitis por EBGA seguido de una prescripción antibiótica apropiada es importante para: 1) la prevención de complicaciones no supurativas como la fiebre reumática aguda y supurativas como abscesos periamigdalinos, linfadenitis cervical, mastoiditis y posiblemente otras infecciones invasivas, 2) mejoría clínica y 3) disminución rápida del potencial de contagio (4).

La fiebre reumática aguda, es una respuesta autoinmune ante la infección del EBGA, causando una respuesta inflamatoria sistémica que ocurre en ciertos órganos, principalmente el corazón, las articulaciones, el sistema nervioso central y la piel; y la carditis puede causar a largo plazo valvulopatías. El riesgo de desarrollar fiebre reumática es del 3% en condiciones epidémicas, y del 0,3% en endémicas, con una incidencia en Estados Unidos y Europa Oriental de <10 casos por 100.000 habitantes y en Colombia las estadísticas son escasas y no se han hecho estudios epidemiológicos representativos. Existen factores de riesgo ambientales como hacinamiento y la pobreza, e individuales como la edad entre 5 – 15 años y consanguinidad. A pesar de su baja incidencia, persiste siendo la principal causa de cardiopatía adquirida en niños (6).

A pesar de que mundialmente se ha visto una disminución en la prescripción indiscriminada de antibióticos en pacientes con faringoamigdalitis aguda tanto en adultos como en niños, un número no despreciable de pacientes continua recibiendo manejo antibiótico de manera inapropiada, lo que contribuye al aumento de la resistencia bacteriana (4).

## 2. OBJETIVO

La guía está diseñada con el fin de ofrecer al médico una serie de criterios diagnósticos y de tratamiento, para realizar una adecuada evaluación de los pacientes con faringoamigdalitis aguda bacteriana; así establecer un diagnóstico certero y un tratamiento oportuno, mejorar la prescripción de antibióticos en esta patología y evitar complicaciones secundarias a corto y largo plazo.

Se hace énfasis en la clasificación del paciente con faringoamigdalitis, en especial para aquel con diagnóstico de faringoamigdalitis bacteriana por estreptococo beta-hemolítico del grupo A (SBGA), y su enfoque terapéutico basado en la evidencia clínica.

El documento está dirigido a otorrinolaringólogos generales y pediátricos, médicos generales, médicos de urgencias, médicos familiares, pediatras e infectólogos.

### 2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar pautas clínicas y paraclínicas para el diagnóstico acertado de faringoamigdalitis bacteriana aguda.
- Establecer el uso adecuado de antibióticos según el diagnóstico de faringoamigdalitis bacteriana aguda, y así disminuir la prescripción indiscriminada y resistencia a los antibióticos.
- Determinar tratamientos actuales, antibióticos y analgésicos encaminados al tratamiento de la faringoamigdalitis bacteriana aguda.
- Prevenir las complicaciones supurativas y no supurativas de la faringoamigdalitis bacteriana.
- Disminuir el porcentaje de pacientes con etiología viral tratados con antibioticoterapia.
- Reducir la incidencia de fiebre reumática y sus complicaciones.

### 3. GRUPO QUE ELABORA LA GUÍA

En la elaboración, redacción y revisión de ésta guía participaron los doctores: María Claudia Rodríguez Duplat, Ana María Otoyá Tono, Mauricio Puerta Romero. Búsqueda en la literatura y evaluación de guías encontradas por el método AGREE realizadas por ACORL y los doctores María Claudia Rodríguez Duplat, Ana María Otoyá Tono, Mauricio Puerta Romero.

#### 3.1 FECHA DE ELABORACIÓN

Fue elaborada entre julio del 2015 y febrero del 2016, y se sugiere la revisión de esta guía en el segundo semestre del 2021.

#### 3.2 CONFLICTO DE INTERESES

La doctora María Claudia Rodríguez Duplat, no tiene ningún conflicto de interés que declarar; no ha sostenido negociaciones con la industria farmacéutica ni casas comerciales.

Los doctores Ana María Otoyá, y Mauricio Puerta Romero no tiene ningún conflicto de interés que declarar.


El costo de elaboración de la guía fue asumido en parte por la ACORL y el tiempo de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

### 4. CALIDAD DE LA EVIDENCIA

#### 4.1 RECOMENDACIONES CON BASE EN LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA

**GRADO A.** Condiciones para las cuales hay evidencia contundente y definitiva para favorecer la práctica de una intervención.

**GRADO B.** Condiciones para las cuales hay evidencia que sugiere la práctica de una intervención.

	<b>GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE FARINGOAMIGDALITIS AGUDA BACTERIANA</b> <b>Adaptada Sociedad Colombiana de Otorrinolaringología (ACORL)</b>	Código: E-GCC-G-042
		Versión: 002
		Fecha: Junio 2018
		Página: 7 de 34

**GRADO C.** Condiciones para las cuales no hay evidencia clínica suficiente para favorecer o evitar la práctica de una intervención.

**GRADO D.** Condiciones para las cuales hay evidencia que sugiere evitar la práctica de una intervención.

**GRADO E.** Condiciones para las cuales hay evidencia contundente y definitiva para evitar la práctica de una intervención.

#### 4.2 CLASIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA ENCONTRADA

**NIVEL I.** Experimento clínico aleatorizado, con adecuado control de errores, con intervalos de confianza aceptables y/o un metaanálisis de calidad, con estudios homogéneos.

**NIVEL II.** Experimento clínico aleatorizado, sin adecuado control de errores o sin intervalos de confianza aceptables y/o un metaanálisis con estudios heterogéneos o que no sean de alta calidad.

**NIVEL III.** Experimento clínico controlado no aleatorizado ·Estudios de casos y controles o cohortes ·Cohortes con controles históricos o series de tiempo (antes y después)

**NIVEL IV.** Opiniones de autoridades con experiencia clínica no cuantificada, informes de comités de expertos y series de casos.

#### 4.3 METODOLOGÍA

Se realizó una actualización de la guía mediante una metodología mixta de adaptación, elaboración y actualización. Los pasos efectuados para misma fueron:

Conformación del equipo redactor de la guía

- Formulación de preguntas claves de la guía
- Búsqueda de guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas.
- Evaluación de las calidad de las guías de manejo mediante el método AGREE y de las revisiones sistemáticas
- Revisión de las guías y revisiones sistemáticas seleccionadas.

- Análisis de las guías seleccionadas, adaptación del contenido de las mismas dando respuesta a las preguntas planteadas, dando respuesta y nivel de evidencia
- Las preguntas que no encontraron respuesta se realizó una nueva búsqueda de estudios experimentos clínicos, casos y controles o cohorte.
- Se realizó proceso de redacción completo el cual fue revisado por epidemiólogo clínico, pares otorrinolaringólogos.
- Se estableció la actualización de las guías cada cinco años

#### 4.3.1 Revisión de la Literatura

Se realizó una búsqueda de la literatura en las bases de datos Medline, Embase, Lilacs, PubMed y librería Chocrane de los estudios publicados desde el 2009 hasta el 2015, restringiendo la búsqueda a los idiomas español e inglés. Posteriormente se realizó un análisis de calidad de los estudios y se basaron las recomendaciones en revisiones sistemáticas de la literatura y guías publicadas por otras sociedades médicas haciendo uso del método AGRE II. Las principales palabras claves en la búsqueda fueron las siguientes:

- Faringitis o Streptococcus
- Cultivo faríngeo
- Prueba rápida de streptococcus
- Pruebas de anticuerpos para streptococcus

#### 4.3.2 Proceso de Revisión

Evaluación individual de la guía actual con el método AGRE II, posteriormente reunión del grupo y evaluación de las guías disponibles en la literatura hasta la fecha de la revisión y selección de las de mejor calidad haciendo uso de este instrumento para la actualización de la guía previa y respuesta de las preguntas planteadas por los miembros de la ACORL.

La guía se dividirá en secciones, la cual empezara con una pregunta clínica específica, seguido por una serie de recomendaciones y finalmente por un resumen de la evidencia clínica disponible que soporte estas recomendaciones.



## 5. ALCANCE

La guía inicia su aplicación, desde el momento que el paciente ingresa con cuadro sugestivo de amigdalitis, bien sea por urgencias o por consulta externa, y concluye con la atención y definición de una conducta, la cual puede ser direccionamiento a IPS básica, manejo médico o intervención quirúrgica ambulatoria.

## 6. POBLACIÓN

Esta guía aplica para los pacientes que presenten sospecha de faringoamigdalitis, tanto adultos como niños.

## 7. USUARIOS DIANA

La guía está dirigida a otorrinolaringólogos, pediatras, médicos generales, médicos familiares, médicos internistas, médicos en atención prioritaria o de urgencias

## 8. RECOMENDACIONES PARA EL DIAGNÓSTICO

**¿Cómo se debe establecer el diagnóstico de la faringoamigdalitis por streptococcus  $\beta$ -hemolítico del grupo A?**

### Escalas clínicas

Existen ciertas características clínicas que sugieren el streptococcus  $\beta$ -hemolítico del grupo A como agente etiológico de la faringitis aguda, tales como odinofagia de rápida instauración, fiebre, cefalea, náuseas, vómito, dolor abdominal y hallazgos al examen físico como eritema faringoamigdalino con exudados o sin ellos, linfadenitis cervical, edema en la úvula, petequias en el paladar e incluso exantema escarlatiniforme. Sin embargo, ninguno de estos hallazgos es específico para streptococcus  $\beta$ -hemolítico (4, 5).

Los signos y síntomas de la faringitis por  $\beta$ -hemolítico del grupo A y las no estreptocócicas son similares, lo que hace que un diagnóstico certero con base en aspectos clínicos sea generalmente pobre (4).

Múltiples estudios han evaluado escalas de predicción clínica, que incrementen la probabilidad de infección por el streptococcus  $\beta$ -hemolítico del grupo A, como la de McIsaac y FeverPAIN. Sin embargo la más conocida, simple y sencilla de utilizar es la de Centor 1981, la cual utiliza cuatro criterios: Fiebre, exudados faringoamigdalinos, linfadenopatía cervical dolorosa y ausencia de tos. Se suma un punto por cada criterio y el puntaje total es de 0 a 4, con una modificación publicada en el 2004, incluyendo la edad como criterio, sumando un punto si se encuentra entre 3 – 14 años y restando un punto si es mayor de 44 años (Tabla 1). Sin embargo el rendimiento de estos criterios para un diagnóstico certero de infección por streptococcus Pyogenes es pobre en adultos y aún peor en niños (2, 5, 7).

### Ventajas

Fácil aplicación clínica, ayuda a identificar pacientes con alto riesgo de infección por streptococcus  $\beta$ -hemolítico del grupo A.

**Tabla 1: Criterios de Centor modificados y probabilidad de infección por el streptococcus  $\beta$ -hemolítico del grupo A(8).**

Criterios de Centor	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre o historia de fiebre &gt; 38° C</li> <li>• Adenopatías cervicales lateral dolorosa</li> <li>• Ausencia de tos</li> <li>• Edad entre 3 – 14 años</li> <li>• Edad de 14 – 44 años</li> <li>• Edad &gt; 44 años</li> </ul>	
Puntaje por Criterios de Centor	Probabilidad de infección por E $\beta$ GA*
$\geq 4$	51 – 53%
3	28 – 35%
2	11 – 17%
1	5 -10%
Ninguno	1- 2.5%
*E $\beta$ GA, streptococcus $\beta$ -hemolítico del grupo A.	

\*E $\beta$ GA, streptococcus  $\beta$ -hemolítico del grupo A. Adaptado:Choby BA. Diagnosis and treatment of streptococcal pharyngitis. Am Fam Physician. 2009;79(5):383-90.

### Desventaja

Pobre rendimiento clínico y correlación con la presencia de streptococcus  $\beta$ -hemolítico del grupo A en paciente con faringitis, especialmente en niños.

## Recomendaciones (2, 9)

El sistema de estadificación clínica de Centor identifica a pacientes con mayor probabilidad de tener infección por streptococcus  $\beta$ -hemolítico del grupo A (**Recomendación A**). Sin embargo, ninguno de los sistemas actuales es lo suficientemente preciso para identificar infección por este germen. Un puntaje bajo (0-1) en los criterios de Centor puede descartar la presencia de dicha bacteria. (**Grado de evidencia III. Recomendación A**).

## Diagnóstico Diferencial

La faringitis aguda puede ser causada tanto por patógenos virales como bacterianos, pero la mayoría de casos son de etiología viral, alrededor de 70% en niños y hasta el 90% en adultos (1). El E $\beta$ GA es la causa bacteriana más común de faringitis aguda, pero solo un porcentaje relativamente bajo corresponde a esta etiología, a pesar de que esta afección es una de las entidades patológicas que con más frecuencia obligan a consultar en forma prioritaria y al pediatra (1, 3). Se considera que el E $\beta$ GA produce un 15-30% de los casos de faringitis aguda en la población pediátrica, y un 5-10% en adultos (1, 3, 5). Se han identificado otras bacterias causantes de faringitis bacteriana como la E $\beta$ GC, E $\beta$ GG, Arcanobacterium haemolyticum, N. Gonorrhoeae, bacterias anaeróbicas entre otras (4).

La etiología viral puede causar faringitis clínicamente indistinguible de la faringitis por E $\beta$ GA y en estos casos es necesario recurrir a métodos paraclínicos para aclarar su diagnóstico. Sin embargo existen algunas diferencias clínicas que pueden ayudar a diferenciar entre una patología viral o bacteriana (Tabla 2).

**Tabla 2. Diferencias clínicas entre faringoamigdalitis viral o bacteriana (5)**


Características	Viral	Bacteriana
Edad	Menor 4 o mayor 45 años	5 a 15 años
Estación	Variable	Invierno o primavera
Instauración	Gradual	Súbita
Síntomas	Fiebre y odinofagia leve	Fiebre alta y odinofagia severa
Otros síntomas	Tos, conjuntivitis, mialgias, diarrea	Cefalea, náuseas, emesis y eritema
Faringe	Eritematosa, con exudado (65%)	Inflamación severa, con exudados (70%)
Adenopatías	Múltiples y pequeñas	Dolorosas y aumento del tamaño

Cots JM, Alós JI, Bárcena M, Boleda X, Cañada JL, Gómez N, et al. Recommendations for management of acute pharyngitis in adults. Acta Otorrinolaringol Esp. 2015;66(3):159-70.

En la Tabla 3(5), se describen algunas características clínicas de los pacientes con faringoamigdalitis según su agente etiológico, y se debe recalcar la importancia de la mononucleosis infecciosa o “enfermedad del beso”, cuyo agente causal es el virus del Epstein Barr. Aunque las manifestaciones clínicas de la mononucleosis infecciosa puede ser indistinguibles de la infección por EβGA, algunos síntomas y signos clínicos sugieren infección por este agente, como adenopatías cervicales grandes en todas las cadenas ganglionares (incluyendo las posteriores), esplenomegalia y hepatomegalia, y aparición o empeoramiento brusco de obstrucción de la vía aérea. Estos pacientes, por lo general menores de cuatro años. La confirmación diagnóstica se basa en el aumento del conteo de linfocitos y/o monocitos en el hemograma. El monotest es muy confiable, excepto en niños menores de seis años, y la prueba conclusiva son los niveles altos de IgM específica para VEB. El tratamiento se hace con esteroides parenterales, como dexametasona a dosis de 0,3-0,6 mg/kg/dosis, durante uno o dos días, según la respuesta clínica. Tratar a estos pacientes con penicilina o antibióticos derivados de esta misma puede causar erupción cutánea hasta en el 30%, que en ocasiones se confunde con fiebre escarlatina o alergia a la penicilina, siendo este aspecto otro motivo para un adecuado diagnóstico y elección terapéutica.

**Tabla 3. Características clínicas específicas basadas en el germen etiológico de faringoamigdalitis aguda (5, 10).**

<b>Virus</b>	
Rhinovirus	Resfriado común, predominio en otoño e invierno.
Coronavirus	Resfriado común, predominio en invierno.
Influenza A y B	Resfriado común.
Parainfluenza	Resfriado común y CROUP.
Adenovirus	Fiebre faringoconjuntival, predominio en verano.
Cocksakie A virus	Usualmente en niños, pico en verano, fiebre alta y odinofagia severa, hiperemia de pilares amigdalinos, ampollas con halo rojo, enfermedad de manos y pies.
Herpes virus simple 1 y 2	Gingivoestomatitis, ampollas y úlceras.
Epstien Barr	Mononucleosis, más común en adolescentes, fiebre, malestar general, astenia y mialgias. Inflamación faringoamigdalina severa, adenopatías cervicales, esplenomegalia y alteración de la función hepática.
Citomegalovirus	Síndrome de mononucleosis menos severa que el virus de Epstien Barr, nivel de transaminasas se elevan más.
Virus de inmunodeficiencia humana	Infección primaria, fiebre, mialgias, artralgias y erupción cutánea, linfadenopatía y ulceraciones mucosas sin exudados
<b>Bacterias</b>	

	<b>GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE FARINGOAMIGDALITIS AGUDA BACTERIANA</b> <b>Adaptada Sociedad Colombiana de Otorrinolaringología (ACORL)</b>	Código: E-GCC-G-042
		Versión: 002
		Fecha: Junio 2018
		Página: 13 de 34

Streptococcus $\beta$ -hemolítico del grupo A	Faringoamigdalitis, fiebre escarlatina, erupción maculopapulosa especialmente en pliegues y lengua en frambuesa.
Streptococcus grupo C y G	Faringoamigdalitis.
Arcanobacterium haemolyticum	Faringoamigdalitis, rash similar a la fiebre escarlatina, particularmente en adolescentes.
Neisseria gonorrhoeae	Faringoamigdalitis en pacientes sexualmente activas.
Corynebacterium diphtheriae	Exudado faríngeo, estridor y alteración cardiaca.
Bacteria anaeróbicas	Angina de Paul Vincent, gingivostomatitis.
Fusobacterium necrophorum	Faringoamigdalitis recurrente o persistente, tromboflebitis séptica de la vena yugular interna (Síndrome de Lemierre), bacteremia, dolor intenso, disfagia, inflamación y rigidez cervical
<b>Hongos</b>	
Cándida Albicans	Pacientes inmunocomprometidos, con múltiples tratamientos antibióticos, corticoides inhalados o quimioterapia. Presentan exudado blanquecino en faringe y cavidad oral, sin fiebre ni adenitis.

Adaptado de Piñeiro Pérez R, Hijano Bandera F, Alvez González F, Fernández Landaluce A, Silva Rico JC, Pérez Cánovas C, et al. [Consensus document on the diagnosis and treatment of acute tonsillopharyngitis]. An Pediatr (Barc). 2011;75 (5):342.e1-13. Cots JM, Alós JI, Bárcena M, Boleda X, Cañada JL, Gómez N, et al. Recommendations for management of acute pharyngitis in adults. Acta Otorrinolaringol Esp. 2015;66(3):159-70.

### Pruebas diagnósticas

En la práctica normal el diagnóstico se basa en criterios clínicos los cuales como se expuso anteriormente tienen baja sensibilidad para predecir infección por streptococcus  $\beta$ -hemolítico del grupo A (49 – 74%) (5). Los sistemas de estadificación clínica son de ayuda para identificar pacientes con bajo riesgo de E $\beta$ GA en quienes se considera innecesario realizar pruebas diagnósticas. Sin embargo, la superposición entre la presentación clínica de la faringitis estreptocócica y la no estreptocócica, y la habilidad de identificarla clínicamente de manera precisa es pobre. Inclusive en aquellos pacientes con calificaciones máximas en escalas clínicas, sólo el 35-50% de los pacientes se confirma una infección por E $\beta$ GA. Por lo tanto, excepto cuando características clínicas o epidemiológicas son obvias y sugieren una patología viral, se deben realizar paraclínicos para determinar la presencia de streptococcus  $\beta$ -hemolítico del grupo A en la faringe (2, 4).

Existen múltiples métodos diagnósticos, siendo el cultivo de exudado faringoamigdalino el patrón de oro, con una sensibilidad y especificidad alta (90 – 95% y mayor al 95% respectivamente), sin embargo el tiempo necesario para los resultados finales es un factor limitante para su uso rutinario.

Esto ha llevado al desarrollo de pruebas inmunológicas rápidas y de bajo costo para detectar antígenos en pocos minutos. La mayoría de estas pruebas tienen una especificidad mayor al 95%, pero su sensibilidad está alrededor del 80% (5).

### **Cultivo para streptococcus $\beta$ -hemolítico del grupo A.**

El cultivo en agar sangre se conserva como el patrón de oro para documentar la presencia del E $\beta$ GA en el tracto respiratorio superior, y para la confirmación del diagnóstico clínico de faringitis por E $\beta$ GA (3). La muestra para el cultivo se toma de la superficie de ambas amígdalas y de la pared faríngea posterior; no se debe incluir la lengua ni otras estructuras de la boca u orofaringe y se cultiva en agar sangre. Si se realiza en forma correcta, presenta sensibilidad del 90 – 95%, para descubrir la presencia del E $\beta$ GA en la faringe (4).

Se obtendrán resultados falsos negativos si el paciente ha recibido antibióticos por un corto período antes de la toma de la muestra o con una mala técnica como en niños no colaboradores sin adecuada inmovilización. Su resultado se tiene en cuenta a partir de las 24 horas siguientes a su realización (4).

La principal limitación es la capacidad de esta prueba diagnóstica de diferenciar si el paciente tiene infección aguda o simplemente es un portador crónico de E $\beta$ GA, por lo que todas las guías a nivel mundial no recomiendan su uso de manera rutinaria en pacientes con faringoamigdalitis aguda para la detección E $\beta$ GA (2). Sin embargo esta se basa en que la prevalencia de esta enfermedad es bastante baja entre un 5 – 15 % de los pacientes con odinofagia, por lo cual se considera que los pacientes con prueba rápida de streptococcus se debe confirmar con cultivo (11).

### **Ventajas**

Económico, de fácil realización, alta sensibilidad y especificidad.

### **Desventajas**

El tiempo de incubación retrasa la iniciación del tratamiento definitivo y esto disminuye la satisfacción del paciente. No hay diferencia entre el estado de portador y el de enfermedad.

### Prueba rápida para estreptococo (RST)

Se desarrolló para la identificación del E $\beta$ GA de forma directa en la muestra obtenida de la orofaringe. Esta prueba es más costosa que el cultivo, pero brinda un resultado mucho más rápido.

Las primeras RST utilizaban métodos de aglutinación con látex, las cuales eran relativamente insensibles. Las pruebas más recientes emplean el inmunoensayo óptico y la quimioluminiscencia de tiras o probetas de DNA, con una alta especificidad mayor al 95% en comparación con el cultivo en agar sangre (**Grado de evidencia II. Recomendación A**) (5); sin embargo, presenta baja sensibilidad (80%-< 90%), en comparación con el agar sangre (**Grado de evidencia II. Recomendación A**) (5).

### Ventajas

- Especificidad cercana al 100%.
- Prontitud en los resultados, de modo que el tratamiento se instaure con rapidez.
- Reduce la intención de una nueva consulta.
- Satisfacción del paciente.
- Por su especificidad, disminuye la prescripción indiscriminada de tratamiento antibiótico, disminuyendo la resistencia a los antibióticos.


### Desventajas

- Se incrementan los costos de laboratorio.
- Los resultados negativos demandan corroborar con cultivo.
- Sensibilidad del 80-90%.
- No permite diferenciar a los portadores de los infectados agudos.

### Astos (antiestreptolisinas) y anti-DNAB

La medida de anticuerpos antiestreptolisinas (Astos) y anti-DNAB usualmente sirve en el diagnóstico de secuelas no supurativas de las infecciones por E $\beta$ GA como la fiebre reumática y la glomerulonefritis aguda. Sin embargo, no se considera útil la medición de antiestreptolisinas en el estudio clínico del paciente con amigdalitis aguda, ya que alcanzan sus niveles máximos a las 3-8 semanas después de una infección aguda por E $\beta$ GA y persisten elevados después de meses de la



	<b>GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE FARINGOAMIGDALITIS AGUDA BACTERIANA</b> <b>Adaptada Sociedad Colombiana de Otorrinolaringología (ACORL)</b>	Código: E-GCC-G-042
		Versión: 002
		Fecha: Junio 2018
		Página: 16 de 34

resolución de la infección. (4) En las guías revisadas no se menciona la utilidad de las Astos en el seguimiento o la detección de portadores de estreptococo beta- hemolítico.

#### **Recomendaciones (4).**

1. Una muestra faríngea para RST y/o cultivo EβGA deben realizarse excepto en pacientes con características clínicas virales como rinorrea, tos, úlceras orales o disfonía si están presentes. En niños y adolescentes, una RST negativa debe confirmarse con un cultivo EβGA. Una RST positiva no requiere confirmación diagnóstica con cultivo EβGA (**Grado de evidencia I. Recomendación A**)
2. No es necesaria una confirmación diagnóstica con cultivo EβGA en pacientes adultos con RST negativa, dada la menor incidencia de faringoamigdalitis estreptocócica y bajo riesgo de fiebre reumática (**Grado de evidencia II. Recomendación A**). Sin embargo, queda a criterio del médico tratante si desea obtener una sensibilidad máxima del diagnóstico, realizar confirmación diagnóstica con cultivo EβGA.
3. Anticuerpos anti-estreptocócicos (ASTOS) no se recomiendan de rutina para el diagnóstico de faringoamigdalitis aguda, ya que reflejan infecciones pasadas (**Grado de evidencia I. Recomendación E**).

El diagnóstico de faringoamigdalitis bacteriana aguda debe sospecharse desde el punto de vista clínico y epidemiológico y hasta entonces se apoyará mediante la confirmación de una prueba de laboratorio. Un resultado positivo de cultivo de faringe o RST confirma la presencia del grupo beta-hemolítico en la faringe. Sin embargo, para los niños y adolescentes, un resultado de RST negativo debe comprobarse con un resultado de cultivo de garganta, a menos que el médico haya determinado en su propia práctica que el uso de RST es comparable a un cultivo de la faringe. Debido a los rasgos epidemiológicos de la faringitis aguda en los pacientes mayores de 45 años, o niños menores de 3 años (por ejemplo, incidencia baja de infección estreptocócica y el riesgo muy bajo de fiebre reumática), el diagnóstico de esta infección en los adultos se basa en los resultados de un RST, sin necesidad de la confirmación por cultivo; esto es una alternativa aceptable del diagnóstico. La especificidad por lo general alta del RST debe minimizar la sobre prescripción de antimicrobianos para el tratamiento de adultos (4).

El diagnóstico de faringitis aguda por SBGA debe sospecharse mediante la clínica y el ambiente epidemiológico que envuelve cada caso particular, el cual debe confirmarse después con la práctica



de pruebas de laboratorio. Un resultado positivo, tanto en RST como en cultivo, provee una buena confirmación de la presencia de SBGA en faringe. Sin embargo, uno negativo mediante RST debe ser confirmado por cultivo (**Grado de evidencia II. Recomendación A**).

### ¿Quiénes deben ser evaluados para faringoamigdalitis por streptococcus $\beta$ -hemolítico del grupo A?

Las pruebas para streptococcus  $\beta$ -hemolítico del grupo A usualmente no se recomienda para niños a adultos en quienes la presentación clínica o epidemiológica sugieren etiología viral como: tos, rinorrea, disfonía, coriza y úlceras en cavidad oral, (**Grado de evidencia I. Recomendación A**). Tampoco se deben realizar pruebas a niños menores de tres años debido a la baja incidencia de infecciones por este agente etiológico y de fiebre reumática en este grupo etario, (**Grado de evidencia II. Recomendación A**)(4).

No se recomienda realizar cultivos ni pruebas rápidas después de terminar tratamiento antibiótico apropiado, solo se reserva para pacientes con alto riesgo de desarrollar fiebre reumática aguda o para pacientes que tengan cuadro clínico sugestivo de recurrencia (**Grado de evidencia I. Recomendación A**)(4).

Dada la naturaleza de infección auto limitada de la faringoamigdalitis por streptococcus  $\beta$ -hemolítico del grupo A, la alta frecuencia de estado portadores asintomáticos y la baja eficacia de la profilaxis antibiótica y el potencial daño asociada a la misma, no se recomienda realizar pruebas a las personas asintomáticas en contacto con los pacientes con faringoamigdalitis aguda por Streptococcus Pyogenes (**Grado de evidencia I. Recomendación A**)(4).

## 9. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO

### ¿Cuáles son las recomendaciones del tratamiento antimicrobiano para los pacientes con diagnósticos de faringoamigdalitis por streptococcus $\beta$ -hemolítico del grupo A?

El tratamiento antimicrobiano está indicado para pacientes con faringitis sintomática, con presencia de E $\beta$ GA establecida por RST o cultivo. Se deben tener dos consideraciones en mente:

- La faringitis por E $\beta$ GA es una enfermedad auto limitada. La fiebre y la sintomatología constitucional pueden desaparecer en forma espontánea, tres a cuatro días después de su

inicio, aun sin tratamiento antibiótico. Esto hace difícil el juicio clínico de la mejoría, a pesar de la instauración de tratamiento.

- El tratamiento puede posponerse hasta nueve días después de la aparición de los síntomas, previniendo la aparición de complicaciones o secuelas no supurativas, como fiebre reumática (7, 11). No están indicados los antibióticos en la prevención de la glomerulonefritis (4).

Estas dos afirmaciones proporcionan flexibilidad en el inicio del tratamiento antibiótico durante la evaluación de un paciente con probable infección o faringitis por EβGA. Además, algunas guías de manejo europeas, dadas las características anteriores, y la baja incidencia de complicaciones reportadas, no recomiendan la formulación rutinaria de antibióticos para el manejo de faringoamigdalitis, a excepción de los casos con síntomas severos (2).

Los antibióticos permiten acortar la duración de los síntomas (Grado de evidencia II. Recomendación A) y reducen el riesgo de desarrollar fiebre reumática (**Grado de evidencia II. Recomendación C**).

La penicilina es el medicamento de elección para el tratamiento de faringitis por EβGA (**Grado de evidencia II. Recomendación A**) (2, 5, 7, 11, 12). Dada su eficacia y seguridad, espectro limitado y bajo costo. Además, no se ha documentado EβGA resistente a penicilina. Se recomienda la administración oral de antibióticos durante 10 días para asegurar la tasa máxima de erradicación faríngea de EβGA (4).

En niños, se reemplaza la penicilina por amoxicilina, sin embargo, la administración oral depende de la tolerancia a la vía oral. Adicionalmente, la penicilina benzatínica intramuscular se recomienda en pacientes poco adherentes al ciclo completo de 10 días de antibiótico. Varios estudios han demostrado que la dosificación única diaria de amoxicilina es eficaz en la erradicación de la faringitis por EβGA. (4).

Es importante tener en cuenta que el ciclo de diez días ha sido implementado en forma tradicional, a causa de la posible complicación con fiebre reumática, la cual puede desarrollarse aproximadamente 9-20 días después de un episodio de faringoamigdalitis por estreptococo o escarlatina. Este sigue siendo un problema de salud pública en países del tercer mundo como el nuestro. A pesar de esto, el ciclo corto de antibióticos ha sido estudiado con diversos estudios, argumentando que los pacientes tienden a olvidar o no completar tratamientos más largos, lo cual aumenta las tasas de resistencia

bacteriana; de igual manera, las tasas de complicaciones y los costos se redujeron en forma considerable (5).

La base de datos Cochrane publicada en el 2009 es una revisión sistemática de la literatura con el fin de comparar la efectividad de tratamientos tradicionales de diez días para faringoamigdalitis bacteriana versus ciclos más cortos (3-6 días). Se tomaron en cuenta ensayos aleatorizados controlados con poblaciones entre el año y los 18 años de edad, hasta recoger 13.201 casos de infección por E $\beta$ GA y se encontró que un período más corto de antibióticos se relacionaba con períodos más cortos de fiebre y odinofagia y una menor tasa de recaída clínica a corto plazo. No se encontró diferencia en la tasa de recurrencia bacteriológica. Sin embargo, la tasa de recaída bacteriológica a largo plazo fue menos favorable con el tratamiento corto, y en poblaciones con alta incidencia de fiebre reumática se recomienda interpretar estos resultados considerando cada caso en particular (4, 5).

A pesar de estos estudios, la recomendación en las guías que recomiendan la terapia antibiótica, defiende la dosificación oral durante por 10 días. Muchos estudios han sido poco concluyentes en la dosificación de ciclos cortos de cefalosporinas (5 días) que aún no son aceptados mundialmente (4).

En caso de alergia (no tipo I, anafiláctica o inmediata) a la penicilina, se recomiendan cefalosporinas de primera generación, en especial cefalexina o cefadroxila que no tienen tan amplio espectro como otras cefalosporinas, durante 10 días (Grado de evidencia I. Recomendación A) (4, 5). Esto, dado el costo de antibióticos de mayor espectro y erradicación de flora normal con selección de flora resistente. La clindamicina presenta resistencia únicamente en el 1% de los casos, logrando excelente erradicación. Otra opción para el tratamiento en pacientes alérgicos a la penicilina son los macrolidos durante 10 días, excepto la azitromicina durante 5 días. Tienen una tasa de resistencia reportada de 5-8% que no es despreciable para el E $\beta$ GA (4).

#### **Recomendaciones (4).**

1. Los pacientes con faringitis por E $\beta$ GA deben ser tratados con el antibiótico apropiado para su erradicación durante 10 días. Basado en su espectro selectivo, reacciones adversas infrecuentes y costo, la penicilina o amoxicilina son de elección en pacientes sin alergia documentada a beta-lactámicos (**Grado de evidencia I. Recomendación A**).

2. En los pacientes con alergia a beta-lactámicos documentada, se debe elegir cefalosporinas de primera generación durante 10 días (pacientes sin hipersensibilidad tipo I), clindamicina o claritromicina durante 10 días o azitromicina durante 5 días (**Grado de evidencia I. Recomendación A**).

**Tabla 4. Regímenes de antibiótico recomendado para faringoamigdalitis por EβGA(4).**

Medicamento	Dosis y tiempo de administración	Ventajas	Desventajas
<b>No alérgicos a beta - lactámicos</b>			
<b>Penicilina V, oral</b>	Niños: 250 mg 2 ó 3 veces al día. Adolescentes y adultos: 250 mg 4 veces al día, o 500 mg 2 veces al día. Durante 10 días.	Recomendación A-I Bajo costo. Mínimos efectos secundarios. Espectro antimicrobiano estrecho.	Alergias Intolerancia gastrointestinal Dosificación frecuente y mala adherencia.
<b>Amoxicilina, oral</b>	50 mg/kg en única dosis diaria (máximo 1 gr) ó 25 mg/kg cada 12 horas (máximo 500 mg). Durante 10 días.	Recomendación A-I Eficacia similar a la penicilina V.	Alergias.
<b>Penicilina G Benzatínica, intramuscular</b>	< 27 kg: 600.000 U > 27 kg: 1'200.000 U Dosis única	Recomendación A-I Asegura el cumplimiento del tratamiento.	Dolor a la aplicación, Posible reacción alérgica más severa.
<b>Alérgicos a beta-lactámicos</b>			
<b>Cefalexina</b>	20 mg/kg/dosis 2 veces al día (máximo 500 mg/dosis). Durante 10 días.	Recomendación A-I Eficacia similar a la penicilina V	Espectro más amplio.
<b>Cefadroxiilo</b>	30 mg/kg 1 vez al día (máximo 1 gr). Durante 10 días.	Recomendación A-I Dosificación única diaria con mayor adherencia.	Espectro más amplio. Más costoso.
<b>Clindamicina</b>	7 mg/kg/dosis 3 veces al día (máximo 300 mg/dosis). Durante 10 días.	Recomendación A-II No se afecta por betalactamasa. Espectro estrecho. Erradica el estado portador. Cubrimiento anaeróbico en caso de complicaciones supurativas.	Costosa Riesgo de colitis pseudomembranosa. Síndrome de Steven-Johnson
<b>Azitromicina</b>	12 mg/kg 1 vez al día (máximo 500 mg). Durante 5 días.	Recomendación A-II Tratamiento cortó.	Intolerancia gastrointestinal.
<b>Claritromicina</b>	7.5 mg/kg/dosis 2 veces al día (máximo 250 mg/dosis).	Recomendación A-II	Intolerancia gastrointestinal.

	Durante 10 días.		
<b>Eritromicina</b>	30 – 40 mg/kg/día 4 veces al día (máximo 500 mg/dosis). Durante 10 días.	Recomendación A-II	Intolerancia gastrointestinal. Administración frecuente con mala adherencia.

Adaptado de :Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G, 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):1279-82

### ¿Cuál es el manejo analgésico óptimo en los pacientes con diagnóstico de faringoamigdalitis por streptococcus $\beta$ -hemolítico del grupo A?

Muchos estudios de alta calidad estadística han demostrado un gran beneficio del AINES y acetaminofén en la reducción de fiebre y dolor respecto al placebo, sin reportar reacciones adversas significativas (2). En adultos, se ha demostrado una mayor eficacia del ibuprofeno y diclofenaco en el control del dolor, aunque mayor seguridad con el uso de acetaminofén o ibuprofeno (2, 13). Así mismo, se ha visto una efectividad comparable de la aspirina y acetaminofen por encima del placebo en la reducción de la fiebre, cefalea y odinofagia, aunque por las complicaciones reconocidas de la aspirina, no se recomienda como primera línea en adultos (13). Particularmente en niños, no hay ensayos clínicos controlados que recomiende el uso de uno sobre el otro. Una revisión sistemática de la literatura evidencia un riesgo bajo de presentar morbilidad asociada por asma secundaria al uso de ibuprofeno en niños, por lo que se considera el ibuprofeno como una alternativa al acetaminofén (13). Dada la asociación entre la faringitis y el síndrome de Reyé en niños tratados con aspirina, se recomienda en contra de su formulación en la población pediátrica (4).

Respecto al uso de corticoides sistémicos, los resultados de los ensayos clínicos son conflictivos. A pesar de que los resultados de un ensayo clínico controlado demuestra reducción en la duración y severidad de los síntomas, otros estudios son de difícil interpretación dado que se eligen diferentes medicamentos, dosis, vías de administración y métodos en el seguimiento. Muchos estudios no valoran reacciones adversas al medicamento y no se hace un seguimiento a largo plazo. Es por esto que aún no se recomienda el uso de corticoides sistémicos de rutina para el manejo adyuvante de la faringoamigdalitis por E $\beta$ GA (4). Sin embargo, una revisión sistemática y meta-análisis encuentra que los adultos con estadificación de Centor severa se benefician de una dosis única de esteroide sistémico en conjunto con antibióticoterapia (2).

Otras medidas adyuvantes como el gluconato de zinc, tratamientos herbales y acupuntura, al igual que manejo tópico con anestésicos, enjuagues con agua sal y dieta líquida y fría requieren estudios de alto nivel con resultados contundentes y no conflictivos para poder dar una recomendación a favor de su uso (2, 4). Ahora bien, teniendo en cuenta el bajo riesgo de algunas de estas medidas, se recomiendan los enjuagues con agua sal y dieta líquida y fría.

### **Recomendaciones (2, 4).**

El tratamiento adyuvante es útil en el manejo de faringoamigdalitis por EβGA:

1. El uso de analgésicos/antipiréticos como el Acetaminofén o AINES para el tratamiento de síntomas moderados a severos y el control de la fiebre se recomienda en asociación al tratamiento antibiótico (**Grado de evidencia I. Recomendación A**).

1.1. En adultos sin contraindicaciones, se recomienda iniciar con Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas antibiótico (**Grado de evidencia II. Recomendación A**), y en aquellos intolerantes a los AINES, Acetaminofén 1 gr cada 6 horas para el manejo sintomático (**Grado de evidencia II. Recomendación A**).

1.2. En los niños se recomienda el Ibuprofeno como una alternativa al Acetaminofén para el manejo sintomático (**Grado de evidencia II. Recomendación A**) y se debe evitar el uso de la Aspirina (**Grado de evidencia II. Recomendación E**).

2. Terapia adyuvante con esteroide sistémico de rutina no se recomienda (**Grado de evidencia II. Recomendación C**) aunque se debe considerar en adultos con presentación clínica severa (**Grado de evidencia I. Recomendación A**).

3. No se recomienda el uso de gluconato de zinc como tratamiento de la faringitis (**Grado de evidencia II. Recomendación D**).

4. La evidencia es inconsistente en el uso de tratamientos herbales y acupuntura en el manejo de la faringitis (**Grado de evidencia III. Recomendación C**).



### ¿Se debe dar tratamiento en los pacientes portadores crónicos por streptococcus $\beta$ -hemolítico del grupo A?

Los portadores crónicos se definen como los pacientes colonizados por E $\beta$ GA sin evidencia de una respuesta inmunológica al microorganismo, tanto clínicamente como paraclínicamente, sin elevación de Astos. Se ha visto que hasta un 20% pacientes de los niños en edad escolar son portadores crónicos en primavera e invierno, durante 6 o más meses, periodo de tiempo en el cual pueden presentar faringitis virales. Sin embargo, en la actualidad no se diagnostican con frecuencia, puesto que sólo en aquellos pacientes con síntomas recurrentes a pesar de un esquema terapéutico reciente van a ser llevados a RST y cultivo para E $\beta$ GA. Se considera que están en muy bajo riesgo de desarrollar complicaciones supurativas o no supurativas y no contagian con E $\beta$ GA a sus contactos más cercanos. Por esta razón, los portadores no ameritan intervención médica ni se busca su erradicación de forma sistemática (**Grado de evidencia II. Recomendación A**) (4, 13).

En pacientes con infecciones recurrentes, se debe considerar un paciente portador con cultivos positivos para E $\beta$ GA si:

- Características clínicas sugieren etiología viral.
- Hay pobre respuesta clínica a los antibióticos de primera línea.
- Los cultivos entre episodios de faringitis continúan positivos.
- No hay respuesta serológica a antígenos estreptocócicos (ASTO, anti-DNAB).

Su erradicación se debe considerar si:

- Epidemia de fiebre reumática, glomerulonefritis postestreptocócica o infecciones invasivas por E $\beta$ GA en una comunidad.
- Epidemia de faringitis por E $\beta$ GA en una comunidad cerrada.
- Hay historia familiar o personal de fiebre reumática aguda.
- Familia con ansiedad excesiva respecto a las infecciones por E $\beta$ GA.
- Si se está considerando amigdalectomía únicamente para el manejo del estado portador (1, 5, 11, 12).

En caso de decidir iniciar tratamiento médico en estado portador crónico, el esquema antibiótico para una faringoamigdalitis aguda por E $\beta$ GA es insuficiente y se recomiendan los antimicrobianos propuestos en la Tabla 5.

**Tabla 5. Regímenes de antibiótico recomendado para portadores crónicos de EβGA(4).**

Medicamento	Dosis y tiempo de administración	Grado de recomendación
<b>Clindamicina (oral)</b>	20-30 mg/kg/día en 3 dosis (máximo 300 mg/dosis). Durante 10 días.	Recomendación A-I
<b>Penicilina V (oral) y Rifampicina (oral)</b>	Penicilina V: 50 mg/kg/día en 4 dosis (máximo 2000 mg/día). Durante 10 días. Rifampicina: 20 mg/kg/día en 1 dosis (máximo 600 mg/día). Durante mínimo 4 días del tratamiento.	Recomendación A-I
<b>Amoxicilina + Ácido Clavulánico (oral)</b>	40 mg/kg/día en 3 dosis (máximo 2000 mg/día). Durante 10 días.	Recomendación A-II
<b>Penicilina G Benzatínica (intramuscular) y Rifampicina (oral)</b>	Penicilina G Benzatínica: Dosis única. < 27 kg: 600.000 U > 27 kg: 1'200.000 U Rifampicina: 20/mg/kg/día en 2 dosis (máximo 600 mg/día). Durante 4 días.	Recomendación A-I

Adaptado de: Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G, 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):1279-82.

### Recomendaciones

- En caso de faringoamigdalitis a repetición con cultivo positivo para EβGA, considerar la posibilidad de estar presentando una infección estreptocócica recurrente o una infección viral en paciente portador crónico de EβGA (**Grado de evidencia II. Recomendación A**).
- Los portadores crónicos de EβGA no ameritan intervención médica ni en diagnóstico o tratamiento de forma sistemática, ya que no se consideran contagiosos y tienen un bajo riesgo de presentar complicaciones no supurativas y supurativas (**Grado de evidencia II. Recomendación A**).
- No se recomienda amigdalectomía con el objetivo único de disminuir la frecuencia de faringitis por EβGA (**Grado de evidencia I. Recomendación A**).

### ¿Cuáles son las indicaciones quirúrgicas en los pacientes con faringitis por streptococcus β-hemolítico del grupo A?

La literatura disponible respecto a las indicaciones de amigdalectomía como tratamiento de la faringoamigdalitis recurrente es limitada, en especial en pacientes adultos (13).




Particularmente en los niños, teniendo en cuenta la historia natural de esta patología la cual resuelve sin cirugía hasta en el 30 – 50% de los pacientes, se recomienda observar a los pacientes que no cumplen los Criterios de Paradise (Tabla 6). Por este mismo motivo no se recomienda indicar manejo quirúrgico sin antes cumplir un mínimo de 12 meses de seguimiento desde el primer episodio, excepto en quienes se presenten infecciones severas que requieran hospitalización, con complicaciones supurativas (absceso periamigdalino, síndrome de Lemierre, etc.) o historia familiar de cardiopatía reumática. Durante la observación se recomienda a los padres llevar un diario de los síntomas, signos clínicos y resultados de paraclínicos. Sin embargo, sólo el 17% de los pacientes llevan una documentación correcta, motivo por el cual no debemos limitar nuestras decisiones medicas quirúrgicas a este factor (9, 13, 14).

**Tabla 6. Criterios de Paradise para Amigdalectomía (14).**

<b>Frecuencia mínima de episodios de odinofagia</b>	- 7 o más episodios en el último año, Ó - 5 o más episodios al año en los últimos 2 años, Ó - 3 o más episodios al año en los últimos 3 años.
<b>Características clínicas (odinofagia asociado a 1 o más de las siguientes):</b>	- Temperatura > 38.3oC, Ó - Linfadenopatía cervical (dolorosas o > 2 cm), Ó - Exudado amigdalino, Ó - Cultivo positivo para EβGA.
<b>Tratamiento</b>	Administración de antibióticos a dosis convencional para sospecha o diagnóstico de faringoamigdalitis por EβGA.
<b>Documentación</b>	Si no está lo suficientemente documentado, se deben observar 2 episodios de faringoamigdalitis aguda por el médico tratante, y que coincida con el patrón de frecuencia y características clínicas consistentes con la historia referida por el paciente.

Adaptado de: Baugh RF, Archer SM, Mitchell RB, Rosenfeld RM, Amin R, Burns JJ, et al. Clinical practice guideline: tonsillectomy in children. Otolaryngol Head Neck Surg. 2011;144(1 Suppl):S1-30.

La mayoría de los estudios en pacientes candidatos a amigdalectomía según los Criterios de Paradise demostraron que hay una reducción en la frecuencia de los episodios durante los primeros dos años del postoperatorio, en especial si los episodios previos a la cirugía eran severos. En pacientes con enfermedad leve a moderada, el beneficio es menor y por lo tanto no se justifican los riesgos, morbilidad y costos de la cirugía. A pesar de los beneficios modestos de esta intervención, los estudios que evalúan la calidad de vida de los pacientes muestran una mejoría significativa en las escalas de calidad de vida en los pacientes llevados a amigdalectomía por faringoamigdalitis estreptocócica recurrente. A pesar de estos resultados, no se puede ignorar la morbilidad quirúrgica y


	<b>GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE FARINGOAMIGDALITIS AGUDA BACTERIANA</b> <b>Adaptada Sociedad Colombiana de Otorrinolaringología (ACORL)</b>	Código: E-GCC-G-042
		Versión: 002
		Fecha: Junio 2018
		Página: 26 de 34

complicaciones inherentes a la amigdalectomía, y la historia natural de la enfermedad, lo que no permite inclinar la balanza hacia realizar un manejo conservador o quirúrgico (14).

Existen factores modificadores de la faringoamigdalitis que pueden llevar a una morbilidad significativa y que puede inclinar la balanza a favor de un manejo quirúrgico con amigdalectomía. Los siguientes son factores modificadores:

- Alergias múltiples a antibióticos o intolerancia a la enfermedad: En niños en quien la elección terapéutica se torna difícil por alergias múltiples a antibióticos, o en quienes se da interferencia con el desempeño escolar y pobre tolerancia a la enfermedad, la reducción en el número de episodios y severidad es importante gracias a la amigdalectomía.
- PFAPA (fiebre periódica, estomatitis aftosa, faringitis y adenitis): Es un síndrome que ocurre en pacientes menores de 5 años de edad, que se caracteriza por ser recurrente (al menos 3 episodios en intervalos de 3 – 6 semanas y usualmente no dura más de 5 días. Dos ensayos clínicos demuestran que la amigdalectomía es efectiva en el tratamiento de este síndrome, disminuyendo frecuencia, severidad y mejorando la respuesta al tratamiento médico.
- Historia de absceso periamigdalino: Sigue siendo controversial el manejo quirúrgico en los abscesos periamigdalinos. En episodios agudos, después del drenaje, únicamente el 10-20% de los pacientes requieren amigdalectomía. Sin embargo, cuando se asocia a infecciones recurrentes con cultivo positivo para EβGA, puede justificarse la amigdalectomía de rutina (14). Otras indicaciones poco estudiadas y validadas son:
  - Amigdalitis crónica
  - Convulsiones febriles
  - Voz gangosa
  - Halitosis
  - Maloclusión
  - Hipertrofia de amígdalas palatinas
  - Amígdalas crípticas
  - Portadores crónicos de EβGA (14).

En la población adulta, la evidencia es limitada a favor de la amigdalectomía para tratar faringoamigdalitis recurrentes. Sin embargo, hay un ensayo clínico de alta calidad que demuestra beneficio, reduciendo la incidencia de faringoamigdalitis por EβGA con un NNT de 5 (13).

	<b>GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE FARINGOAMIGDALITIS AGUDA BACTERIANA</b> <b>Adaptada Sociedad Colombiana de Otorrinolaringología (ACORL)</b>	Código: E-GCC-G-042
		Versión: 002
		Fecha: Junio 2018
		Página: 27 de 34

## Recomendaciones

En los pacientes de edad pediátrica (14).

- Se recomienda observar a los pacientes que no cumplen la frecuencia mínima de episodios definida en los Criterios de Paradise (**Grado de evidencia II. Recomendación B**).
- Se puede indicar amigdalectomía en los pacientes que cumplen con la frecuencia mínima de episodios definida en los Criterios de Paradise, con documentación en la historia clínica de características clínicas sugestivas de faringoamigdalitis por EβGA (**Grado de evidencia I. Recomendación C**).
- Se recomienda la amigdalectomía en pacientes que no cumplen la frecuencia mínima de episodios definida en los Criterios de Paradise, pero con algún factor modificador como alergias múltiples o intolerancia a antibióticos, PFAPA (fiebre periódica, estomatitis aftosa, faringitis y adenitis), o historia de absceso periamigdalino (**Grado de evidencia II. Recomendación B**). En los pacientes adultos(13).
- Se recomienda la amigdalectomía en los pacientes con faringoamigdalitis severa y que cumplen con la frecuencia mínima de episodios definida en los Criterios de Paradise (**Grado de evidencia I. Recomendación A**).

## 10. RECOMENDACIONES PARA ABSCESO PERIAMIGDALINO

Es la complicación más frecuente de la faringoamigdalitis aguda, que se presenta principalmente en adolescentes y adultos jóvenes, rara vez se presenta en población pediátrica y principalmente afecta al sexo masculino. Su incidencia es de 30/100.000 año, y corresponde al 30% de los abscesos de tejidos blandos de cabeza y cuello(15, 16).

La infección amigdalina puede propagarse desde el polo superior amigdalino a través de la cápsula conectiva amigdalina y producir primero una infección, de tipo celulitis en torno a la amígdala que posteriormente puede evolucionar o no, a la formación de una colección purulenta en el espacio periamigdalino, entre la cápsula amigdalina y el músculos constrictor superior de la faringe; espacio que en condiciones normales está ocupado por un tejido conectivo laxo. Cerca de 10-15% de los casos presentan recurrencia del cuadro (17).

Bacteriológicamente suele presentar una flora polimicrobiana, tanto aerobia como anaerobia, habiéndose descrito hasta más de sesenta grupos o especies de patógenos responsables entre los cuales se destaca los siguientes agentes *Streptococcus pyogenes*, *Fusobacterium necrophorum* y *Streptococcus milleri* (15).

Usualmente se presenta con un empeoramiento del cuadro clínico y se presenta en su gran mayoría de manera unilateral y se caracteriza por presentar con fiebre, dolor severo, sialorrea secundaria a odinofagia y disfagia, voz gangosa, otalgia, trismus, edema y eritema unilateral del paladar blando y pilar anterior amigdalino, desplazamiento de la amígdala ipsilateral hacia inferior y medial y de la úvula hacia el lado contralateral.

Se debe intentar realizar un diagnóstico diferencial entre celulitis y absceso periamigdalino, para lo que se propone la aspiración con aguja como procedimiento diagnóstico y terapéutico, y en caso de obtener material purulento, se debe realizar incisión y drenaje. Otro método diagnóstico propuesto es la ultrasonografía intraoral, con el fin de disminuir el dolor y riesgos asociados a procedimientos invasivos como el daño a la arteria carótida interna, con una precisión diagnóstica entre 80 – 90%. Sin embargo, no hay estudios que apoyen su uso rutinario, por lo tanto no se recomienda su uso ordinario para el diagnóstico (**Grado de evidencia III. Recomendación D**) (9, 18).

Actualmente no existen protocolos de tratamiento, los métodos de tratamiento disponibles son aspiración con aguja, incisión con drenaje y amigdalectomía en combinación con antibiótico. El tratamiento tradicional es la incisión con bisturí frío sobre la mucosa del polo superior del pilar amigdalino anterior, con desbridamiento con disector roma para romper tabiques y lograr un drenaje del material purulento de forma efectiva (**Grado de evidencia II. Recomendación B**) (18).

Se recomienda realizar amigdalectomía 4 – 12 semanas posterior a episodio agudo, una vez se ha enfriado el proceso inflamatorio. Sin embargo, algunas escuelas recomiendan la amigdalectomía inmediata para lograr un drenaje completo y evitar un procedimiento en un segundo tiempo (9). Según la guía de manejo del Instituto Nacional Italiano 2012, se debe realizar amigdalectomía diferida posterior a un absceso periamigdalino o faringoamigdalitis estreptocócica recurrente (**Grado de evidencia II. Recomendación B**). (18)

Estas opciones terapéuticas quirúrgicas deben acompañarse de manejo antibiótico, Sin embargo no existe consenso en tratamiento para el absceso periamigdalino, Kief y colaboradores encontraron en

un estudio retrospectivo la penicilina como un tratamiento efectivo posterior a incisión y drenaje, no existen estudios que comparen la efectividad de la penicilina contra antibióticos de mayor espectro o combinaciones.(19).

Actualmente la mayoría de la literatura opta por el uso de penicilina en combinación con metronidazol con una tasa de efectividad de aproximadamente 98 a 99 %(**Grado de evidencia III. Recomendación B**). (18)

El uso de corticoides sistémicos en absceso periamigdalino puede reducir el dolor, trismus resultando en un retorno más temprano a la dieta y a las actividades normales, (**Grado de evidencia I. Recomendación B**). (20, 21).

De no tratarse el absceso de manera temprana, podría provocar complicaciones más serias. Tales como deshidratación severa, compromiso de vía aérea, neumonía por aspiración, expansión de infección a espacios profundos del cuello, trombo embolismo séptico afectando la vena yugular interna o la arteria carótida interna, los pacientes adultos que tengan evidencia clínica de extensión a espacios profundos de cuello , deshidratación, no tolerancia a la vía oral , inmunosupresión y mayores de 40 años son factores de complicación de los abscesos periamigdalinos por lo cual los pacientes con estas características se debería considerar manejo intrahospitalario al igual que todos los niños requieren manejo intrahospitalario por el posible compromiso de la vía aérea, en el resto de los pacientes se podría considerar manejo ambulatorio (**Grado de evidencia III. Recomendación C**). (18).

La amigdalectomía en el episodio agudo están indicados en pacientes intolerantes a intervenciones despierto como en poblaciones pediátricas con abscesos periamigdalinos persistente (**Grado de evidencia III. Recomendación B**), Sin embargo no existe estandarización para la definición de recolección, persistente o recurrencia de la enfermedad y se debe evaluar adecuadamente el riesgo beneficio de esta intervención(18).

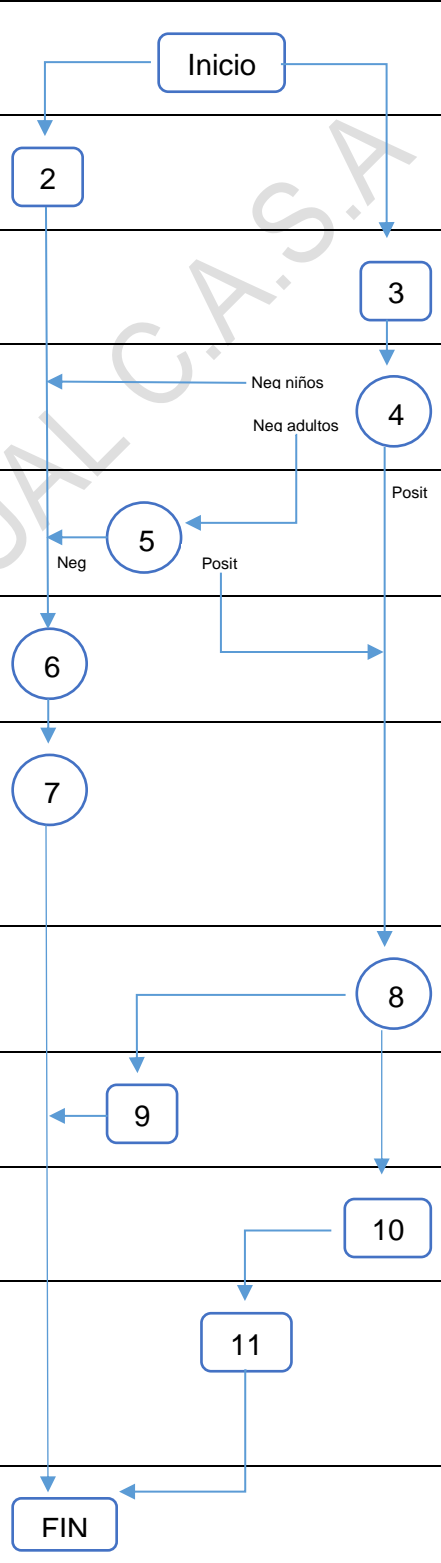
La recurrencia de absceso periamigdalino se ha reportado entre el 9 al 22 % sin embargo depende de múltiples variables con el seguimiento, edad, sexo y técnica de drenaje (**Grado de evidencia III**). Se ha reportado un número necesario a tratar de 5 a 10 pacientes de amigdalectomía diferida y se ha encontrado alto riesgo de recurrencia en pacientes menores de 40 años y con episodios previos de faringoamigdalitis, en los cuales se recomienda amigdalectomía diferida (**Grado de evidencia III**).

**Recomendación D).** Es importante recalcar que la disección quirúrgica es más dispendiosa en los pacientes con antecedente de absceso periamigdalino y está asociado a un periodo de recuperación más prolongado (18).

## 11. ALGORITMO

**FARINGOAMIGDALITIS AGUDA**

**Diagrama de flujo**

1	Paciente con síntomas de faringitis (sección A).	 <pre> graph TD     Inicio([Inicio]) --&gt; 2[2]     Inicio --&gt; 3[3]     2 --&gt; 6((6))     3 --&gt; 4((4))     4 -- Neg niños --&gt; 5((5))     4 -- Neg adultos --&gt; 5     4 -- Posit --&gt; 8((8))     5 -- Neg --&gt; 6     5 -- Posit --&gt; 8     6 --&gt; 7((7))     7 --&gt; 6     8 --&gt; 6     8 --&gt; 8     8 --&gt; 9[9]     8 --&gt; 10[10]     9 --&gt; 6     10 --&gt; 11[11]     11 --&gt; 12[FIN]     9 --&gt; 12     </pre>
2	No sugestivo de infección por EβGA (tabla 2).	
3	Sugestivo de infección por EβGA (tabla 2).	
4	Realizar prueba rápida para estreptococo (RST).	
5	Cultivo EβGA.	
6	Manejo sintomático	
7	Analgésicos/Antipiréticos - Niños: A. Acetaminofén, B. Ibuprofeno. - Adultos: A. Ibuprofeno. B. Acetaminofén Dieta blanda, líquidos abundantes	
8	Tratamiento antibiótico (tabla 4) y sintomático.	
9	No presenta absceso periamigdalino	
10	Si presenta absceso periamigdalino	
11	Drenaje de absceso Amigdalectomía diferida Antibiótico y corticoide sistémico (sección 3). Hospitalización si cumple criterios (sección 3)	
12	Fin	



## 12. ESTRATEGIA DE SOCIALIZACIÓN

- Publicar el documento en la plataforma documental del sistema de gestión de calidad para conocimiento y consulta de todo el personal.
- Se capacitará al personal por medio del aula virtual y en forma presencial en grupos primarios.

## 13. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA GUIA

Se realizará adherencia a la guía de forma aleatoria por el coordinador tecnicocientífico.

## 14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gerber MA. Diagnosis and treatment of pharyngitis in children. *Pediatr Clin North Am.* 2005;52(3):729-47, vi.
2. Pelucchi C, Grigoryan L, Galeone C, Esposito S, Huovinen P, Little P, et al. Guideline for the management of acute sore throat. *Clin Microbiol Infect.* 2012;18 Suppl 1:1-28.
3. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM, Kaplan EL, Schwartz RH, America IDSo. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. *Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis.* 2002;35(2):113-25.
4. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G, 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):1279-82.
5. Cots JM, Alós JI, Bárcena M, Boleda X, Cañada JL, Gómez N, et al. Recommendations for management of acute pharyngitis in adults. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2015;66(3):159-70.
6. Group NZG. Management of Group A Streptococcal Sore Throat. First ed. New Zealand Guidelines Group 2011. p. 1-106.
7. Roggen I, van Berlaer G, Gordts F, Pierard D, Hubloue I. Centor criteria in children in a paediatric emergency department: for what it is worth. *BMJ Open.* 2013;3(4).
8. Choby BA. Diagnosis and treatment of streptococcal pharyngitis. *Am Fam Physician.* 2009;79(5):383-90.



9. Chiappini E, Principi N, Mansi N, Serra A, De Masi S, Camaioni A, et al. Management of acute pharyngitis in children: summary of the Italian National Institute of Health guidelines. Clin Ther. 2012;34(6):1442-58.e2.
10. Piñeiro Pérez R, Hijano Bandera F, Alvez González F, Fernández Landaluce A, Silva Rico JC, Pérez Cánovas C, et al. [Consensus document on the diagnosis and treatment of acute tonsillopharyngitis]. An Pediatr (Barc). 2011;75(5):342.e1-13.
11. Dingle TC, Abbott AN, Fang FC. Reflexive culture in adolescents and adults with group a streptococcal pharyngitis. Clin Infect Dis. 2014;59(5):643-50.
12. Bisno AL, Gerber MA, Kaplan EL. Treatment of adults with acute pharyngitis in primary care practice. Arch Intern Med. 2006;166(20):2291; author reply 2.
13. (SIGN). SIGN. Management of sore throat and indications for tonsillectomy. A national clinical guideline. . Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)2010.
14. Baugh RF, Archer SM, Mitchell RB, Rosenfeld RM, Amin R, Burns JJ, et al. Clinical practice guideline: tonsillectomy in children. Otolaryngol Head Neck Surg. 2011;144(1 Suppl):S1-30.
15. Mazur E, Czerwińska E, Korona-Głowniak I, Grochowalska A, Koziół-Montewka M. Epidemiology, clinical history and microbiology of peritonsillar abscess. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2015;34(3):549-54.
16. Kodya AM, Ngamdu YB, Sandabe BM, Isa A, Garandawa HI. Management strategies of peritonsillar abscess in the tropics: a survey of surgeons' preference. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2014;66(2):127-30.
17. Kim DK, Lee JW, Na YS, Kim MJ, Lee JH, Park CH. Clinical factor for successful nonsurgical treatment of pediatric peritonsillar abscess. Laryngoscope. 2015.
18. Powell J, Wilson JA. An evidence-based review of peritonsillar abscess. Clin Otolaryngol. 2012;37(2):136-45.
19. Shaul C, Koslowsky B, Rodriguez M, Schwarz Y, Muahnna N, Peleg U, et al. Is Needle Aspiration for Peritonsillar Abscess Still as Good as We Think? A Long-term Follow-up. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2015;124(4):299-304.
20. Hardman JC, McCulloch NA, Nankivell P. Do corticosteroids improve outcomes in peritonsillar abscess? Laryngoscope. 2015;125(3):537-8.
21. Chau JK, Seikaly HR, Harris JR, Villa-Roel C, Brick C, Rowe BH. Corticosteroids in peritonsillar abscess treatment: a blinded placebo-controlled clinical trial. Laryngoscope. 2014;124(1):97- 103.

**15. CONTROL DE CAMBIOS**

Versión	Fecha	Descripción	Elaboró	Revisó	Aprobó
001	Marzo 2015	Creación de la guía amigdalitis o hipertrofia amigdalalar.	Jefe de enfermería.	Director médico.	Comité Técnico científico.
002	Junio 2018	Se actualiza la guía en cuanto a su contenido.	Coordinador Tecnicocientífico.	Comité Técnico científico	Comité Técnico científico.