

## Diagnóstico y Tratamiento de la Faringitis Estreptocócica Aguda y Prevención de la Fiebre Reumática

Comité Editorial

Traducido y resumido de: *Prevention of Rheumatic Fever and Diagnosis and Treatment of Acute Streptococcal Pharyngitis: A Scientific Statement From the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee of the Council on Functional Genomics and Translational Biology, and the Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Academy of Pediatrics*. Michael A. Gerber, Robert S. Baltimore, Charles B. Eaton, Michael Gewitz, Anne H. Rowley, Stanford T. Shulman and Kathryn A. Taubert. *Circulation* 2009; 119; 1541-51

La presente guía fue publicada este año, y constituye una actualización de una anterior guía publicada en 1995. Agregamos algunas referencias de la guía en ciertos párrafos que consideramos importantes.

### Prevención de Ataques Iniciales (prevención primaria)

En la mayoría de los casos el tratamiento antibiótico de la faringitis estreptocócica impide el desarrollo de Fiebre Reumática Aguda.

### Diagnóstico de infecciones por estreptococos

Se ha demostrado que las infecciones estreptocócicas de la piel, como el impétigo o la piodermitis no llevan a Fiebre Reumática (FR). La faringitis aguda es causada más a menudo por virus que por bacterias. *Streptococcus del grupo C y G*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae* son también agentes causales de faringitis.

La faringitis por *Streptococcus β-hemolítico del grupo A (SBHGA)* es una enfermedad de los niños de 5 a 15 años de edad, siendo infrecuente en niños en edad preescolar y adultos, ocurre en el invierno y principios de primavera.

Los hallazgos clínicos sugestivos de faringitis por SBHGA se especifican en la tabla 1. Ninguno de estos datos clínicos son lo suficientemente específicos para diagnosticar faringitis por SBHGA, ya que pueden estar presentes en otras infecciones del tracto respiratorio superior. Los hallazgos clínicos altamente sugestivos de faringitis aguda viral se incluyen también en la tabla 1.

El diagnóstico etiológico de la faringitis basado en el cuadro clínico es poco confiable, entonces para el diagnóstico se requiere la confirmación

microbiológica mediante el cultivo de garganta o una prueba rápida de detección de antígeno.

Para decidir si se lleva a cabo un análisis microbiológico en un paciente con faringitis debemos considerar la clínica y la epidemiología. Si estos hallazgos son sugestivos de infección por SBHGA se debe realizar cultivo de garganta o un test de detección rápida del antígeno [*rapid antigen detection test (RADT)*] para confirmar el diagnóstico. Por tanto para aquellos pacientes con faringitis aguda pero con hallazgos clínicos y epidemiológicos que sugieran origen viral las pruebas diagnósticas no necesitan ser realizadas.

El uso de un algoritmo clínico sin confirmación microbiológica se ha recomendado por algunos autores como una estrategia aceptable para el diagnóstico de faringitis por GAS en adultos, sin embargo este enfoque podría dar lugar a una terapia antimicrobiana inapropiada e inaceptable en caso de que la faringitis en el adulto sea de origen no estreptocócico<sup>1,2</sup>.

### Cultivo de garganta

Es el método convencional para establecer el diagnóstico de faringitis. Paciente no tratado de faringitis es casi siempre positivo en el cultivo de garganta, sin embargo un cultivo positivo puede reflejar la colonización crónica de la faringe por SBHGA y la enfermedad aguda puede ser causada por otro agente. Un cultivo negativo permite retener la terapia antimicrobiana en pacientes con dolor de garganta.

### Pruebas de detección del antígeno

Muchas pruebas para detectar el antígeno SBHGA están disponibles comercialmente: la mayoría de estas tienen un elevado grado de especificidad pero baja sensibilidad. Por tanto el tratamiento es indicado en pacientes con faringitis aguda con RADT positivo.

En adultos el diagnóstico de faringitis mediante el cultivo de garganta sin confirmación por RADT es aceptable.

### Pruebas de anticuerpos estreptocócicos

Son de valor en la identificación de una infección anterior por GAS en un paciente sospechoso de tener FR. Los más empleados son antiestreptolisina O y B, desoxirribonucleasas y son útiles en pacientes que han tenido complicaciones no supurativas de la infección por SBHGA (FR y Glomerulonefritis Aguda). Los títulos de antiestreptolisina comienzan a aumentar en una semana con un pico de 3 a 6 semanas después de la infección y los títulos de desoxirribonucleasa comienzan a aumentar de 1 a 2 semanas con un pico de 6 a 8 semanas después de la infección, sin embargo los títulos de ambas pruebas pueden persistir durante varios meses incluso después de infecciones de SBHGA no complicadas.

### Tratamientos recomendados

Ver tabla 2.

### Otras consideraciones

Algunos antibióticos no se recomiendan para el tratamiento de infecciones respiratorias por SBHGA. Las tetraciclinas no deben ser utilizadas por la alta prevalencia de cepas resistentes. Las sulfonamidas y el trimetoprim-sulfametoxazol no erradican a SBHGA en los pacientes con faringitis y no debe utilizarse para el tratamiento de las infecciones activas<sup>3</sup>. No deben utilizarse fluoroquinolonas (ciprofloxacina) para el tratamiento de faringitis<sup>4</sup>.

### Seguimiento mediante el cultivo de garganta

Realizar cultivos a pacientes que permanecen sintomáticos, cuyos síntomas se repiten o han sufrido FR y tienen alto riesgo de recurrencia.

### Fracasos en el tratamiento

Ciclos repetidos de tratamiento rara vez se indican en pacientes asintomáticos que continúan abrigando al estreptococo después de la terapia adecuada. Un segundo curso del tratamiento debe considerarse sólo en personas con antecedentes personales o familiares de FR. Agentes tales como las cefalosporinas de espectro reducido, clindamicina, amoxicilina más ácido clavulánico o la combinación de penicilina con rifampicina son razonables en el tratamiento de pacientes

Hallazgos sugestivos de Faringitis por SBHGA	Hallazgos sugestivos de Faringitis Viral
Dolor de garganta de aparición súbita	Conjuntivitis
Odinofagia	Ronquera
Fiebre de grado variable	Tos
Dolor de cabeza	Diarrea
Nauseas, vómitos y dolor abdominal	Exantema y Enantema de características virales
Eritema y exudados amigdalofaríngeos	
Linfadenitis cervical anterior	
Petequias en paladar suave	
Úvula inflamada de color rojo carnosos	

Tabla 1: Hallazgos clínicos, epidemiológicos y diagnósticos de faringitis

Agente	Dosis	Vía	Duración
<b>Penicilinas</b>			
Penicilina V	Niños: 250 mg 2 a 3 veces al día en niños < 27 kg; niños > 27 kg, adolescentes y adultos: 500 mg 2 a 3 veces al día	Oral	10 días
Amoxicilina	50 mg/kg una vez/día (máximo 1 gramo)	Oral	10 días
Penicilina G benzatínica	600.000 U para pacientes < 27 kg y 1.200.000 U para >27 kg	IM	Una sola vez
<b>Para pacientes alérgicos a la penicilina</b>			
Cefalosporinas de espectro reducido	Variable	Oral	10 días
Clindamicina	20 mg/kg por día dividido en 3 dosis (máximo 1.8 g/día)	Oral	10 días
Azitromicina	12 mg/kg una vez/día (máximo 500 mg)	Oral	5 días
Claritromicina	15 mg/kg por día dividido BID (máximo 250 mg BID)	Oral	10 días

Tabla 2: Tratamiento recomendado

Categoría	Duración
Fiebre reumática con carditis y enfermedad cardíaca residual (enfermedad valvular persistente)	10 años o hasta 40 años de edad, puede ser de por vida
Fiebre reumática con carditis pero sin enfermedad cardíaca residual (sin enfermedad valvular)	10 años o hasta los 21 años de edad
Fiebre reumática sin carditis	5 años o hasta los 21 años de edad

Tabla 3: Duración de la profilaxis secundaria de Fiebre Reumática

Agente	Dosis	Vía
Penicilina G benzatínica	600.000 U para niños < 27 kg y 1.200.000 U para > 27 kg cada 4 semanas	Intramuscular
Penicilina V	250 mg dos veces al día	Oral
Sulfadiazina	0.5 g una vez/día para pacientes < 27 kg y 1 g una vez/día para > 27 kg	Oral
<b>Para pacientes alérgicos a la penicilina</b>		
Macrólidos	Variable	Oral

Tabla 4: Prevención secundaria de FR (prevención de ataques recurrentes)

con faringitis por SBHGA en los que la terapia inicial ha fracasado.

**Portadores**

Los portadores crónicos de estreptococos (personas con cultivos positivos sin hallazgos clínicos o respuesta inmunológica a antígenos SBHGA) por lo general no es necesario que sean tratados con antibióticos.

**Faringitis no-SBHGA**

Tanto los *Streptococcus del grupo C y G* pueden producir faringitis aguda y son los agentes etiológicos más comunes entre los universitarios y adultos, sin embargo la FR no se ha descrito como complicación de la faringitis de los grupos C y G.

**Prevención de los Ataques Recurrentes de FR (prevención secundaria)**

Una persona con un ataque anterior de FR desarrolla un alto riesgo de ataques recurrentes. La prevención de episodios recurrentes de faringitis por SBHGA es el método más eficaz para

prevenir el desarrollo de cardiopatía reumática grave. La reparación de la FR puede ocurrir incluso cuando la infección sintomática se trata de manera óptima. Por tales razones la prevención secundaria requiere una continua terapia antimicrobiana, esta terapia continua se recomienda para pacientes con un historial documentado de FR (incluyendo casos en los que se manifiesta únicamente la corea de Sydenham) y los que tiene pruebas definitivas de cardiopatía reumática. La profilaxis debe iniciarse tan pronto se haya hecho el diagnóstico de fiebre o cardiopatía reumática.

**Duración de la profilaxis**

Los médicos deben tener en cuenta cada situación individual cuando determinan la duración de la profilaxis. Debe tomarse en cuenta además la presencia de cardiopatía reumática.

Las recomendaciones figuran en la tabla 3 y la elección del régimen para la prevención secundaria de la FR en la tabla 4.

**Referencias**

- McIssac WJ, Kellner JD, Aufrecht P, Vanjaka A, Low DE. **Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults.** Published correction appears in [JAMA. 2005; 294: 2700]. JAMA 2004; 291: 1587-95.
- Humair JP, Revaz A, Bovier P, Stalder H. **Management of acute pharyngitis in adults: reliability of rapid streptococcal tests and clinical findings.** Arch Intern Med 2006; 166: 640-44.
- Coonan KM, Kaplan EL. **In vitro susceptibility of recent North America group A streptococcal isolates to eleven oral antibiotics.** Pediatr Infect Dis J 1994; 13: 630-35
- Wickman PA, Black JA, Moland Es, Thomson KS. **In vitro activities of DX- 619 and other comparison quinolones against Gram-positive cocci.** Antimicrob Agents Chemother 2006; 50: 2255-57.