

Amigdalitis Viral o Bacteriana?

Tania Sih

Cuando hablamos de amigdalitis, lo correcto sería la denominación de faringoamigdalitis (FA), ya que en la faringe existen los cordones laterales con el mismo tipo de tejido que compone el Anillo Linfático de Waldeyer. Difícilmente el paciente tendrá una amigdalitis aislada, generalmente es el Anillo Linfático como un todo el que está comprometido, por tanto lo correcto sería decir faringoamigdalitis. La misma analogía podría hacerse con la sinusopatía, pues el tejido nasal también estaría comprometido en un caso de alergia o infección, y el paciente sería portador de una rinosinusopatía.

Faringoamigdalitis bacterianas

Existen varias etiologías para la FA aguda. Entre los microorganismos bacterianos, la bacteria más comúnmente asociada con la FA en niños es el *Streptococcus pyogenes* del Grupo A (SGA), también conocido como GABHS (Group A beta-hemolytic *Streptococcus*). Sabemos que por la clasificación de Lancefield existen 18 grupos de *Streptococcus pyogenes*, de estos hay posibilidad de desarrollar faringitis por los Grupos C, G y B; sin embargo estas son diferentes de las FA causadas por el SGA, que pueden estar asociadas a secuelas supurativas mientras que los otros grupos de *Streptococcus pyogenes* no lo están.

En general las FA causadas por el SGA son benignas, autolimitadas, sin complicaciones. Sin embargo, en un pequeño número de pacientes afectados puede existir la posibilidad del desarrollo de una enfermedad grave, la fasciitis necrotizante, y secuelas como complicaciones renales y cardíacas, secundarias a una infección por el SGA. Como existen evidencias de que el tratamiento precoz de las infecciones provocadas por el SGA, con antibiótico, es eficaz, es imperativo realizar un diagnóstico y aplicar una terapéutica adecuada.

El pico de incidencia de infecciones causadas por el SGA ocurre en el invierno y primavera, en niños y adolescentes, en especial en aquellos donde el contacto es muy próximo, como en las escuelas. La transmisión sería por medio de gotas de saliva, con un período de incubación entre 1-4 días. En Brasil, los estudios realizados con niños entre 2-12 años de edad, demuestran la positividad del cultivo para el SGA en 24% de las FA agudas.

Los signos y síntomas de la FA causada por el SGA varían de un dolor de garganta y mal estar moderados (30 a 50% de los casos), hasta fiebre alta, náuseas, vómitos y deshidratación (10% de los casos). El inicio es abrupto, agudo, caracterizado por odinofagia, fiebre alta, cefalea y dolor abdominal. La mucosa faringoamigdalina

está típicamente hiperémica, ocasionalmente con edema, con exudado presente en 50-90% de los casos. La adenopatía cervical es muy común (30-60% de los casos). El exantema escarlatiniforme, cuando se presenta en la forma clásica, es bastante indicativo de infección bacteriana, pero es poco frecuente. De acuerdo con algunos estudios, las petequias en el paladar, exudado amigdalino y ganglios dolorosos podrían ser signos y síntomas predominantes en las FA por el SGA, y en otras muestras, la odinofagia y el exantema escarlatiniforme tienen significado estadístico en casos de FA por el SGA. Sin embargo, inclusive en muestras semejantes, los signos y síntomas varían de estudio para estudio.

Recientemente, se identificó una alteración (PANDAS – pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder) asociada con infecciones por el SGA, donde disturbios compulsivos/obsesivos (como la preocupación de lavarse muchas veces las manos, con miedo de contaminarse por microorganismos, o la necesidad de orinar a toda hora, sin tener infección urinaria), son relevantes.

Para el diagnóstico etiológico definitivo de una FA causada por el SGA el cultivo de la amígdala, de las criptas amigdalinas o de la faringe es el examen patrón-oro, con aproximadamente 95% de especificidad en la identificación del SGA. Existe también el examen diagnóstico de detección rápida, para un grupo específico de carbohidratos, que incluyen inmunoensayos enzimáticos y aglutinación con látex. A pesar de que la especificidad del examen rápido para la detección del SGA (QuickVue +® Strep A Test*) sea mayor de 90%, existe un índice de falsos positivos de 15% y la sensibilidad varía entre 60-90% (dependiendo del local donde fue tomado el material para el examen, como hospitales, clínicas, consultorios). Como resultado, muchos médicos preconizan el cultivo de garganta para un niño con sospecha de FA estreptocócica, cuando el examen rápido para el SGA fuese negativo. Exámenes serológicos como la elevación de ASLO (anti-estreptolisina O) deben interpretarse con cuidado, una vez que la estreptolisina O también es elaborada por los *Streptococcus* C y G, estos títulos también varían con la edad y con el uso de algunos antibióticos.

La orientación de la Academia Americana de Pediatría de 1994 es de emplear métodos microbiológicos, de preferencia cultivo de orofaringe, para la detección del SGA.

El tratamiento está indicado para todos los pacientes con un examen rápido positivo para el antígeno del Grupo A. Cuando el examen rápido fuera negativo, mientras se espera el resultado del cultivo, hay quienes preconizan la introducción del antibiótico durante algunos días (mientras llega el resultado del cultivo) y discontinuar el tratamiento, si el resultado fuera negativo. Otros admiten que se puede esperar el resultado del cultivo utilizando solo medicamentos sintomáticos (para fiebre, dolor o una eventual deshidratación), sin antibiótico, y solo administrarlo, cuando el resultado de la misma fuera positivo.

Otras bacterias menos comunes que causan la FA son los *Streptococcus pyogenes* del Grupo C y G que dan una infección semejante a la provocada por el SGA, sin embargo de evolución autolimitada y sin la secuela de la

* Hay un kit comercial - QuickVue+® Strep A (Corporación Quidel, San Diego, California, EE.UU.)

fiebre reumática. La faringoamigdalitis por *Neisseria gonorrhoeae* es rara y ocurre típicamente en adolescentes (al examen hay concomitantemente una infección genital con la FA). El papel del *Mycoplasma pneumoniae* y la *Chlamydia pneumoniae* como causas de FA es incierto; estas infecciones generalmente se acompañan de otros signos de infección respiratoria, especialmente la tos. La difteria es una causa rara de FA, en especial debido a la inmunización, y puede reconocerse por una membrana en la faringe de color grisáceo y asimétrica, que se extiende a los pilares amigdalinos, paladar blando y úvula. El *Arcanobacterium hemolyticum* es poco frecuente, y, si ocurre, sería más en adolescentes, presentando un exantema escarlatíniforme, asociado a la faringoamigdalitis.

Faringoamigdalitis virales

La predominancia de infecciones virales es muy grande en niños < 3 años de edad, un grupo etáreo donde difícilmente ocurre la FA causada por el SGA. La irritación de la faringe/amígdalas ocurre frecuentemente en personas con Rhinovirus, Adenovirus, Influenza, Parainfluenza, Virus Respiratorio Sincicial e infección por el virus Epstein-Barr.

Los signos y síntomas de las FA en las infecciones virales se sobreponen mucho a las FA por el SGA, sin embargo también pueden existir diferencias en el cuadro clínico. Los niños con infecciones virales muchas veces tienen signos y síntomas extra-faríngeos, como secreción nasal, conjuntivitis, tos y ronquera. La infección por el adenovirus, causa común de faringoamigdalitis exudativa prolongada, por ejemplo, puede estar acompañada por conjuntivitis (fiebre faringoconjuntival), mientras que, en infecciones por el virus Epstein-Barr pueden ocurrir así como en la mononucleosis, una linfadenopatía generalizada y esplenomegalia. Los virus Cocksackie y Herpes Simplex, con frecuencia causan estomatitis, así como faringitis y pueden presentarse lesiones vesiculares o ulcerativas.

Conclusión

En virtud de que la mayoría de los episodios de FA no se deben a SGA, la terapia antibiótica empírica resultaría en un tratamiento excesivo con antibióticos. La disponibilidad de exámenes microbiológicos específicos (examen rápido para el *Streptococcus* del Grupo A - SGA - y/o cultivo de garganta) para el diagnóstico de infecciones causadas por el SGA, torna eficaz la estrategia diagnóstica, con buena relación costo-beneficio, representando este un abordaje correcto para evitar el uso excesivo de antibióticos.

Infelizmente muchos médicos se basan en razones que no justifican realmente el uso del antibiótico, talvez hasta cedan porque los padres quieren que se prescriba un antibiótico, aunque el microorganismo no sea el SGA. Este abordaje, con el uso de antibióticos en las faringoamigdalitis lleva a la siguiente situación: en los Estados Unidos, alrededor del 70% de las FA se tratan con antibióticos, apesar de que solamente 15-25% de todas las faringoamigdalitis son causadas por el SGA. Un menor uso de antibióticos reduce la selección de las bacterias resistentes a los mismos, tanto para los agentes presentes en la vía aérea – el *Streptococcus pneumoniae* y el *Haemophilus influenzae* – como para los presentes en la piel y en el sistema digestivo.

Los principios del uso racional de antibióticos en las faringoamigdalitis deberán:

- basar el diagnóstico en exámenes microbiológicos y laboratoriales (cultivo y/o examen rápido), juntamente con los hallazgos epidemiológicos y clínicos;
- tratar solo las infecciones causadas por el SGA u otras etiologías bacterianas específicas;
- seleccionar la penicilina, que continua siendo el antibiótico de elección.

Los síntomas y/o signos que caracterizan las faringoamigdalitis no sirven como diagnóstico diferencial entre casos virales y bacterianos. Aunque la combinación de los signos y/o síntomas no puede diferenciar con seguridad las faringoamigdalitis virales de las bacterianas, el diagnóstico de la faringoamigdalitis estreptocócica, en pacientes con sospecha clínica y epidemiológicamente, deberá establecerse por medio de exámenes microbiológicos. La atención al niño con faringoamigdalitis debe mejorarse. En la evaluación inicial deberán realizarse el test rápido o el cultivo, si fuera posible,.

La ventaja para la Salud Pública es nítida: la menor utilización de antibióticos y la reducción en la velocidad del desarrollo de resistencia de diversas bacterias. Frente a todas las evidencias, la obligatoriedad y/o normatización de la investigación del *Streptococcus pyogenes* del Grupo A (SGA) en las faringoamigdalitis agudas, antes de la prescripción antibiótica, parece ser apenas una cuestión de tiempo.

Lecturas recomendadas

1. Schwartz B. Tonsilite viral ou bacteriana? In: Sih T. Infectologia em Otorrinopediatria. Revinter, Rio de Janeiro, 2002.
2. Zuquim SL. Diagnóstico clínico e laboratorial das faringotonsilites estreptocócicas na infância [dissertação]. São Paulo (SP); Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 1997.
3. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM, Kaplan EL, Schwartz RH. Infectious Diseases Society of America. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 35:113-125. 2002.
4. American Academy of Pediatrics. Group A Streptococcal Infections. In: Pickering LK, ed. Red Book: 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases. 26th ed. Elk Grove Village (IL): American Academy of Pediatrics; p. 573-584. 2003.
5. Spadetto CC, Camara SM, Ingles MJA, Escuriet JM, Barcelo IC, Sanchez FR. Rational use of antibiotics in pediatrics: impact of a rapid test for detection of beta-haemolytic group A streptococci in acute pharyngotonsillitis. Ann Esp Pediatr. 52: 212-219. 2000.
6. QUIDEL Corporation [homepage on the Internet]. San Diego: c2003 Quidel Corporation [cited Jan 17] Procedure manual QuickVue+Strep A test for use by health care professionals; [about 54 screens] Available from: <http://www.quidel.com/libraries/pkginserts/RD/QuickVuePlus StrepA.pdf>.
7. Schwartz B, Marcy SM, Phillips WR, Gerber MA, Dowell SF. Pharyngitis: principle of judicious use of antimicrobial agents. Pediatrics. 101:171-174. 1998.