

# *Dilemas Diagnósticos entre Amigdalitis Viral y Bacteriana*

Mesa Redonda

Moderador: **Jayme Murahovski**

Panelistas: **Edigar R. de Almeida, Luiza H. Endo y  
Sílvia Luiz Zuquim**

## **Jayme Murahovski (Pediatra)**

*En 1950 se confirmó la asociación entre la fiebre reumática y las infecciones estreptocócicas. En 1960 se demostró que el manejo apropiado de la amigdalitis estreptocócica, con erradicación del Streptococcus pyogenes del Grupo A (SGA), prevenía la fiebre reumática. Hay muchos casos de infecciones amigdalinas que pueden ser virales o bacterianas, y no siempre es fácil distinguir entre las dos. Por ende, el dilema que se nos presentó fue: sobre si tratamos los casos de faringitis y amigdalitis para no correr el riesgo de obviar un par de casos de amigdalitis por SGA y abusamos de los antibióticos, o restringimos el uso de antibióticos y no detectamos algunos casos de amigdalitis por SGA con las subsecuentes consecuencias. Por ende, la pregunta termina siendo como podemos diferenciar de las amigdalitis bacterianas de las virales.*

## **Silvia Luiz Zuquim (Pediatra)**

En verdad que este es un gran problema el cual enfrentamos en nuestra práctica diaria en los consultorios y cuartos de urgencias. Clínicamente es difícil concluir si una infección es bacteriana o viral. Asumiendo que no hay posibilidad de hacer la prueba rápida para el *Streptococcus pyogenes* del Grupo A (QuickVue+® Strep A Test)\*, ni el cultivo del exudado amigdalino lo cual es el estándar de oro, y teniendo el conocimiento de que algunos casos de amigdalitis viral comparten aspectos clínicos con los bacterianos, debemos siempre tomar la edad en cuenta. La incidencia del 10, 15 o hasta 30% de amigdalitis por SGA se asocia a los niños entre las edades de 2 y 15 años. Sin embargo, en los menores de 5 años, y en especial en los menores de 3 años, la incidencia es de tan sólo 2% a 2.5%. Así, niños pequeños normalmente padecen de amigdalitis viral, probablemente causada por el adenovirus, aunque haya exudado, hiperemia y adenomegalia. Un niño mayor con estos síntomas y signos probablemente tiene un cuadro bacteriano. Otros datos importantes que favorecen el diagnóstico de amigdalitis bacteriana son cólicos abdominales, vómitos y cefalea. El cuadro clínico viral clásico sugestivo de afectación viral incluye tos, conjuntivitis, coriza y diarrea. Cuando asociamos la edad del paciente con la evidencia clínica, aún cuando hay

---

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

aspectos orofaríngeos similares, podemos hacer un buen diagnóstico etiológico.

***Edigar Rezende de Almeida (Otorrinolaringólogo)***

Cuando el cuadro clínico es dudoso, es importante tratar al niño sintomáticamente por dos días, y cuando regresa a la consulta es más fácil hacer el diagnóstico. Obviamente, si la prueba rápida QuickVue+® Strep A Test o un cultivo están disponibles, se deben de realizar. Pero, en términos prácticos, esto no siempre se hace. Esta es la razón por la cual es importante manejarlo sintomáticamente por un período corto de tiempo para luego revisar nuevamente el caso. Si persiste la duda, se debe tratar como una infección por SGA y se debe prescribir una penicilina. El nivel socioeconómico y cultural de la familia puede influenciar el manejo, el cual puede hasta ser agresivo, al igual que la elección de un antibiótico, el cual puede ser una sola dosis intramuscular de penicilina benzatínica o amoxicilina oral por 8 días. El esperar 2 ó 3 días no debe causar inconveniente mayor ya que sabemos que sólo el 1% de las faringoamigdalitis no tratadas llevarán a una fiebre reumática, y la demora en tratamiento de hasta 7-8 días no aumenta la incidencia de complicaciones.

***Jayme Murahovschi***

*Los pediatras aman y odian a la vez las consultas telefónicas y reconsultas, pero no hay otra forma de practicar una Medicina eficiente en la mayoría de enfermedades, incluyendo la amigdalitis. El seguimiento es indispensable para lograr un buen diagnóstico y manejo clínico. Yo tengo una pregunta: Si un niño de 3 años acude a la consulta y la madre refiere “infecciones de garganta” a repetición y dice “Doctor, mi hijo siempre tiene dolor de garganta o infección de garganta y ya no lo aguanto más... yo le doy antibióticos cada 30 a 45 días, no sería mejor operarlo?”*

***Luíza H. Endo (Otorrinolaringóloga)***

En el caso de un niño de 3 años con dolores de garganta a repetición, debemos analizar bien el caso antes de indicarle cirugía. En este rango de edad, el dolor de garganta es usualmente de etiología viral, pero no podemos aseverar esto con certeza sin un cultivo. Debemos recordar que niños que atienden guarderías o jardines infantiles tienen un alto porcentaje de infecciones del tracto respiratorio superior asociado a dolor de garganta. El examen orofaríngeo y una buena historia clínica pueden apoyar el diagnóstico, y en casos dudosos podemos hacer el cultivo de la faringe y amígdalas para hacer la prueba por SGA. Si en la siguiente visita le confirmamos a la madre que las infecciones son de etiología bacteriana, podemos sugerir cirugía.

***Jayme Murahovschi***

*Es común encontrar amigdalitis bacteriana en los primeros 3 años de vida?*

***Luíza H. Endo***

No, no es común. Debemos estar atentos a este dato ya que la faringoamigdalitis en infantes puede presentar con exudado, razón por la cual se llama faringoamigdalitis exudativa viral. El Adenovirus es el responsable por un gran número de infecciones de este tipo. Exudado amigdalino con hiperemia sugiere una etiología bacteriana en niños mayores. Quisiera señalar que este hecho se puede presentar en la faringoamigdalitis exudativa también, debido a la mononucleosis (Infección por el

virus Epstein-Barr). En cualquier caso en el cual se manifiesta la faringoamigdalitis con síntomas como coriza, tos, ronquera o diarrea, debemos recordar que estos síntomas son sugestivos de una infección viral.

**Jayme Murahosvchi**

*Un punto muy importante para recordar es saber la edad del niño. No hay amigdalitis por SGA antes de los 18 meses de edad. Aun es raro entre los 1 y 3 años de edad. A partir de los 5 años, el aumento en la incidencia es muy obvio. Cuando hay infección en un niño menor a los 2 años, lo más probable es que no sea de etiología bacteriana y es muy probable de que acabara de comenzar a ir a una guardería, lugar en el cual son muy comunes las infecciones respiratorias. A esta edad, el exudado amigdalino, usualmente causado por el adenovirus, es comúnmente confundido con el pus por el paciente y hasta los médicos.*

*Pregunta: “Aumenta la incidencia de complicaciones si esperamos 2 ó 3 días?”*

**Silvio Luiz Zuquim**

Un estudio se realizó en el Hospital de la Santa Casa (São Paulo) con niños de escasos recursos de la ciudad de São Paulo - 450 sujetos, quienes tenían la clásica presentación de amigdalitis y la incidencia del SGA fue baja (27%). En este estudio los niños menores de 3 años representaron sólo el 2.5%, lo cual significa que la infección es rara aún cuando había un exudado sospechoso o “presentación típica”. El cultivo de las amígdalas se recoge el primer día, y 48-72 horas más tarde está el resultado. Esta demora no aumenta la incidencia de glomerulonefritis o fiebre reumática, tal y como lo han presentado los estudios que demuestran que uno puede esperar hasta 7 ó 8 días sin aumentar los riesgos. Al contrario, el beneficio al paciente y a la comunidad son evidentes.

**Adenda** - Recientemente, un nuevo estudio realizado en el cuarto de urgencias del Hospital de la Santa Casa de San Pablo, comparó el diagnóstico clínico con la prueba rápida (QuickVue+® Strep A Test) y el cultivo. Los doctores sobreestimaban la indicación de antibióticos (lo recomendaron en un 47% de casos con cultivos negativos). También fallaron al no tratar un 21% de casos positivos para la prueba rápida. Los autores recomiendan el uso de la prueba rápida (QuickVue+® Strep A Test) para evitar el uso inadecuado de antibióticos.

**Jayme Murahosvchi**

*El seguimiento clínico después de un período corto de tiempo no sólo no aumenta los riesgos sino que puede ser beneficioso. Algunos estudios demostraron que cuando uno espera 24 - 48 horas antes de iniciar el tratamiento, se pueden evitar las recaídas o recidivas, porque le proporcionan al cuerpo una oportunidad para reactivar sus defensas. Cuando el tratamiento es inmediato, este sistema no se activa y el riesgo de padecer de una recurrencia a corto plazo es alta. Pregunta: “Podemos considerar la amigdalitis-adenoiditis viral o bacteriana en un niño que presentó obstrucción severa de la vía respiratoria alta? Puede una amígdala inflamada justificar eso? Pudiese ser adenoiditis? Es bacteriana o viral?”*

**Luíza H. Endo**

Hay algunas faringoamigdalitis virales tales como las causadas por el virus Epstein-Barr que pueden presentar con marcada hipertrofia amigdalina y/o adenoidea. Este virus puede ser linfoproliferativo, y tiende a causar obstrucción de la vía

respiratoria superior, lo cual puede obligar a realizar una adenoamigdalectomía urgente. En algunos casos de amigdalitis bacteriana, podemos encontrar un aumento significativo del volumen, causando obstrucción de la vía respiratoria superior, pero no es tan común como en los casos de faringoamigdalitis causadas por el Virus Epstein-Barr. Permítame recordarle que antes de que ordene un procedimiento urgente en el caso de obstrucciones parciales, el uso de corticoides puede prevenir la cirugía. Adenoiditis (rinofaringitis) aislada, ya sea bacteriana o viral, también puede causar obstrucción de la vía respiratoria superior. En estos casos, la rinoscopia posterior y/o nasofibroscopia nos darán el diagnóstico final.

### **Jayme Murahosvchi**

*Pregunta: “A veces el niño no quiere abrir la boca pero tenemos que recolectar una muestra. ¿Qué podemos hacer?”*

### **Edigar Rezende de Almeida**

En un caso como ese, si no recogemos suficiente material, las pruebas de antígeno de superficie son sumamente insensibles, pudiendo bajar hasta un 30%. En los casos vistos en el Hospital de Clínicas de San Pablo, un resultado positivo se observó con una variación de 30 hasta 70% debido a las diferencias entre las personas que tomaran las amuestras. Es nuestro pensamiento que, en un caso en el cual hay dificultades, si la presentación epidemiológica y clínica no excluyen la posibilidad de una infección por SGA, estamos obligados a iniciar la antibioterapia.

### **Jayme Murahosvchi**

*Para concluir, el dolor de garganta con signos de un resfriado común no son infección por SGA. El dolor de garganta en niños menores de 1.5 años y casi siempre en los menores de 3 años no es por SGA. Al contrario, hay casos típicos de amigdalitis por SGA en pre-escolares y escolares. El seguimiento por 2 ó 3 días es una estrategia importante para lograr el diagnóstico etiológico. En casos en el cual la duda persiste, nosotros altamente recomendamos la prueba rápida para el *Streptococcus pyogenes* del Grupo A (QuickVue+® Strep A Test) y ocasionalmente el cultivo para investigar por la presencia de SGA en el exudado amigdalino.*

## **Lecturas recomendadas**

1. Santos AG, Berezin EN. Comparação entre métodos clínicos e laboratoriais no diagnóstico das faringotonsilites estreptocócicas. J Pediatr (Rio J) 2005; 81: 23-8.
2. Ejzemberg B. A conduta frente ao paciente com faringite aguda. J Pediatr (Rio J) 2005; 81:1-2.
3. Merrill B, Kalsberg G, Jankovski TA, Danis T. What is the most effective diagnostic evaluation of streptococcal pharyngitis? J Fam Pract 2004;53:737-8.
4. Darrow DH, Buescher ES – Group A streptococcal pharyngitis Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2002; 10:449-54.
5. Schwartz B – Tonsilite viral ou bacteriana? In Sih T. Infectologia pediátrica – Revinter, 2001, p 47-51.

---

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