

# *Dilemas Diagnósticos entre la Amigdalitis Viral y Bacteriana*

---

*Mesa Redonda*

Moderador: ***Edigar R. de Almeida***  
Participantes ***Luiza Endo, Maria Helena Kiss,  
Renata di Francesco y Silvio Luiz Zuquim***

**Edigar R. de Almeida** - *Aún existen controversias con respecto de la conducta frente a las faringoamigdalitis, que son extremadamente comunes en nuestros pacientes pediátricos.*

*Abordaremos algunas opiniones con respecto de determinados aspectos de esa enfermedad. Inicialmente preguntaremos a Maria Helena Kiss: Si tuviéramos a un niño con cuadro poliarticular; relacionado con historia de faringoamigdalitis frecuentes, ¿Cuál sería la conducta con relación al diagnóstico y al tratamiento de ese niño?*

**Maria Helena Kiss** – Niños con esa historia deben ser cuidadosamente investigados en cuanto a sus síntomas y signos clínicos. En primer lugar, es importante la caracterización del cuadro poliarticular: ¿Poliartritis o poliartalgia? Conviene recordar que para el diagnóstico de artritis es necesaria la presencia de datos objetivos al examen físico articular (derrame, dolor, limitación de los movimientos, etc), en cuanto que la artralgia es una queja clínica, relacionada a la presencia de dolor, sin alteraciones al examen físico.

En segundo lugar, es necesario caracterizar la historia de faringoamigdalitis frecuentes, que en la gran mayoría de los niños son de etiología viral. Pero, frente a la posibilidad del diagnóstico de fiebre reumática, se vuelve más importante investigar la etiología estreptocócica, ya que la fiebre reumática es siempre consecuencia de una faringoamigdalitis causada por el *Streptococcus pyogenes* del Grupo A (GAS). En este caso, la realización de una prueba rápida (Quick View Strep A Test \*) y/o un cultivo de la orofaringe son decisivos para documentar la infección reciente.

Después de caracterizar el cuadro articular y la faringoamigdalitis, tenemos varias posibilidades. La primera se refiere al diagnóstico de fiebre reumática, posible en la presencia de poliartitis aguda, de carácter migratorio, con compromiso preferencial de grandes articulaciones, componente doloroso prominente y de duración media, de origen articular, de una semana (signo mayor de los criterios de Jones). Las artralgias son consideradas signos menores dentro

---

\* Existe a disposición un Kit comercial - QuickVue+® Strep A de Quidel Corporation, San Diego, California, USA

Del diagnóstico de fiebre reumática y debería ser valorizadas como tal, en la presencia de artritis como signo mayor. La presencia de por lo menos otro signo mayor de los criterios de Jones (carditis y/o corea y/o eritema marginado y/o nódulos subcutáneos) o de por lo menos dos signos menores, con excepción de artralgia (fiebre y/o alteración de las pruebas de fase aguda y/o aumento del intervalo P-R en el electrocardiograma), asociados a infección estreptocócica reciente, permite el diagnóstico de fiebre reumática y la conducta terapéutica prevé la administración de anti-inflamatorios y penicilina benzatínica (profilaxis primaria y secundaria)

La segunda posibilidad se refiere a la presencia de poliartritis aguda, pero sin las características ya descritas y asociada a una infección estreptocócica reciente. En este caso, podría tratarse de la artritis reactiva post estreptocócica, caracterizada por un período de latencia corte entre la infección estreptocócica y la artritis, que con frecuencia es simétrica, compromete pequeñas articulaciones y articulaciones axiales, presenta duración prolongada (dos a tres semanas) y presenta rigidez matutina. La artritis reactiva post-estreptocócica, en países como Brasil, donde la fiebre reumática aún es una realidad, debe ser tratada como fiebre reumática, ya que el riesgo de carditis es igual en las dos situaciones. Así, el cuadro articular típico o atípico de fiebre reumática, cuando está asociado a una infección estreptocócica reciente y acompañado de otros signos que permitan cumplir los criterios de Jones, serán tratados como fiebre reumática.

Una tercera posibilidad, más frecuente, sería el cuadro de poliartritis o poliartralgia aguda reactiva, asociado a faringoamigdalitis virales.

Eventualmente, en la presencia de compromiso articular bastante sugestivo de fiebre reumática, asociado a otros signos mayores y/o menores, no es posible evidenciar la presencia de infección estreptocócica reciente por los recursos actualmente disponibles (cultivo de orofaringe, ASLO) que, en conjunto, representan el 80% de las posibilidades. Esta posibilidad requiere una evaluación bastante cuidadosa en cuanto al diagnóstico de fiebre reumática y a los posibles factores de riesgo de ese niño en relación a nuevos agudizaciones de la dolencia. Niños en edad escolar, con bajo nivel socio-económico, sujetos a ambientes confinados tendrán mayores riesgos de adquirir nuevas infecciones estreptocócicas y por tanto nuevos episodios de fiebre reumática (riesgo de carditis). En estos casos, cabría la introducción de penicilina benzatínica profiláctica que, en la ausencia de carditis, debe extenderse hasta los 18 años de edad y, por un período mínimo de cinco años.

**Edigar R. de Almeida** - ¿Serían cinco años de profilaxis?

**Maria Helena Kiss** – Habitualmente no. Una duración de cinco años de profilaxis, independientemente de la edad del niño, podría excepcionalmente ser considerada para casos semejantes a los descritos arriba, en relación a dudas en cuanto al diagnóstico, pero en niños de bajo riesgo (en especial, alto nivel socio-económico). El argumento favorable a esta conducta se basa en el hecho de que el 97% de la recurrencias de fiebre reumática ocurren en los primeros cinco años después del episodio inicial.

**Edigar R. de Almeida** - *Silvio Luiz Zuquim ¿En que circunstancias clínicas debemos sospechar de una posible mononucleosis o una eventual virosis? ¿Cuál*

*sería el procedimiento diagnóstico y la eventual conducta para esos casos? Nosotros inclusive ¿Dejamos de hacer muchos de esos diagnósticos, a veces por falta de pensar en esta posibilidad?*

**Sílvio Luiz Zuquim** - Los pediatras también dejan pasar muchos casos de mononucleosis de manera que el diagnóstico diferencial de amigdalitis simple aguda o de la amigdalitis que acompaña a la mononucleosis, principalmente en el grupo etario donde las dos son más comunes, a partir de los cinco años de edad, y realmente es una duda que todos tenemos. Clínicamente, haciendo el examen de orofaringe, usted no consigue diferenciar el agente etiológico, de manera que tenemos que asociar el cuadro clínico con un examen de laboratorio que pueda auxiliarnos. ¿Qué acostumbramos hacer en la práctica? Sabemos que la incidencia del *Streptococcus pyogenes* del Grupo A (GAS), a partir de cinco años hasta los 15 años es de alrededor de 25 a 30%, dependiendo del país. No tenemos exactamente la incidencia de etiología viral en ese grupo etario. Creemos que es alrededor del 70% (adenovirus y eventualmente mononucleosis también). Por tanto, algunos datos clínicos son importantes, un niño que tiene una amígdala con exudado, pero también tiene asociado, por ejemplo, conjuntivitis, tos o coriza, habla a favor de un cuadro viral. Un niño que presenta vómitos, dolor de estómago, cólicos abdominales, habla a favor de un cuadro bacteriano. Lo que es importante en el examen clínico, además de la orofaringe, es la palpación de otras cadenas ganglionares además de la submandibular, como la cervical posterior, inferior, axilares e inguinales, ya que si están aumentadas, hablan a favor de un cuadro de mononucleosis más que uno estreptocócico. La palpación abdominal es importante. La presencia de hepatoesplenomegalia habla más a favor de una mononucleosis. Si partimos para exámenes de laboratorio, hoy en día se puede detectar un virus en algunos días y hasta en cuatro horas si ellos cuentan con el kit rápido para el virus Epstein Barr, pero es una cosa difícil. En términos de laboratorio tal vez un hemograma ayude, si se encuentra una linfocitosis atípica mayor a 20%, pero en las primeras 40 a 72 horas suele no haber una atipia tan intensa. Creo que con el test rápido para el *Streptococcus pyogenes* del Grupo A, con los que hoy en día cuentan muchos servicios de emergencias aquí en Sao Paulo, usted puede lograr hacer el diagnóstico. Con un test rápido (Quick Vue Strep A Test\*) usted puede hacer en su consultorio con facilidad, en cinco a diez minutos. Teniendo un resultado negativo para *Streptococcus pyogenes* del Grupo A, más hepatoesplenomegalia, ganglios cervicales infartados, es muy probable que se trate de mononucleosis. Creo que un examen físico completo, con adenomegalias generalizadas, un cuadro asociado a otros signos como tos, coriza, conjuntivitis y, eventualmente una prueba rápida para *Streptococcus pyogenes* del Grupo A negativo, irá a resultar en una menor prescripción de antibióticos.

**Edigar R. de Almeida** – *¿Cuál sería el porcentaje de incidencia de mononucleosis en el grupo etario debajo de 15 años? ¿Podría comentarnos sobre ese dato?*

---

\* Existe a disposición un Kit comercial - QuickVue+® Strep A de Quidel Corporation, San Diego, California, USA

**Sílvia Luiz Zuquim** - En verdad es un dato difícil pues no existen grandes trabajos con niños solo con exudado purulento amigdalino y mononucleosis. Nosotros hicimos varios trabajos de *Streptococcus pyogenes* del Grupo A similares a otros en el mundo, y sabemos que el 70-75% son virales. De esos virus ¿Cuántos son mononucleosis? Infelizmente no disponemos de estos datos.

**Edigar R. de Almeida** - *Gracias. Luiza Endo ¿Cuál es la prevalencia actual en Brasil del Streptococcus pyogenes del Grupo A en las faringoamigdalitis?*

**Luíza H. Endo** - Reuniendo los datos de estudios realizados sobre la bacterioscopia de las faringoamigdalitis realizados en la UNIFESP, con los que obtuvimos entre el 2002 al 2003 en la UNICAMP y en una clínica privada, percibimos que hubo un aumento de la prevalencia del *S. pyogenes* del Grupo A. En el 2002, la tasa de identificación de esta bacteria era de alrededor del 20%. En el estudio realizado en el 2003, decidimos tomar el material de las amígdalas a través de swab, personalmente, sin depender de la colecta de material de las amígdalas en los laboratorios. De esta forma, vimos que hubo un aumento de la incidencia del *S. pyogenes* del Grupo A, para el 43,7%. Considerando que hay 5-10% de portadores saludables, estaríamos, actualmente, con una prevalencia de esta bacteria en alrededor del 30 al 33%. Estos datos son semejantes a los encontrados en la literatura internacional. Este hecho es importante pues percibimos que el modo de tomar el material de las amígdalas para la detección de este estreptococo hace la diferencia.

**Edigar R. de Almeida** - *¿Podemos confiar en los valores predictivos para el diagnóstico de las infecciones bacterianas?*

**Luíza H. Endo** - Como la realización de la prueba rápida, así como el cultivo no es siempre es viable en nuestro medio, dependemos de los signos clínicos, y síntomas predictivos para el diagnóstico de la faringoamigdalitis estreptocócica. Los signos y síntomas predictivos de infección bacteriana para dirigir el tratamiento de las faringoamigdalitis son: dolor de garganta, con adenomegalia cervical con o sin dolor, fiebre mayor de 38,5°C, eritema con exudado en las amígdalas y ausencia de signos de infecciones virales tales como la tos, coriza, ronquido, diarrea. Para evaluar el valor efectivo de los signos predictivos, realizamos un estudio en que el cultivo del material de las amígdalas fue realizado en todos los pacientes que presentaban dolor de garganta y eritema con exudado blanquecino o purulento. Llevamos todos los datos sobre la sintomatología de estos pacientes. Pudimos percibir que los signos predictivos tenían mayor coincidencia con los cultivos (crecimiento de *S. pyogenes* del Grupo A) en el niño menor de 15 años, pero en adultos jóvenes fue diferente. Había casos de pacientes, con síntomas de infección viral, con crecimiento de *S. pyogenes* del Grupo A en el cultivo del material de las amígdalas. También casos con signos predictivos de infección bacteriana evidente, sin el crecimiento de *S. pyogenes* del Grupo A. Cabe resaltar que, muchas veces, en procesos virales como la mononucleosis encontramos crecimiento de *S. pyogenes* del Grupo A en el cultivo del material tomados de las amígdalas.

**Edigar R. de Almeida** - *Una última pregunta: ¿Las faringoamigdalitis a repetición podrían señalar hacia una inmunodeficiencia?*

**Luíza H. Endo** – Una inmunodeficiencia general puede cursar con faringoamigdalitis a repetición, pero, conceptos actuales hablan a favor de la predisposición genética. Una inmunodeficiencia local puede ser responsable de la repetición de crisis agudas.

**Edigar R. de Almeida** – *En niños respiradores bucales que posiblemente llevarían a una alteración del crecimiento de los huesos de la cara ¿Cuál sería el momento oportuno para indicar una cirugía en esos niños con hiperplasia adenoamigdalina? ¿Cuándo existe esa indicación?*

**Renata di Francesco** – El momento oportuno, como regla, como una edad límite, no podemos precisarla. Sabemos que el desarrollo cráneo-facial post-natal, en cerca del 60% de los niños, está formado a los cuatro años de edad, coincidiendo con el pico de mayor hiperplasia de los tejidos linfoides, de las amígdalas y las adenoides, que es por alrededor de los tres a cinco años de edad. Por tanto, es importante resaltar, que en los casos de obstrucción grave, la indicación quirúrgica es por la repercusión de la obstrucción. Más queda aquí a criterio del estudio de cada paciente, en los casos limítrofes. Es muy importante que se evalúe, no solo el grado de obstrucción, tanto de la amígdala faríngea como por las palatinas, sino también el tipo cráneo-facial que esos niños presentan. Sabemos que son más predispuestos a alteraciones cráneo-faciales aquellos niños con rostro más largo, con una maxila estrecha. Esos serían los que deberían ser llevados a cirugía más precozmente.

Se debe recordar, que existe un segundo pico de desarrollo cráneo-facial en el grupo prepuberal, siendo en este que los ortodoncistas abogan más en el tratamiento ortodóntico. Es esa fase, muchas veces, vamos a recibir niños que no fueron encaminados más precozmente, al ser percibida la obstrucción respiratoria por el dentista al evaluar las alteraciones dento-cráneo-facial. En ese momento, es muy importante que sepamos que las niñas tienen un desarrollo más precoz y, por tanto, el tratamiento debe ser más precoz en ellas que en los niños. Por tanto, cada caso, cada tipo de paciente merecería una evaluación individual.

**Edigar R. de Almeida** - *Observamos hoy que el uso de aparatos ortodónticos aumentó muchísimo, talvez debido a una menor indicación de las cirugías adenoamigdalinas y a un mayor cuidado con la estética facial.*