



**Grupo de Pediatría Privada del  
Colegio de Pediatría de Jalisco A.C.**  
“Unidos por la ciencia y la infancia”

---

**Resumen de la Sesión del mes de Junio del 2013.**

Nos reunimos en el Auditorio del Hospital Real San José el Miércoles 12 de Junio del 2013 para nuestra sesión mensual, este día con el tema Faringitis por Estreptococo del Grupo A: ¿ Algo nuevo en diagnóstico o tratamiento ?, impartido por el Doctor Alberto Villaseñor Sierra.

Después de agradecer la presencia de nuestros compañeros esa noche, se detalló el muy extenso curriculum del Doctor Villaseñor, destacándose sus títulos de Pediatra, Infectólogo Pediatra, Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Post Doctorado en Investigación de Enfermedades Infecciosas, además de múltiples publicaciones en revistas nacionales e internacionales.

Se inició la plática con un pequeño resumen del tema, justificándolo por su frecuencia e importancia en la consulta diaria del Pediatra.

Se recordó que es la primer causa de enfermedad y motivo de consulta en México, además que es también el principal motivo de prescripción de antibióticos ( hasta en un 70% de los casos ), la mayoría de las veces sin indicación médica alguna pues se puede encontrar en menores de cuatro años una etiología viral hasta en un 99.5% de los casos.

En escolares el 80% de los casos de las faringitis sigue siendo viral y solo el resto bacteriano, dejando para el Estreptococo beta hemolítico del grupo A una frecuencia de entre el 15 y 19%.

Se mencionó también que la experiencia clínica no es suficiente para diagnosticar una infección por EBHGA por lo que debemos tener algunos criterios para discernir entre una etiología viral y bacteriana o utilizar paraclínicos como el cultivo faríngeo que sigue siendo el estándar de oro para demostrar al *Streptococcus pyogenes*. Solo así podemos ofrecer un tratamiento adecuado que debe ser en base a medicamentos de acción sintomática y el antibiótico solo en caso de alta sugerencia o comprobación por EBHGA que sigue siendo sensible a penicilina, macrólidos o cefalosporinas de primera generación.



**Grupo de Pediatría Privada del  
Colegio de Pediatría de Jalisco A.C.**  
“Unidos por la ciencia y la infancia”

---

**Inició la plática el Doctor Alberto Villaseñor hablando de generalidades como son el que las infecciones de vías aéreas superiores son la primer causa de consulta a nivel mundial, que la etiología es viral en alrededor del 85% de los casos, que el Estreptococo BHGA se puede encontrar entre un 15 y 35% de los casos y confirmó que se prescriben antibióticos hasta en un 80% de los casos, la mayoría de las veces de manera inapropiada.**

**Nos indicó el Doctor que debemos tratar una faringoamigdalitis estreptocócica para prevenir la fiebre reumática ( pacientes entre 5 y 15 años de edad ), para mejorar la sintomatología y reducir el riesgo de transmisión del germen.**

**Nos mencionó la manera clínica en que podemos diferenciar una infección viral de una bacteriana utilizando las guías clínicas como IDSA 2012 que nos sugiere un cuadro estreptocócico si existe:**

**Inicio súbito de la enfermedad, edad entre 5 y 15 años, fiebre moderada o severa, cefalea, náusea, vómito, dolor abdominal, inflamación faringo-amigdalina, exudado amigdalino en parches, petequias en el paladar, adenitis cervical anterior dolorosa, odinofagia, historia de exposición a FAE ( faringoamigdalitis estreptocócica ) y/o exantema escarlatiniforme.**

**Y es altamente posible una etiología viral si se encuentra:**

**Conjuntivitis, síntomas nasales, tos, diarrea, disfonía, estomatitis ulcerativa y/o exantema.**

**Recomienda el Doctor Villaseñor realizar una prueba rápida y/o cultivo solo en los casos altamente sugestivos y que no presenten los pacientes tos, síntomas nasales, úlceras bucales o disfonía. Particularmente hacer énfasis en la edad de más riesgo para fiebre reumática que es de los 5 a 15 años y a los menores de tres años con un hermano mayor con FAE. Nos presentó un cuadro de los estados de la República Mexicana en donde no se tiene o no se realiza cultivo o prueba rápida de rutina en FAE y son prácticamente todos. No hay indicación alguna para realizar antiestreptolisinas en los cuadros agudos de faringitis, ya que estas se elevarán hasta 6 semanas después de la infección que provocó su incremento.**



**Grupo de Pediatría Privada del  
Colegio de Pediatría de Jalisco A.C.**  
“Unidos por la ciencia y la infancia”

Nos mencionó el tratamiento antimicrobiano para la FAE según las guías 2012 IDSA y sigue siendo Penicilina vo a razón de 250-500 mgrs bid o intramuscular 600,000 u en menores de 27 kg y 1,200,000 para mayores, como alternativa la amoxicilina a razón de 50mg/kg/día que puede darse en dos tomas al día (bid ) con la misma eficacia que cada 8 horas o cefalexina, clindamicina, claritromicina o azitromicina ( recordando para esta última su presencia de hasta 3 semanas modificando la biota normal de las vías aéreas superiores ) y el tratamiento sintomático en base a acetaminofén o AINES. No sugiere el uso de corticoides ni de aspirina.

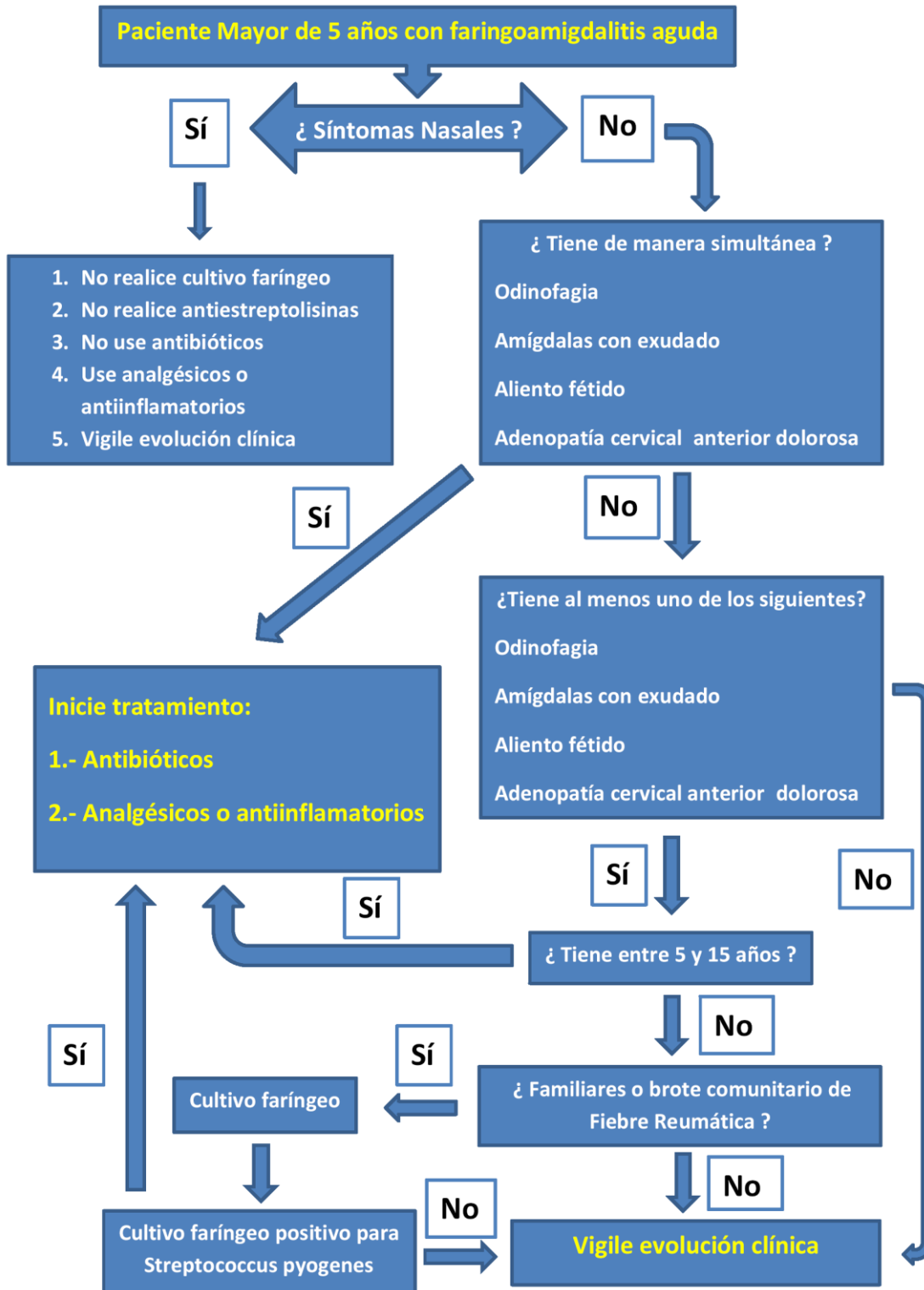
Nos hizo énfasis especial en no dar tratamiento a portadores ni indicar una amigdalectomía solo por el proceso infeccioso.

Con los anteriores comentarios nos pregunta entonces ¿Cuál es la mejor guía para FAE en niños ?, y nos menciona el estudio de Marechal que encontró utilizando pruebas rápidas y cultivos faríngeos hasta un 11% de falsas negativas, los estudios de Breese, Centor, Mclsaac, WHO, Attia, Joachim y cols, y aunque útiles no llegan al porcentaje ideal en cuanto a sensibilidad y especificidad.

El Doctor sugiere primero reconocer adecuadamente los signos y síntomas pivote en la FAE como son Amígdalas con exudado, odinofagia y dolor en ganglios submandibulares, que aunque parezca difícil de creer al realizar un estudio en el IMSS se encontró que los residentes, médicos generales, médicos familiares y Pediatras tuvieron un rango de error muy amplio al identificarlos.

Se realizó un trabajo en el IMSS en el año 2008 y se comparó el resultado del cultivo faríngeo en gelosa sangre de carnero con la técnica de estriado con la sintomatología en 213 pacientes y se encontró una relación clara de síntomas nasales con el No crecimiento del *Estreptococo pyogens* y la muy clara relación del cultivo positivo con Odinofagia, amígdalas con exudado, aliento fétido y adenopatía cervical dolorosa.

Con toda esta información se sugiere el siguiente algoritmo para diagnosticar FAE y decidir el tratamiento.



\* Tomado de Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2008; 46 (4); 383-390



**Grupo de Pediatría Privada del  
Colegio de Pediatría de Jalisco A.C.**  
“Unidos por la ciencia y la infancia”

Terminó la plática el Doctor Alberto Villaseñor Sierra haciendo las siguientes conclusiones:

Las guías clínicas para el diagnóstico de Faringoamigdalitis estreptocócica coinciden en que la presencia de síntomas nasales, tos, úlceras bucales y diarrea sugieren fuertemente una etiología viral.

Siguen siendo poco prácticas en nuestro medio estas guías porque requieren una prueba rápida para iniciar tratamiento, sin embargo dicha prueba no discrimina al paciente portador al que se ha agregado un cuadro viral de la verdadera FAE.

En México, el algoritmo basado solo en signos y síntomas identifica al 50% de pacientes con FAE, no pone en riesgo de Fiebre Reumática a pacientes de 5-15 años y evita el uso de antibióticos en 73%. Solo tuvo un porcentaje de falsos negativos de 4% ( cuando el ideal es menor al 11% ).

El algoritmo propuesto considera la carga de colonias de Estreptococo beta hemolítico del grupo A y pretende discriminar entre portador con cuadro viral agudo y el verdadero enfermo con FAE.

Después de agradecer al Doctor Villaseñor su muy brillante plática se procedió a escuchar las múltiples y variadas preguntas de los Pediatras asistentes y a éstas atinada y amablemente contestó.

Se pasó posteriormente a degustar un ambigú generosamente patrocinado por el laboratorio Bayer.

**Dr. Héctor A. López Méndez**

**Presidente del Grupo de Pediatría Privada**

**del Colegio de Pediatría de Jalisco AC**

