

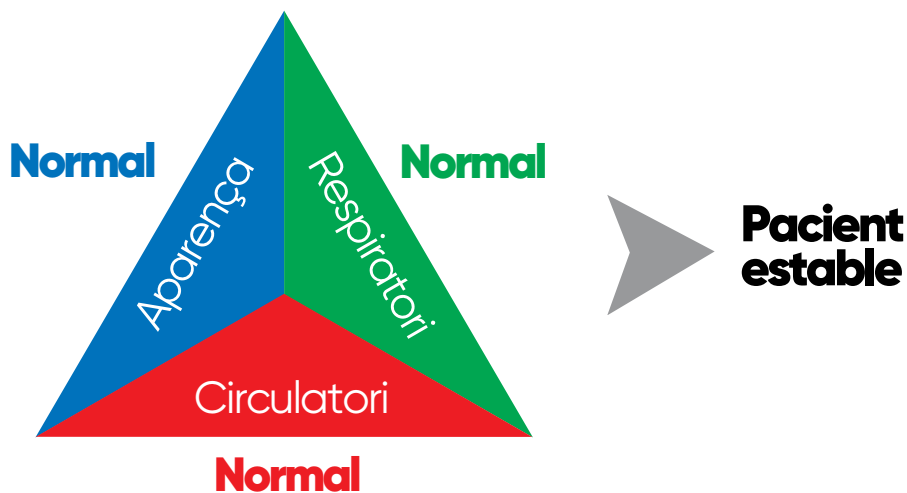
MONTSE DELGADO MAIRELES.
PEDIATRA CAP RAMBLA SANT FELIU LLOBREGAT

CAS CLÍNIC: FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCÒCCICA

La família d'una pacient de quasi 3 anys consulta perquè ha vist unes lesions a l'interior de la boca de la seva filla. La nena ha manifestat dolor, sense limitació de la ingesta. Ha presentat febre de 38°C en una sola ocasió el mateix dia de la consulta, té tos lleugera i rinorrea. No hi ha contacte estret amb cap familiar amb faringoamigdalitis aguda estreptocòccica (FAAE) demostrada. És una pacient amb un Triangle d'Avaluació Pediàtrica estable, i només destaquen a l'exploració unes vesícules al paladar tou i lleu hiperèmia de la zona. No hi ha hipertròfia ni exsudats amigdalars, ni enanema petequeial, ni alteracions a la llengua. No té adenopaties patològiques ni doloroses. No té exantema.

Li realitzen un test de detecció ràpida d'estreptococ amb resultat positiu.

Li pauten tractament amb amoxicil·lina-clavulànic a 50 mg/Kg/dia en 3 dosis diàries durant 7 dies.



ERRORS DETECTATS

Al procés diagnòstic:

El nostre cas, es tracta d'una pacient de quasi 3 anys sense contactes estrets amb pacients amb FAAE confirmada, en la que els símptomes lleus i l'exploració física serien més suggestius de quadre víric, per tant, no està indicat fer un test de diagnòstic ràpid (TDR) d'estreptococ.

El diagnòstic de la FAAE s'ha de realitzar en base a un resultat positiu d'una prova microbiològica, en un pacient amb símptomes i signes compatibles amb infecció per *Streptococcus Beta Hemolític* del grup A (EBHGA) i absència de símptomes i signes d'infecció vírica. De les proves microbiològiques és limitat l'ús del cultiu (pel seu resultat tardà i el cost) i habitualment s'utilitzen els Tests de Diagnòstic Ràpid (TDR). Però aquestes proves microbiològiques no diferencien entre infecció activa i estat de portador. A més, els TDR poden ser falsament positius en pacients amb FAAE fins a un mes després de completar un tractament antibiòtic (doncs poden quedar restes antigènics a la faringe dels pacients). També la presència de *Streptococcus milleri*, un bacteri comensal que expressa antigen A, pot donar falsos positius en aquests tests. Tot això ens porta a la necessitat de fer una adequada selecció dels pacients als que practiquem els TDR, per tal de no sobretractar portadors sans, tenint en compte que el risc de febre reumàtica aguda o glomerulonefritis postestreptocòccica és molt baix als països de renda alta.

Les escales de predicció clínica pel diagnòstic de FAAE (les més conegudes són les de Centor i McIsaac) no són suficientment sensibles ni específiques com per prendre la decisió de tractament sense prova microbiològica i tampoc hi ha una conclusió definitiva sobre la utilització d'aquestes escales en la selecció dels malalts als que s'ha de fer test ràpid.

Segons l'actualització del document de consens sobre el diagnòstic i tractament de la faringoamigdalitis aguda de la AEP de l'any 2020, el grup d'experts recomana sol·licitar proves microbiològiques a:

- Majors de 3 anys amb clínica de faringoamigdalitis amb absència de símptomes i/o signes suggestius d'infecció vírica (rinitis, estridor, vesícules, úlceres al paladar).
- Menors de 3 anys amb clínica de faringoamigdalitis i contacte estret amb pacients amb FAAE confirmada o signes molt predictius d'etiologia estreptocòccica (exantema escarlatiniforme o estreptococcosi).
- Sospita de febre reumàtica aguda (FRA) o glomerulonefritis post estreptocòccica (GMNPE). Faringoamigdalitis en pacients amb FRA o els seus convivents. Contactes domiciliaris de pacients amb diagnòstic recent de GMNPE.
- Faringoamigdalitis aguda i elevada taxa d'infecció invasiva per estreptococ. Contactes de pacients amb malaltia estreptocòccica invasiva.
- Contactes domiciliaris de pacients amb faringoamigdalitis agudes, en cas de transmissió intrafamiliar repetida.

Al tractament:

En aquesta pacient, a la que no hauríem d'haver practicat un TDR, el tractament adequat hagués estat amb analgèsics com ara paracetamol o ibuprofè, per millorar la simptomatologia.

En el cas d'un pacient amb simptomatologia i signes compatibles amb faringoamigdalitis aguda i resultat positiu al TDR, l'amoxicil·lina-clavulànic no estaria indicada de forma empírica en cap cas en el tractament inicial de la FAAE, ja que l'EBHGA no és productor de betalactamases. La sensibilitat del *S. Pyogenes* a la penicil·lina actualment a Catalunya és del 100%.

Per tant, el tractament d'elecció de la FAAE és la penicil·lina en dos dosis diàries i durant 7-10 dies. L'amoxicil·lina en una o dos dosis diàries i durant el mateix temps seria la primera alternativa terapèutica. Pautes curtes de 7 dies es poden considerar efectives en la majoria dels casos si no existeixen factors de risc, en països amb baixa incidència de febre reumàtica i quan l'erradicació bacteriològica no sigui prioritària.

CONCLUSIONS

- No està indicat començar tractament antibiòtic empíric en pacients amb sospita de FAAE sense una prova microbiològica prèvia.
- Les escales de predicció clínica (Centor i McIsaac) no són definitives per seleccionar els pacients als que s'ha de fer test microbiològic.
- El diagnòstic de la FAAE s'ha de realitzar en base a un resultat positiu d'una prova microbiològica, en un pacient amb símptomes i signes compatibles amb infecció per EBHGA i absència de símptomes i signes d'infecció vírica.
- El tractament d'elecció de la FAAE és la penicil·lina en 2 dosis diàries durant 7-10 dies. L'amoxicil·lina seria la primera alternativa terapèutica.

Bibliografia

- García Vera C. Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Utilidad del test rápido de detección de antígeno estreptocócico (TRDA) en el abordaje de la faringoamigdalitis aguda en pediatría. Enero de 2014. [Disponible en: <http://www.aepap.org/grupos/grupo-de-patologia-infecciosa/contenido>]
- Otero Pérez L, Ares Álvarez J, Piñero Pérez R. Faringoamigdalitis aguda y sus complicaciones. Protocolos diagnósticos y terapéuticos pediátricos (SEIP). 2023; 2:51-79
- Piñero Pérez R, et al. Actualización del documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. An Pediatr (Barc). 2020. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.05.004>