

# ¿Cómo debemos diagnosticar la Faringoamigdalitis Estreptococica?

Macarena Reolid Pérez. R2 HGUA.  
Tutores: Pedro Alcalá, Olga Gomez.  
Servicios: Escolares/UPED.

# CASO 1

- Niña de 24 meses que acude a UPED por fiebre de 36 h de evolución. Asocia mucosidad. Refieren disminución apetito. A la EF: amígdalas hiperémicas e hipertróficas sin exudados. Resto normal. AF: hermana en tratamiento antibiótico por faringoamigdalitis
- ¿Qué hacemos?
  - A. Observación domiciliaria. Por la edad de la paciente probablemente se deba a un cuadro vírico
  - B. Pautamos tto con Amoxicilina a 50 mg/kg/día 10 días
  - ☒ C. Realizamos Test rápido estreptococo.
  - D. Realizamos cultivo exudado faringoamigdalar

# CASO 2

- Niño de 12 años que acude a UPED por fiebre de 24h de evolución y odinofagia. A la EF: amígdalas hiperémicas con exudados, adenopatías laterocervicales bilaterales. Resto normal
- ¿Qué hacemos?
  - A. Tratamiento con Ibuprofeno y medidas de puericultura
  - B. Alta sospecha de faringoamigdalitis estreptocócica. Pautamos tto con amoxicilina
  - ☒ C. Realizamos test rápido estreptococo
  - D. Cultivo exudado amigdal

# CASO 2

- ¿Y si es negativo?
- A. Nos da igual, le pautamos la amoxicilina igual
- B. Realizamos cultivo
- ☒ C. Tratamiento con Ibuprofeno y observación domiciliaria
- D. Le pedimos analítica sanguínea y ASLO para desempatar

# ÍNDICE

- Faringoamigdalitis aguda. Generalidades
- Objetivos tratamiento
- Diagnóstico
  - Métodos diagnósticos
  - Guías practica clínica
  - Metaanálisis: *Rapid Diagnostic Tests for group A Streptococcal Pharyngitis*

# FARINGOAMIGDALITIS AGUDA (FAA)

- ODINOFAGIA supone:
  - 20% de las consultas pediátricas
  - 55% del total de prescripciones antibióticas
- ETIOLOGÍA:
  - 75-80% vírica
  - 20-25% bacteriana: ***Streptococo β hemolítico del grupo A. (SβHGA)***

# FAA POR SβHGA

- CLÍNICA: comienzo brusco, odinofagia, fiebre...
- Cuadro autolimitado, incluso sin tratamiento
- Complicaciones:
  - **Supurativas:** otitis media aguda, sinusitis, abscesos amigdalinos, retro y parafaríngeos...
  - **No supurativas:** fiebre reumática, GN postestreptocócica...

# OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- Prevención de complicaciones
- Mejoría de los síntomas
- Reducción de la transmisión a contactos
- Evitar posibles efectos secundarios de una inapropiada terapia

# DIAGNÓSTICO

- **Datos clínicos**. Escalas de predicción clínica de Centor y McIsaac: la presencia de  $\geq 3$  criterios tiene VPP de 40-55%

Tabla II: Criterios de Centor modificados por McIsaac

Criterios	Puntos
Temperatura $>38^{\circ}\text{C}$	1
Exudado amigdalар	1
Ausencia de tos	1
Adenopatías laterocervicales dolorosas	1
Edad:	
3-14 años	1
15-44 años	0
$> 45$ años	-1

# DIAGNÓSTICO

## ■ Pruebas analíticas

1. **CULTIVO**: Gold standar: S: 90-95%, E: 99%.

### » *VENTAJAS*

- Permite distinguir entre estreptococos
- Facilita el antibiograma

### » *INCONVENIENTES*

- No consenso internacional tipo cultivo/recogida muestra
- Lento (resultado definitivo 48 h)
- Caro (5.43€/cultivo)

# DIAGNÓSTICO

## ■ Pruebas analíticas

### 2. **TEST RÁPIDO DE ESTREPTOCO (TRE):**

#### » **VENTAJAS**

- Alta Especificidad (E) (>95%)
- Rápido (5-10 minutos)
- Barato (2.67 €/test)

#### » **INCONVENIENTES**

- Sensibilidad (S) variable (80-90%)

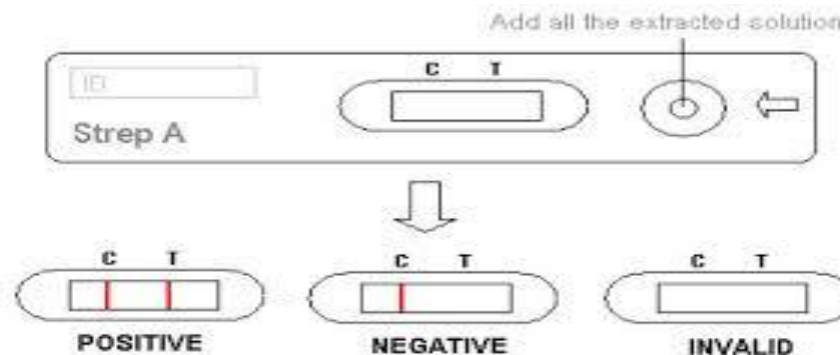


# ¿EN QUÉ CONSISTE EL TRE?

- Test basados en la detección del antígeno carbohidratado específico de la pared celular de SBHGA
- TIPOS:
  - ELISA
  - Inmunocromatografía
  - Inmunoanálisis óptico (OIA)
  - Técnicas moleculares: PCR, FISH

# ¿ CÓMO SE REALIZA?

- Con el hisopo realizaremos toque en cada amígdala con giro de 180º y en faringe posterior
- Colocaremos en tubo extracción 4 gotas de cada reactivo y dejaremos reposar en el la muestra (1-15 min)
- Tomaremos muestra con la pipeta y añadiremos 3 gotas en orificio del test
- Leeremos los resultados en 5 minutos
- LECTURA RESULTADO:



# GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Criterios	N.Z. 2006	Br.Col. 2007	Finland. 2007	ICSI 2008	AHA 2008	NICE 2008	Alber. 2008	Michg. 2009	SIGN 2010
Expl. clínica	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Centor	+	-	-	-	-	+	-	-	+
McIsaac	+	-	-	-	-	-	-	-	-
TRDA	-	-	+	+	+		-	+	
Cultivo	+	+	+	+	+	-	+	+	-

Guías: NZ: Nueva Zelanda; Br.Col: British Columbia; Finland: Finlandesa; ICSI: Institute for Clinical Systems Improvement; AHA: Heart Association Rheumatic Fever; NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence; Alber: Alberta; Michg: Michigan; SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

# IDSA 2012. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of GAS Pharyngitis

- **¿LA CLÍNICA ES SUFICIENTE PARA DIFERENCIAR ENTRE FA VIRICA Y PRODUCIDA POR SGA?**
    - No
  - **¿A QUIENES DEBEMOS REALIZAR TRE?**
    - A todo niño mayor de 3 años con odinofagia excepto cuando presente signos claros de infección vírica
  - **¿ SI EL TEST ES NEGATIVO DEBEMOS CONFIRMAR CON CULTIVO?**
    - TRE: E 95%, S < 90%
- Población pediátrica:**
- SβGA causa 20-30% de FAA.
  - **TRE (-) : comprobación mediante cultivo**
- Adultos:** TRE (-) no precisa comprobación

# ESCMID 2012. Sore Throat Guideline Group.

- **¿LA CLÍNICA ES SUFICIENTE PARA DIFERENCIAR ENTRE FA VIRICA Y PRODUCIDA POR SGA?**
  - No
- **¿A QUIENES DEBEMOS REALIZAR TRE?**
  - A aquellos que cumplan > 3 criterios Centor
- **¿ SI EL TEST ES NEGATIVO DEBEMOS CONFIRMAR CON CULTIVO?**
  - TRE: E  $\geq$  95%, VPN 93-97%  
S 86-95%, VPP 77-97%
  - El rendimiento depende de la toma de la muestra y de la probabilidad prepueba de FA por SGA de los pacientes testados
  - Si alto rendimiento: **test (-) no necesita confirmación cultivo**

---

¿NOS PODEMOS QUEDAR TRANQUILOS  
CUANDO EL TEST DE ESTREPTOCOCO ES  
NEGATIVO?

# PEDIATRICS®

OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

## Rapid Diagnostic Tests for Group A Streptococcal Pharyngitis: A Meta-analysis

Wei Ling Lean, Sarah Arnup, Margie Danchin and Andrew C. Steer

*Pediatrics*; originally published online September 8, 2014;

DOI: 10.1542/peds.2014-1094

- **OBJETIVO:** Metanálisis precisión diagnóstica del TRE en la FA por SβHGA
- 48 estudios. 23 934 pacientes
- **CATEGORÍAS:** tipo de test, lugar de recogida de la muestra, subgrupo en niños (<18 años).
- Resultado: 60 pares de S y E

# RESULTADOS

## ■ RESULTADOS ADULTOS Y POBLACIÓN PEDIÁTRICA.

### - RESULTADOS GLOBALES:

- S 86% (IC 95%, 83-88)

- E 96% (IC 95%, 95-97)

### - RESULTADOS SEGÚN TIPO DE TEST:

- Técnicas moleculares: S 92% (IC 95% 89-99), E 99% (IC 95%, 97-99)

- Inmunocromatografía, OIA y ELISA: S 84-86%, E 94-96%

# RESULTADOS

## ■ RESULTADOS POBLACIÓN PÉDIATRICA.

- 25 Estudios.
- **RESULTADOS GLOBALES:**
  - S 87% (IC 95%, 84-89)
  - E 96% (IC 95%, 95-97)
- **RESULTADOS SEGÚN TIPO DE TEST :**
  - Técnicas moleculares (S 93%, E 99%)
  - Inmunocromatografía (S 85%, E 97%)
  - OIA (S 85%, E 97%)

# DISCUSIÓN

- TRE: S 86%, E 96%
- La S global es lo suficientemente elevada: **un test negativo NO precisaría** comprobación mediante cultivo posterior
- Pérdida de 14% de FA por SGA: “Riesgo asumible”
- La alta E de los test rápidos prevendría el uso innecesario de antibióticos

# DISCUSIÓN

- Gran variabilidad entre los diferentes tipos de test. (menor variabilidad en S en los test más modernos)
- En global el tipo de test más S/E: Técnicas moleculares
- TRE opción más costo-efectiva

# DISCUSIÓN

## ■ LIMITACIONES:

Diferencias entre estudios en :

- Número y tipo de muestras de exudado amigdalár
- Modo y lugar de recogida de las muestras
- Gravedad de los pacientes

# CONCLUSIONES

- Ante sospecha de FA por *SβHGA* realizaremos anamnesis y EF completa
- Si cumple > 3 criterios Centor modificados realizaremos TRE
- Si TRE (+): Tratamiento antibiótico
- Si TRE (-): Observación domiciliaria. NO es necesario comprobación mediante cultivo

# CONCLUSIONES

- ¿CUÁNDO NO ES NECESARIO REALIZAR TRE?
  - Paciente inmunodeprimido
  - Paciente con historia de fiebre reumática
  - Menores de 3 años, excepto si existe contacto con pacientes con FA por *SbHGA*