



Nota clínica

Faringitis estreptocócica en niños menores de tres años. Algunas consideraciones

J. Martí Fernández, I. Gascón Casaredi, M. Sandiumenge Durán

Pediatras. CAP La Marina. Barcelona. España.

Publicado en Internet:
13-abril-2015

Joan Martí Fernández:
57marti@gmail.com

Resumen

- Palabras clave:**
- Faringitis estreptocócica
 - Preescolar
 - Test de detección rápida

La faringoamigdalitis aguda (FAA) es una de las enfermedades más comunes en la infancia. En las guías clínicas el límite de edad para considerar realizar una prueba de detección rápida es a partir de los tres años, ya que se ha visto que por debajo de esta edad, salvo en casos seleccionados, la probabilidad de infección bacteriana es baja, y los riesgos de fiebre reumática al no tratar son inexistentes. Existe una salvedad a esta situación, que queremos recalcar, y son los pacientes menores de tres años sintomáticos, que tienen contacto próximo (familiar o guardería) afecto de faringoamigdalitis estreptocócica. Creemos importante considerar y tener en cuenta la realización de test diagnóstico y posterior tratamiento a este grupo de pacientes, no para prevenir complicaciones, si no para disminuir el riesgo de diseminación de la infección.

Streptococcal pharyngitis in toddlers. Some details

Abstract

- Key words:**
- Streptococcal pharyngitis
 - Toddler
 - Rapid antigen detection testing

Acute pharyngitis is one of the most common childhood diseases. Guidelines on the diagnosis of children with streptococcal pharyngitis suggest that the most recommended age to perform a rapid antigen detection is more than three years old, because among children younger than this age the possibility/likelihood of bacterial infection is very low and the risk of acute rheumatic fever is also very low. There is an exception of this situation that we want to remark: patients younger than 3 years old, symptomatic, with a close contact (sibling or kindergarten) with group A Streptococcal pharyngitis. It's important considering the performance of a rapid antigen detection test and the treatment if positive, not just to prevent complications, but also for the reduction in the transmission of the disease to family members, classmates and other close contacts of the patient.

INTRODUCCIÓN

La faringoamigdalitis aguda (FAA) por estreptococo del grupo A (EGA) es una enfermedad frecuente en la edad pediátrica, que todavía supone un reto diagnóstico en la práctica clínica habitual. Es la

causa bacteriana más frecuente de FAA, entre el 20-30% de los casos en Pediatría. Es más habitual a finales de otoño, invierno y primavera, y su adecuado diagnóstico y tratamiento son fundamentales para prevenir la fiebre reumática, las complicaciones supurativas locales y el riesgo de diseminación

Cómo citar este artículo: Martí Fernández J, Gascón Casaredi I, Sandiumenge Durán M. Faringitis estreptocócica en niños menores de tres años. Algunas consideraciones. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015;17:e125-e128.

en los contactos próximos, tanto en casa como en la escuela. Actualmente, su diagnóstico y posterior tratamiento están en discusión: en algunos países del norte de Europa donde únicamente se recomienda en grupos de riesgo, no sucede así en nuestro país.

Existen escalas (Centor/McIsaac) que intentan orientarnos sobre la etiología de la misma, pero la bibliografía médica indica que con los datos clínicos permiten un 50% de acierto en el diagnóstico. Por ello, el test de detección rápida (TDR) de EGA es una herramienta imprescindible en la consulta de Pediatría.

En la actualidad la indicación de la realización de estas pruebas se recomienda en aquellos niños que cumplen los criterios clínicos y con edades comprendidas entre los 3-15 años.

Creemos que sería aconsejable recordar la consideración de que, aunque con menor frecuencia, existen casos en edades inferiores, especialmente en niños menores de tres años, casos de contactos familiares o escolares, que habría que estudiar, quizás no tanto por las complicaciones que puedan presentar, sino porque pueden suponer una fuente de diseminación y contagio.

En esta nota clínica presentamos dos casos de niños menores de dos años, y queríamos destacar la importancia de considerar no solo la edad y la clínica a la hora de plantear el estudio y diagnóstico de la FAA estreptocócica, sino también recordar el contexto epidemiológico del paciente.

CASO 1

Lactante varón de 11 meses de edad que acude a consulta por fiebre superior a 38,5 °C, malestar general, leve rinitis y rechazo de la alimentación; la madre refiere que no quiere comer porque le duele al tragar. La exploración física muestra un lactante con buen aspecto, febril, con una faringe roja y congestiva, sin otra sintomatología añadida. Destaca en los antecedentes un hermano de cuatro años diagnosticado de FAA con TDR positivo, y varios compañeros del parvulario de este último, también en tratamiento antibiótico por TDR positivo.

CASO 2

Niña de 22 meses que acude por fiebre de pocas horas de evolución, con picos máximos de 39 °C, que ceden bien con antitérmicos. Destaca entre los antecedentes que su hermano de seis años está diagnosticado y en tratamiento de escarlatina. En la exploración destaca la presencia de rinorrea escasa y de hiperemia de pilares anteriores y úvula, sin presencia de placas ni exudados.

Ante el antecedente de hermano mayor afecto de escarlatina, realizamos TRD que resulta positiva. Se inicia tratamiento con amoxicilina oral a 50 mg/kg/día, con buena evolución posterior y mejoría, con desaparición de la fiebre en 48 horas.

DISCUSIÓN

En la mayoría de la bibliografía médica y de las guías de práctica clínica se dice que la FAA es una enfermedad rara por debajo de los tres años, que se produce en el 6-10% de casos, si bien otros autores han encontrado una frecuencia alrededor del 20% en menores de un año y del 26% entre los dos y tres años¹ (posiblemente incluyan los portadores asintomáticos, hasta un 12% del total, y que suponen un 3,8% en los niños menores de cinco años)². También la presentación clínica clásica no es habitual, descubriéndose en la literatura médica la fiebre estreptocócica o estreptococosis (fiebre, rinitis mucopurulenta, narinas excoriadas, adenopatías difusas, faringitis no exudativa) como forma de presentación en este grupo de edad³⁻⁷. Además, en estas edades la complicación más temida, la fiebre reumática (FR), es inexistente debido a la inmadurez inmunológica. Si bien parece que esta última (FR) empieza a ser rara en las sociedades del denominado primer mundo, no es así en los países en vías de desarrollo⁴. Las complicaciones supuradas afortunadamente también son poco frecuentes, siendo el absceso retrofaríngeo más habitual en niños de menor edad.

En este momento, existen pautas diferentes según los países respecto al diagnóstico y tratamiento de

la FAA por EGA^{4,12}. En algunos países del norte de Europa (Holanda, Bélgica, Alemania y Reino Unido) solo está indicada la detección y el tratamiento de grupos de riesgo o en brotes epidémicos, por el contrario, en nuestro país, como en EE. UU., Finlandia y Francia entre otros, si se confirma la etiología estreptocócica se recomienda el tratamiento posterior⁴.

Por lo tanto, en nuestro medio y basándose en las anteriores consideraciones, no se recomienda la realización ya sea de TRD o cultivo faríngeo en niños menores de tres años. La clínica, como hemos visto, no nos va servir y los criterios de Mclsaac los vamos a aplicar en niños de entre 3 y 15 años^{5,6}.

Al ser la prevalencia baja, de un 6-10% en este grupo de edad de menores de tres años, deberíamos por tanto en este caso pensar en algunos factores de riesgo o epidemiológicos para seleccionar a qué niños podemos practicar el TDR y así aumentar la probabilidad preprueba del test^{8,9}. Uno de estos factores sería el tener en cuenta la existencia de un hermano en edad escolar con infección comprobada por estreptococo del grupo A (FAA TRD+). La probabilidad de transmisión del EGA a los contactos próximos (familia o compañeros de clase) es aproximadamente del 35% si el caso índice presenta una faringitis sintomática⁴.

Por ello, si un niño menor de tres años acude a una guardería, a una comunidad cerrada o en casa, donde existen casos comprobados de infección por EGA, y está sintomático, debería ser valorado con el TDR y, si este positivo, parecería razonable prescribir tratamiento antibiótico.

El documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la FAA, publicado en *Anales de Pediatría* en 2011, recomienda individualizar cada niño en los menores de tres años, y debido a que la FAA por EGA supone menos del 10% de los casos, junto a la excepcionalidad de la FR, solamente tratar los casos de estreptococosis⁶.

Los casos que presentamos corresponden a niños por debajo de los tres años, sin clínica de estreptococosis (clásicamente definida y difícil de ver) pero con TDR+. También se podría pensar en que se tratara de portadores de EGA con un proceso viral concomitante (el estado de portador puede llegar en casos de brote de la infección hasta el 20%).

En nuestros casos se inició tratamiento antibiótico con amoxicilina oral (por la mejor tolerancia oral) y la respuesta clínica fue favorable en las primeras 48 horas. No se practicó control posterior, ni tampoco determinación de anticuerpos antiestreptolisina O (ASLO) debido a su complejidad y nula aplicación para el diagnóstico del proceso agudo, ya que tarda semanas en aumentar y se mantiene positivo durante meses^{10,11}.

La FAA por EGA puede ocurrir a cualquier edad, aunque es muy común en niños escolares y adolescentes³. Nuestro objetivo es hacer pensar en la FAA por EGA que, aunque poco frecuente, existe, quizás no en la forma que muestra la bibliografía médica clásica, ni tampoco en la forma del niño mayor o adolescente, pero sí sospechar por el ambiente epidemiológico en un menor de tres años que esté febril y posiblemente sin una sintomatología evidente de proceso viral. En esta situación y en nuestro medio, creemos sería aconsejable la realización de un test diagnóstico⁵.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

ASLO: anticuerpos antiestreptolisina O • **EGA:** estreptococo del grupo A • **FAA:** faringoamigdalitis aguda • **TDR:** test de detección rápida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tellechea AL, Salvo MG, Méndez JH, Cavagnaria B. Frecuencia del estreptococo betahemolítico del grupo A en las fauces de niños sintomáticos menores de 15 años según el grupo etario. *Arch Argent Pediatr*. 2012;110:516-9.
2. Shaikh N, Leonard E, Martin JM. Prevalence of streptococcal pharyngitis and streptococcal carriage in children: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2010;126:e557.
3. Group A streptococcal infections. En: Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics, Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS. Report of Committee on Infectious Diseases. Red Book 2012. 29.ª edición. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2012. p. 668-80.
4. Van Brusselen D, Vlieghe E, Schelstraete P. Streptococcal pharyngitis in children: to treat or not to treat? *Eur J Pediatr*. 2014;173:1275-83.
5. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. IDSA Guideline for GAS Pharyngitis. *Clin Infect Dis*. 2012;55:e86-102.
6. Piñeiro Pérez R, Hijano Bandera F, Álvez González F, Fernández Landaluce A, Silva Rico JC, Pérez Cánovas C, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. *An Pediatr (Barc)*. 2011;75:342.e1-342.e13.
7. Shaikh N, Swaminathan N, Hooper EG. Accuracy and precision of the signs and symptoms of streptococcal pharyngitis in children: a systematic review. *J Pediatr*. 2012;160:487-93.e3.
8. 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. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria [en línea]. Disponible en <http://goo.gl/UR14dQ> [consultado el 9/04/2015].
9. Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Normas de Calidad para el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda en Pediatría de Atención Primaria. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria [en línea]. Disponible en www.aepap.org/gvr/protocolos.htm [consultado el 9/04/2015].
10. Mellick L. All you ever wanted to know about group A streptococcal pharyngitis but were afraid to ask. En: *Emergency Medicine News* [en línea]. Disponible en <http://journals.lww.com/em-news/blog/M2E/pages/post.aspx?PostID=22> [actualizado el 27/02/2015, consultado el 9/04/2015].
11. ESCMID Sore Throat Guideline Group, Pelucchi C, Grigoryan L, Galeone C, Esposito S, Huovinen P, et al. Guideline for the management of acute sore throat. *Clin Microbiol Infect*. 2012;18:1-28.