



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

424/2110 - ANTIBIÓTICO O NO ANTIBIÓTICO: ESA ES LA CUESTIÓN

C. Alonso Benito¹, C. González Beiras², Á. Matía Cubillo³ y R. Hernando González⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Comuneros. Burgos. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Cubos. Burgos. ³Médico de Familia. Centro de Salud Los Comuneros. Burgos. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jose Luis Santamaría. Burgos.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 25 años sin antecedentes de interés. Acude a su médico de familia en Atención Primaria por fiebre y odinofagia de 48 horas de evolución. En la exploración presenta fiebre de 38,5 °C, faringe hiperémica con exudados y adenopatías laterocervicales palpables dolorosas. Se diagnostica de faringoamigdalitis aguda y se pauta tratamiento con antibiótico (amoxicilina 500 mg) e ibuprofeno y se cita para revisión en 3 días.

Exploración y pruebas complementarias: Faringe hiperémica, amígdalas hipertróficas con exudado y adenopatías laterocervicales palpables dolorosas. Resto normal. No se dispone de streptozyme test[®] o similar.

Orientación diagnóstica: Faringoamigdalitis aguda pultácea.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico es fundamentalmente clínico y la mayoría se debe a causas infecciosas, una vez excluidos procesos como el reflujo gastroesofágico, goteo posnasal, tos persistente y rinosinusitis.

Comentario final: El 14% de los procesos infecciosos que un médico de familia valora, se corresponden a faringoamigdalitis aguda. Habitualmente es un proceso autolimitado resolviéndose en 8-10 días sin un tratamiento específico. La principal indicación para utilizar tratamiento antibiótico es la amigdalitis aguda por el estreptococo betahemolítico del grupo A (EBHGA), al acortar el período de transmisión y diseminación, y prevenir la aparición de complicaciones. Existen una serie de reglas de predicción clínica, basadas en signos y síntomas, que determinan el uso adecuado de antibióticos, si no se dispone de un test rápido de detección de antígeno estreptocócico. Los criterios de Centor son de los más conocidos y validados e incluyen el exudado amigdalar, adenopatías anterocervicales dolorosas, fiebre y ausencia de tos. Tres o cuatro criterios de Centor determinan el correcto uso de tratamiento antibiótico empírico. Nuestra paciente presenta cuatro criterios de Centor, por lo tanto, presenta una alta probabilidad de amigdalitis por EBHGA, estando indicado el uso de antibióticos.

Bibliografía

1. Cots JM, Alos J, Bárcena M, Boleda X, Cañada JL, Gómez N, et al. Recomendaciones para el manejo de la faringoamigdalitis aguda del adulto. Semergen. 2015;41(7):370-81.

2. Llorca C, Alkorta Gurrutxaga M, de la Flor i Bruc J, Bernárdez Carracedo S, Cañada Merino JL, Bárcena Caamaño M, et al. Recomendaciones de utilización de técnicas de diagnóstico rápido en infecciones respiratorias en atención primaria. SEPEAP, SEMERGEN, SEMG, SEMFYC. Aten Primaria. 2017;49(7):426-37.

Palabras clave: Amigdalitis. Tratamiento. Diagnóstico.