

Alcalá de Henares, Madrid<sup>1</sup>, se nos revela la baja precisión con que la clínica es capaz de diagnosticar las faringoamigdalitis estreptocócicas (FAAE), que el exudado amigdalario es un predictor para que el clínico piense en etiología bacteriana y que los antibióticos prescritos no son los de elección, aun peor, hay una alta prescripción de amoxicilina-clavulánico cuando *Spyogenes* no tiene ni produce betalactamasas.

Hasta ahí creo que, en nuestro medio y en la literatura más reciente, es de plena actualidad y el artículo es muy interesante.

Pero creo hay que hacer unas observaciones fundamentales, en la introducción del estudio, el primero y es un error metodológico y una debilidad del estudio no definir claramente qué es una FAA, en toda la literatura se habla de *pharyngitis*, de *sore throat* y de *tonsillitis*, pero sin definir nunca en qué criterios se basan para considerar que hay enfermedad, curiosamente sólo Bladé et al<sup>2</sup>, en 1991, y en la revista ATENCIÓN PRIMARIA, definen la FAA con criterios de inclusión. En el estudio de Marín Cañada et al<sup>1</sup>, se habla de complicaciones como la fiebre reumática y la glomerulonefritis postestreptocócica. Parece no haber suficiente evidencia actualmente de que haya casos en nuestro medio de dichas complicaciones no supuradas<sup>3</sup>. Tampoco la eritromicina es el antibiótico de elección en las alergias a betalactámicos, por su alta tasa de resistencia a macrólidos de 14 y 15 átomos, por lo que se recomiendan los de 16 átomos, como la josamicina o las lincosamidas como la clindamicina, con bajas tasas de resistencia a este microorganismo<sup>4</sup>. Es más, en el artículo revisión de Del Mar et al<sup>3</sup>, se concluye que el beneficio de los antimicrobianos en FAAE es modesto y, al tratarse de una afección habitualmente autolimitada, parece que el uso de antibacterianos quizá no debería recomendarse de forma general si sigue demostrándose la baja o nula tasa de complicaciones no supuradas de la FAAE. El tema está abierto.

## Diagnóstico clínico y tratamiento de la faringoamigdalitis estreptocócica

Sr. Director: En este estudio descriptivo, realizado por médicos de atención primaria del Centro de Salud de San Fernando en

**Palabras clave:** Faringoamigdalitis. Antibióticos. Guías clínicas.

Jordi Madurell, Mónica Gómez,  
Montse Balagué, J.M. Cots  
y Carles Llor

Miembros del grupo GERMIAP.  
Sociedad Catalana de Medicina  
Familiar y Comunitaria. España.

1. Marín Cañada J, Cubillo Serna A, Gómez-Escalonilla N, Garzón de la Iglesia J,

Benito Ortiz L, Reyes Fernández MN. ¿Es posible el diagnóstico clínico de la faringoamigdalitis estreptocócica? Aten Primaria. 2007;39:361-6.

2. Bladé J, Alman E, Cartaña A, Guinea I, Liberal A, Herreros M, et al. Evaluación de los datos clínicos de una técnica de detección rápida (StrepAtest) en el diagnóstico de las faringoamigdalitis agudas estreptocócicas. Aten Primaria. 1991;8:82-6.
3. Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for the sore throat [revisión]. The Cochrane Collaboration; 2006(4).
4. Bisno AL. Acute pharyngitis. N Engl J Med. 2001;3:205-11.