
Respuesta de los autores

Sr. Director: En primer lugar, debemos agradecer la lectura atenta del artículo y las aportaciones realizadas al respecto¹. Con respecto a «no definir claramente qué es una faringoamigdalitis», el criterio de inclusión que se usó fue «dolor de garganta de reciente comienzo como principal síntoma diagnóstico». Este criterio coincide con la definición de la OMS² en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), que en el código J02 define *Acute pharyngitis* como «*acute sore throat*» (dolor de garganta agudo). Además el criterio de «dolor de garganta» es el usado en otros estudios clásicos que han investigado el tema. Por otra parte, constituye una forma habitual en que los pacientes expresan su consulta y fácilmente entendible por pacientes y médicos. Con respecto al tratamiento alternativo en caso de alergia a las penicilinas, somos conscientes del aumento de resistencias a macrólidos de *Streptococcus pyogenes* en nuestro medio. Sin embargo, entre los autores nacionales no hay una respuesta clara a esta situación y la propuesta de usar josamicina es totalmente válida (algo menos de acuerdo hemos encontrado con respecto a la clindamicina).

La Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica³ man-

Palabras clave: Faringitis.

Streptococcus pyogenes. Atención primaria de salud. Sensibilidad. Especificidad. Valor predictivo de los tests.

tiene que la eritromicina es de elección en alérgicos, a pesar de los elevados porcentajes de resistencias en varios países. Sin embargo, la disminución de su uso está generando una recuperación de la sensibilidad y cifra las resistencias en España en torno al 3% (quizá demasiado optimista a nuestro parecer).

El consenso de varias sociedades científicas⁴ españolas sobre faringoamigdalitis eleva la tasa de resistencias a eritromicina hasta el 20-35% y recomienda su utilización de forma seleccionada. El mecanismo de resistencia es la modificación de la diana ribosómica y confiere resistencia cruzada a los macrólidos y la clindamicina. Otra opción a tener en cuenta son las cefalosporinas de primera generación (si no hubo reacción anafiláctica previa), aunque también son de mayor coste y podrían inducir cepas resistentes.

En este consenso se consideraba la telitromicina como una alternativa válida, pero una reciente alerta informa sobre posibles reacciones adversas graves (empeoramiento de la miastenia gravis, pérdida transitoria de la conciencia y alteraciones temporales de la visión) y restringía su uso.

En la Guía de Terapéutica Antimicrobiana de Mensa⁵, se opta por cefadroxilo (si no hay anafilaxia) o macrólidos de 16 átomos

(como josamicina) y en el Manual de Enfermedades Infecciosas de la semFYC⁶, también se aboga por josamicina en alérgicos a penicilina.

En la Guía de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas se recomienda eritromicina como una alternativa para pacientes alérgicos, aunque probablemente la tasa de resistencias sea menor que en nuestro país. Con respecto a las demás puntualizaciones señaladas en la carta, compartimos la preocupación por la sobreprescripción de antibióticos en un cuadro viral. Además, los porcentajes de aparición de complicaciones postestreptocócica, como fiebre reumática, endocarditis, glomerulonefritis y otras, son ahora mucho menores y presentan similares tasas de complicaciones y tiempo de recuperación con antibioterapia o sólo tratamiento sintomático.

Jaime Marín Cañada^a, Ana Cubillo Serna^a, Nieves Gómez-Escalonilla Cruz^b y Jesús Garzón de la Iglesia^c

^aCentro de Salud Jaime Vera. Coslada. Madrid. España.

^bCentro de Salud San Fernando 2. San Fernando de Henares. Madrid. España.

^cCentro de Salud Dr. Tamames. Coslada. Madrid. España.

1. Marín Cañada J, Cubillo Serna A, Gómez-Escalonilla Cruz 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. World Health Organization. ICD-10. Versión 2007. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/?gj00.htm+j02>
3. Aguado JM, Almirante B, Fortún J. III Infección de las vías respiratorias superiores. En: *Protocolos clínicos SEIMC*. Disponible en: <http://www.seimc.org/protocolos/clinicos/index.htm>
4. SEQ, SEORL, SEIP, SEMG, SEMERGEN, SEMES. Documento de consenso sobre tratamiento antimicrobiano de la faringoamigdalitis. *Rev Esp Quimioterap*. 2003;16:74-88.
5. Mensa J, et al. *Guía de Terapéutica Antimicrobiana*. Barcelona: Masson Elsevier; 2007.
6. Molero García JM, Ballester Camps A, Boada Balmaseda A, González Saavedra I. Infecciones del aparato respiratorio superior. En: Arranz Izquierdo J, Cots Yago JM, Gómez García M, Monedero Mira MJ, editores. *Manual de enfermedades infecciosas en atención primaria*. Madrid: ENE Publicidad; 2005.