



## EDITORIAL

# Certezas y dudas sobre el manejo de la faringitis aguda Certainties and doubts about the management of acute pharyngitis



Carles Llor<sup>a,\*</sup> y Josep M. Cots<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup> Médico de familia, Centro de Atención Primaria Jaume I, Tarragona, España

<sup>b</sup> Médico de familia, Centro de Atención Primaria La Marina, Instituto Catalán de la Salud, Barcelona, Universidad de Barcelona, España

<sup>c</sup> Coordinador Grupo de Trabajo Enfermedades Infecciosas, semFYC

La faringitis aguda es la enfermedad infecciosa más prevalente en atención primaria<sup>1</sup>. A pesar de esto, su diagnóstico y tratamiento distan de ser claros y algunos trabajos recientes ponen en duda algunos conceptos sobre su manejo. Esto explica por qué hay tanta variabilidad entre las distintas guías de práctica clínica existentes<sup>2</sup>. No obstante, existen 3 certezas claras. La primera es la sobreprescripción antibiótica. De hecho, se trata de una práctica común en el mundo occidental, que se efectúa mayoritariamente para evitar las posibles complicaciones que se pueden presentar. La última revisión de la *Cochrane Library* deja claro el beneficio del tratamiento antibiótico en la faringitis causada por el estreptococo  $\beta$ -hemolítico del grupo A (EBHGA), observándose una disminución, aunque marginal, de la duración de los síntomas, contagio y número de complicaciones supurativas y no supurativas<sup>3</sup>. Por ello, se recomienda administrar antibióticos en estos casos. Sin embargo, en los países occidentales se prescriben antibióticos en más de la mitad de los casos<sup>4</sup>, cuando solo el 5-15% de todos los episodios de faringitis en adultos obedece a esta causa. Esta excesiva utilización de antibióticos se asocia con la presencia de efectos secundarios y propagación de resistencias antimicrobianas.

Está sobreprescripción antibiótica viene condicionada principalmente por la segunda certeza: los signos y síntomas de la faringitis no permiten conocer con exactitud

su etiología. Una revisión sistemática mostró que aumenta la probabilidad de infección por EBHGA la presencia de exudado amigdalario mientras que la ausencia de amígdalas hipertróficas la disminuye<sup>5</sup>. Sin embargo, como los signos y síntomas individuales presentan un valor limitado para el diagnóstico de la faringitis causada por EBHGA, se han desarrollado diversas reglas de decisión clínica. La más conocida es la de Centor (fiebre, adenopatías laterocervicales dolorosas, exudado faringoamigdalario y ausencia de tos), que luego se adaptó con la inclusión de la edad. Un estudio más reciente ha propuesto otra escala, denominada FeverPAIN (fiebre, purulencia, visita en los 3 primeros días de los síntomas, amígdalas inflamadas, sin tos ni rinorrea)<sup>6</sup>. El uso de estas escalas clínicas permite reducir el uso de antibióticos pero no identificar las infecciones causadas por EBHGA. De ahí que en muchos países se aconseje el uso de pruebas antigénicas rápidas. Su ventaja principal es que permite priorizar el tratamiento antibiótico a aquellos que más lo necesitan, ya que los médicos que las usan prescriben menos antibióticos que aquellos que solo basan su manejo en criterios clínicos<sup>4</sup>. Los detractores de estas pruebas rápidas, sin embargo, apuntan 2 limitaciones: por un lado, su validez no es óptima ya que su sensibilidad es muy variable dependiendo de muchos factores, con un rango que oscila del 70-95%, siendo mayor con los aparatos inmunocromatográficos, en población adulta y cuantos más criterios de Centor presenta el paciente (en cambio, su especificidad es elevada)<sup>7</sup>. Por otra parte, no permite distinguir infección del estado de portador, aunque tampoco lo hace el cultivo

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [carles.llor@gmail.com](mailto:carles.llor@gmail.com) (C. Llor).

faríngeo (gold estándar). No obstante, la evidencia sugiere que la colonización por EBHGA en la faringe es rara en los adultos<sup>8</sup>.

La tercera certeza es el tratamiento empírico de la faringitis. A pesar del uso de penicilina durante más de 70 años, no se han descrito hasta la fecha aislados clínicos de EBHGA resistentes a la penicilina y esto es debido al hecho de que estos microorganismos son intolerantes a las mutaciones que reducen la afinidad de las proteínas que se unen a la penicilina, las denominadas *penicillin-binding proteins*<sup>9</sup>. De ahí que el tratamiento de elección en las guías en pacientes no alérgicos a la penicilina sea precisamente la fenoximetilpenicilina oral.

¿Cuál es la duda? En estos momentos la mayor duda es si hay que tratar con antibióticos solo la infección causada por EBHGA. En los últimos años diversos trabajos abogan por la necesidad de tratar con antibióticos otras causas bacterianas de faringitis<sup>10</sup>. La causa estreptocócica diferente del EBHGA es muy frecuente en el mundo occidental, principalmente por el estreptococo  $\beta$ -hemolítico del grupo C y no está claro si el tratamiento antibiótico es más efectivo en estos casos. Tampoco está claro el papel de *Fusobacterium necrophorum* como patógeno primario de la faringitis y de sus complicaciones, aunque algunos artículos recientes observan que esta relación puede ser muy probable. Además, un estudio reciente identifica que esta causa podría ser incluso más frecuente que el EBHGA, aunque la relevancia clínica de este hallazgo no se conoce hoy por hoy<sup>11</sup>. Por otra parte, se ha visto que muchos casos de abscesos periamigdalinos están originados por causas diferentes del EBHGA, principalmente por estreptococos del grupo *anginosus*<sup>12</sup>. En un estudio de cohortes amplio publicado recientemente se observó que 2 terceras partes de las complicaciones de la faringitis se producían en pacientes con 2 o menos criterios de Centor, para los cuales no se suelen administrar antibióticos<sup>13</sup>. Sin embargo, observaron un menor riesgo de complicaciones supurativas entre aquellos pacientes a los que se prescribió antibióticos tanto de forma inmediata como de forma diferida en comparación con el grupo control una vez ajustado por las diferencias basales en la gravedad de la infección. Al igual que otros estudios realizados anteriormente, estos resultados confirman que los antibióticos reducen el riesgo de las complicaciones supurativas.

No es extraño, pues, que existan diferencias importantes entre distintas guías. Incluso algunas guías de práctica clínica abogan actualmente por un abordaje nihilístico en la faringitis aguda, por el cual, ni se recomienda usar ningún método diagnóstico ni tampoco se aconseja dar tratamiento antibiótico. Sin embargo, muchos clínicos se sienten incómodos con este abordaje y bajo nuestro punto de vista, no parece justo recomendarlo, ya que el hecho de negar la antibioterapia cuando esta es necesaria podría tener efectos contrarios en pacientes con infección estreptocócica: mayor duración de síntomas, mayor riesgo de complicaciones y mayor riesgo de transmisión de la enfermedad. Por este motivo, abogamos por el uso de pruebas rápidas en aquellos pacientes con mayor riesgo de presentar

enfermedad estreptocócica (2 o más de los criterios de Centor) una vez descartada la enfermedad grave, y tratar solo los casos positivos. No es probablemente la mejor opción, pero desde luego, en la actualidad es la menos mala.

## Conflicto de intereses

CL fue becado por la Fundació Jordi Gol i Gurina para una estancia de investigación en la Universidad de Cardiff en 2013. Ha recibido y está recibiendo fondos para realizar estudios de investigación, procedentes de la Comisión Europea (Sixth & Seventh Programme Frameworks), Sociedad Catalana de Medicina de Familia e Instituto de Salud Carlos III.

## Bibliografía

1. Llor C, Hernández S. Enfermedad infecciosa en atención primaria: estudio prospectivo durante todo un año. *Enferm Infect Microbiol Clin*. 2010;28:222–6.
2. Matthys J, de Meyere M, van Driel ML, de Sutter A. Differences among international pharyngitis guidelines: Not just academic. *Ann Fam Med*. 2007;5:436–43.
3. Spinks A, Glasziou PP, del Mar CB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;11:CD000023.
4. Humair JP, Revaz SA, Bovier P, Stalder H. Management of acute pharyngitis in adults: Reliability of rapid streptococcal tests and clinical findings. *Arch Intern Med*. 2006;166:640–4.
5. Ebell MH, Smith MA, Barry HC, Ives K, Carey M. The rational clinical examination. Does this patient have strep throat? *JAMA*. 2000;284:2912–8.
6. Little P, Hobbs FD, Moore M, Mant D, Williamson I, McNulty C, et al., PRISM investigators. Clinical score and rapid antigen detection test to guide antibiotic use for sore throats: randomised controlled trial of PRISM (primary care streptococcal management). *BMJ*. 2013;347:f5806.
7. Stewart EH, Davis B, Clemans-Taylor BE, Littenberg B, Estrada CA, Centor RM. Rapid antigen group A streptococcus test to diagnose pharyngitis: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014;9:e111727.
8. Woods WA, Carter CT, Stack M, Connors AF Jr, Schlager TA. Group A streptococcal pharyngitis in adults 30 to 65 years of age. *South Med J*. 1999;92:491–2.
9. Horn DL, Zabriskie JB, Austrian R, Cleary PP, Ferretti JJ, Fischetti VA, et al. Why have group A streptococci remained susceptible to penicillin? Report on a symposium. *Clin Infect Dis*. 1998;26:1341–5.
10. Centor RM. When should patients seek care for sore throat? *Ann Intern Med*. 2013;159:636–7.
11. Centor RM, Atkinson P, Ratliff AE, Xiao L, Crabb DM, Estrada CA, et al. The clinical presentation of *Fusobacterium*-positive and streptococcal-positive pharyngitis in a university health clinic. A cross-sectional study. *Ann Intern Med*. 2015;162:241–7.
12. Hidaka H, Kuriyama S, Yano H, Tsuji I, Kobayashi T. Precipitating factors in the pathogenesis of peritonsillar abscess and bacteriological significance of the *Streptococcus milleri* group. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2011;30:527–32.
13. Little P, Stuart B, Hobbs FD, Butler CC, Hay AD, Campbell J, et al., DESCARTE investigators. Predictors of suppurative complications for acute sore throat in primary care: prospective clinical cohort study. *BMJ*. 2013;347:f6867.