

PROTOCOLO DE FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

Sección de Urgencias de Pediatría

Revisado en Octubre 2013

Realizado: Dras. María García Baro, María Slöcker

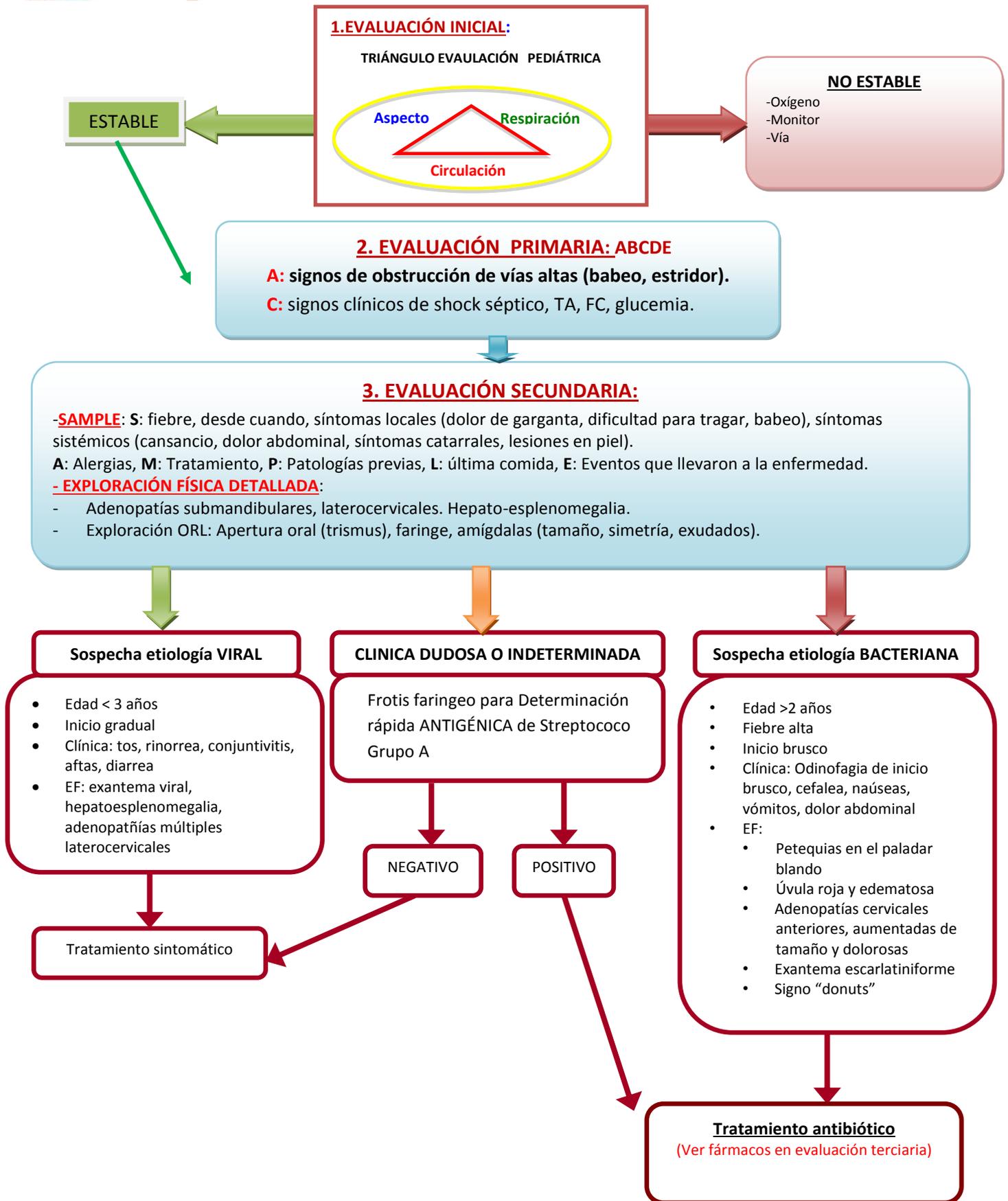
Revisión: Dras. Paula Vázquez, Conchita Míguez



Hospital General Universitario
Gregorio Marañón

 Comunidad de Madrid

Niño con faringoamigdalitis



3. EVALUACIÓN TERCIARIA:

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- **Test rápido estreptococo beta hemolítico grupo A:**
 - Sensibilidad del 80% y una especificidad del 95-98%.
 - No es útil para el estreptococo C y G.
 - No se recomienda la realización de los test rápidos en todos los niños con faringitis.
 - Recogida muestra: frotando faringe posterior y ambas amígdalas evitando contacto con lengua.
 - Indicación: dudas sobre la etiología.
- **Cultivo faríngeo:**
 - Especificidad del 99% y una sensibilidad del 90-95%.
 - Recogida muestra: frotando faringe posterior y ambas amígdalas evitando contacto con lengua.
 - **Indicación:**
 1. si existe sospecha clínica de otra etiología bacteriana, sobretodo si tiene connotaciones epidemiológicas (Pasteurella, Bordetella) o legales (Gonococo).
 2. Pacientes alérgicos a los betalactámicos para valorar la antibioterapia adecuada si existe fracaso de tratamiento.
 3. Dudas sobre etiología y no disponibilidad de test rápido estreptococo o es negativo.
- **Serología:**
 - **Indicación:** valorar (no siempre): si sospecha de mononucleosis infecciosa o mala respuesta a antibiótico.
 - **Virus a solicitar:** VEB, toxoplasma, CMV.
- **Monotest urgente (Paul Bunnell):**
 - **Indicación:** si se va a pedir serología y el niño es mayor de 4 años.
- **Estudios de laboratorio:** hemograma, PCR y la determinación de anticuerpos ASLO y/o DNasa B tienen poco valor en la fase aguda pero pueden ser útiles en el diagnóstico de complicaciones no supurativas y en la diferenciación con portadores de EBHGA.

TRATAMIENTO ESPECÍFICOS:

Tratamiento antibiótico:

Iniciar en:

- Casos confirmados mediante test rápido o cultivo.
- Aquellos con alta sospecha de etiología EBHGA en caso de test rápido negativo o no disponible en espera de cultivo.
- Clínica de faringoamigdalitis + contacto familiar con FAA estreptocócica confirmada (independientemente de las pruebas microbiológicas).
- Casos con clínica de faringoamigdalitis y con antecedente personal o familiar cercano de fiebre reumática aguda.

Fármacos:

- **Penicilina V oral:**
 - < 12 años o < 27 kg: 250 mg c/12 horas durante 10 días.
 - >12 años o > 27 Kg: 500 mg c/12 horas durante 10 días.
- **Amoxicilina** 40-50 mg/Kg/día c/12-24 horas (máximo 1 gr/día) durante 10 días.
- **Si riesgo elevado de fiebre reumática o problemas de cumplimiento valorar:** Penicilina G benzatina im.
 - **<25kg:** 600.000u
 - **>25Kg:** 1.200.000 u
- **Si alergia a betalactámicos:**
 - Reacción No tipo I (retardada): cefuroxima 15 mg/kg/día (máximo 2-4gr/día) c/12h durante 5 días o cefadroxilo 30mg/kg/día (máximo 2gr/día) c/12 horas durante 10 días.
 - Reacción tipo I (inmediata) o desconocimiento del tipo de reacción:
 - Azitromicina 20 mg/kg/día c/24 horas, durante 3 días (dosis máxima 500mg/día).
 - Si azitromicina los 3 meses previos o resistencia a azitromicina, eritromicina o claritromicina administrar:
 - Josamicina 30-50mg/kg/día c/12 horas durante 10 días (máximo 1gr/12 h).
 - Clindamicina 30-40 mg/kg/día c/12 horas durante 10 días (máximo 1.8gr/día).
 - Midecamicina 40mg/kg/día c/12h durante 10 días (máximo 1800mg/día).

Tratamiento sintomático

Analgesia (ver protocolo de analgesia)

Faringoamigdalitis bacteriana (clínica con o sin test rápido/cultivo +) que persiste tras tratamiento antibiótico.

Tras 72 horas

Valorar

INFECCIÓN VIRAL

INFECCIÓN VIRAL EN PORTADOR SBHGA

INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

NINGUNA DE LAS ANTERIORES

Amoxicilina-clavulánico vo

50 mg/kg/día c/8 horas
(máximo 875mg/8 horas)
durante 10 días.

Tras 7 días

- Analítica sangre
- Cultivo faríngeo
- Valorar: Clindamicina o Josamicina

COMPLICACIONES SUPURATIVAS LOCALES

ABSCESO PERIAMIGDALINO:

- Complicación más frecuente de la FAA y es más típica de los adolescentes.
- Colección de pus entre la cápsula amigdalар, el músculo constrictor superior de la faringe y el músculo palatofaríngeo.
- **Clínica:** voz gangosa, trismus, odinofagia, babeo.
- **EF:** Trismus, ambas amígdalas aumentadas de tamaño, pero sobre todo una de ellas, úvula hacia el lado opuesto.
- **Tratamiento:** amoxicilina-clavulánico IV 100mg/kg/día c/ 6-8h (máximo 2gr/dosis) durante 10-14 días e IC ORL para punción-drenaje del absceso.

ABSCESO RETROFARÍNGEO

- Más frecuente en niños menores de 4 años
- Infección de los ganglios linfáticos situados en la pared posterior de la faringe y la fascia prevertebral.
- **Clínica:** alteración de la voz, fiebre alta, y aspecto tóxico. Algunos niños pueden presentar tortícolis, dolor de cuello con los movimientos laterales y meningismo.
- **EF:** abombamiento pared posterior de la faringe, trismus.
- **PC:** Rx lateral o TAC cuello: aumento de espacio prevertebral a nivel de C₂ y C₃.
- **TTO:** amoxicilina-clavulánico IV (100mg/kg/día c6-8h durante 10-14 días, máximo 2gr/dosis) o clindamicina iv (30-40mg/kg/día c/ 6-8h, máximo 2.7gr/día, durante 10-14 días) y valoración por ORL.

SOSPECHA EXTENSIÓN INTRATORÁCICA

Mediastinitis, neumonía.