

Faringoamigdalitis aguda: alta sospita d'etiologia bacteriana i test de diagnòstic ràpid negatiu

Sr. Director,

Si bé l'estàndard de referència per al diagnòstic de faringoamigdalitis aguda (FAA) estreptocòccica és el cultiu faringi, la demora en l'obtenció del resultat en limita la utilitat en la pràctica clínica diària. Els últims anys s'han generalitzat les tècniques de detecció ràpida (TDR) d'antigen estreptocòccic. Tenint en compte la rapidesa (resultat al cap de 5-10 minuts), el baix cost i l'elevada sensibilitat (80-95%) i especificitat (95-99%), resulten la millor opció cost-efectiva¹⁻⁴ en pacients ben seleccionats. La nostra impressió clínica és que el seu ús generalitzat als serveis d'urgències (SU) ha desplaçat la indicació de cultiu faringi i tractament antibiòtic (ATB) empíric en els casos amb resultat negatiu i alta sospita d'etiologia bacteriana, malgrat que la seva indicació segueix vigent en aquests i altres casos concrets^{1, 5}.

Amb l'objectiu de conèixer el maneig i l'evolució d'aquests pacients, s'ha dut a terme aquest estudi retrospectiu, analític i observacional. Es revisen les històries clíniques dels pacients amb diagnòstic d'alta de FAA durant maig i juny de l'any 2017 al SU del nostre centre. S'inclouen els pacients més grans de 3 anys amb diagnòstic d'alta de FAA (codi 465.0 CIM-9-MC), alta sospita d'origen bacterià (criteris McIsaac: 4-5 punts) i TDR negatiu. S'exclouen els casos següents: codificació errònia, context d'escarlatina, tractament ATB o diagnòstic ja conegut de FAA en el moment de la consulta al SU, i diagnòstic concomitant al SU d'un altre procés infeccios tributari de tractament ATB. A la Figura 1 es mostra l'algoritme diagnosticoterapèutic de la FAA vigent al SU.

Durant el període d'estudi, 916 pacients es diagnosticuen de FAA; 113 (12,3%) són més grans de 3 anys, amb puntuació 4-5 en l'escala de McIsaac, TDR negatiu i sense criteris d'exclusió. El 60,2% són homes i l'edat mitjana és de 5,7 anys (rang interquartil: 3,9-7,9 anys). La puntuació en l'escala de McIsaac és de 4 a 109 (96,5%) pacients i de 5 en els 4 (3,4%) restants. A cap pacient se li practica cultiu faringi al SU. Es prescriu ATB oral a 2 (1,8%) infants. Dels 111 pacients que es donen d'alta sense tractament ATB, 5 (4,5%) reconsulten al SU o a atenció primària pel mateix procés: es repeteix el TDX a 2 (1,8%), tots dos negatius, i a cap se li practica cultiu faringi. Es prescriu tractament ATB als cinc casos que reconsulten: a tres per persistència de la febre sense cap altra focalitat i a dos per diagnòstic d'adenoflegmó; a un se li indica ingrés a les 24 hores de la consulta inicial per fer tractament parenteral.

En aquest estudi s'objectiva que al voltant del 10% dels pacients que consulten al SU amb FAA, malgrat tenir un

alt risc d'infecció bacteriana segons l'escala clínica, presenten negativitat del TDR. La pràctica de cultiu faringi en aquests casos és inexistent i la prescripció d'ATB, anecdòtica; l'evolució és favorable en la gran majoria. Tot i les limitacions de l'estudi derivades principalment del seu caràcter retrospectiu i d'assumir la certesa del diagnòstic, es conclou que el TDR per *Streptococcus pyogenes* és l'única prova microbiològica utilitzada al SU per al maneig de les FAA. Tenint en compte els resultats reportats, creiem que en els centres amb alta sensibilitat del TDR sembla prudent l'observació clínica en detriment de la indicació de cultiu faringi i prescripció d'ATB empíric en els casos de FAA amb alta sospita d'origen bacterià i TDR negatiu; més encara tenint en compte que l'ús excessiu d'ATB és un dels principals factors relacionats amb l'aparició i l'expansió de resistències bacterianes⁶. Cal assenyalar que és indispensable assegurar un seguiment clínic adequat d'aquests pacients per fer-ne un maneig òptim.

**Anna Sabater¹, Susanna Hernández-Bou¹,
Victoria Trenchs Sainz de la Maza¹⁻³,
Daniel Penela¹, Carles Luaces Cubells¹⁻³**

¹ Àrea d'Urgències. Hospital Sant Joan de Déu Esplugues de Llobregat. (Barcelona). ² Influència de l'entorn en el benestar de l'infant i de l'adolescent. Institut de Recerca Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat (Barcelona). ³ Departament de Cirurgia i Especialitats Medicoquirúrgiques. Facultat de Medicina i Ciències de la Salut. Universitat de Barcelona

Bibliografia

1. Piñeiro R, Hijano F, Álvarez F, Fernández A, Silva JC, Pérez C, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. *An Pediatr (Barc)*. 2011;75(5):342.e1-42.e13.
2. Burgaya Subirana S, Cabral Salvadores M, Bonet Esteve AM, Macià Rieradevall E, Ramos Calvo AM. Uso del test rápido de detección de antígeno estreptocócico en la consulta de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2017;19(74):119-25.
3. García C; Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Utilidad del test rápido de detección de antígeno estreptocócico (TRDA) en el abordaje de la faringoamigdalitis aguda en Pediatría. Accessible a la xarxa [data de consulta: el 24-02-2021]. Disponible a: https://www.aepap.org/sites/default/files/gpi_utilidad_trda_estreptococcico.pdf
4. Cots JM, Alkorta M, de la Flor J, Bernárdez S, Cañada JL, Bárcena M, et al. Documento de Consenso sobre recomendaciones de utilización de técnicas de diagnóstico rápido en Atención Primaria. *Pediatr Integral*. 2017;XXI:49-58.
5. Piñeiro Pérez R, Álvarez González F, Baquero-Artigao F, Cruz Cañete M, de la Flor J, Bru J, Fernández Landaluce A, et al. Actualización del documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. *An Pediatr (Barc)*. 2020;93(3):206.e1-206.e8.
6. Stam J, van Stuijvenberg M, Grüber C, Mosca F, Arslanoglu S, Chirico G, et al. Multicenter Infection Prevention Study 1 (MIPS 1) Study Group. Antibiotic use in infants in the first year of life in five European countries. *Acta Paediatr*. 2012;101(9):929-34.

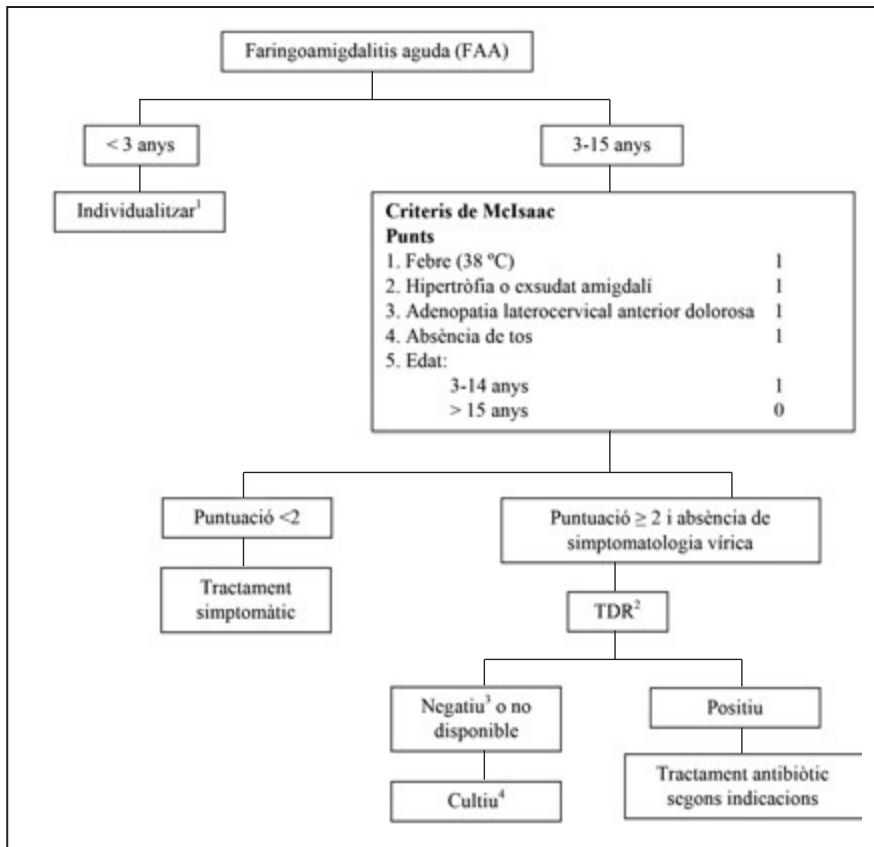


Fig. 1. Algoritme diagnòstic-terapèutic de la faringoamigdalitis aguda segons la Asociación Española de Pediatría.

¹ En més petits de 3 anys les FAA per EbhGA representen <10% i la febre reumàtica (FR) és excepcional en països desenvolupats a aquesta edat. La decisió d'ATB ha de ser individualitzada i només en cas de clínica compatible amb estreptocòccia.

² TDR: test de diagnòstic ràpid per EbhGA.

³ En funció de les indicacions següents:

- Puntuació ≥ 2 en l'escala de McIsaac, en absència de simptomatologia viral i quan no hi hagi la possibilitat de fer TDR.
- TDR negatiu i presència d'algun dels criteris següents:
 - Antecedents de FR o glomerulonefritis postestreptocòccica, tant en infants amb FAA com en contactes domiciliaris.
 - Més incidència en la comunitat estreptocòccica invasiva o contacte confirmat amb la mateixa.
 - Alta sospita d'origen bacterià de la FAA tot i TDR negatiu (valorar cultius específics).
 - Baixa sensibilitat demostrada del TDR al centre que fa la prova.
- Per valorar l'estat portador

⁴ Es recomana iniciar ATB fins a conèixer el resultat del cultiu, quan la puntuació, segons els criteris de McIsaac, és de 4-5, i també en un quadre de FAA en context familiar quan s'ha confirmat l'origen estreptocòccic en algun dels convivents o si hi ha antecedents de FAA en l'infant o en algun convivent. FAA: faringoamigdalitis aguda; EbhGA: estreptococ beta-hemolític del grup A; ATB: antibiòtic; FR: febre reumàtica; TDR: test de diagnòstic ràpid.