

PROTOCOLO DE SOPORTE CLÍNICO PEDIÁTRICO DE FARINGOAMIGDALITIS AGUDA (J02.9)**DEFINICIÓN**

Proceso agudo febril con inflamación de las mucosas del área faringoamigdal, pudiendo presentar eritema, edema, exudado, úlceras o vesículas.

ETIOLOGÍA

Etiología Viral

- Adenovirus
- EBV
- Coronavirus
- Coxsackie A
- HSV tipo 1 y 2
- Virus de la Influenza A y B
- Parainfluenza
- Rinovirus
- CMV

Etiología Bacteriana

- Estreptococo beta hemolítico del grupo A (EbhGA) o *Streptococcus pyogenes*
- Estreptococos beta hemolíticos del grupo C y G
- *Arcanobacterium haemolyticum*
- *Mycoplasma pneumoniae*
- *Fusobacterium necrophorum*
- *Anaerobios mixtos*
- Bacterias de frecuencia muy rara: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia psittaci* y *pneumoniae*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Yersinia enterocolitica* y *pestis*, *Treponema pallidum*, *Francisella tularensis*.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**HALLAZGOS CLÍNICOS**

Causa Viral

- Conjuntivitis
- Coriza
- Tos
- Diarrea
- Disfonía
- Estomatitis ulcerativa discreta
- Exantema viral

Causa bacteriana

- Inicio súbito de dolor en la garganta
- Edad entre 5-15 años
- Fiebre
- Cefalea
- Náuseas, vómitos y dolor abdominal
- Inflamación tonsilo- faríngea
- Exudados en parches tonsilo- faríngeos
- Petequias en el paladar
- Adenitis cervical anterior (dolor al palpar)
- Historia de exposición a un contacto con faringitis
- Rash escarlatiniforme

HALLAZGOS DE LABORATORIO

- Se recomienda confirmar el diagnóstico mediante prueba antigénica rápida y/o cultivo faríngeo.
- Si los síntomas son altamente sugestivos de etiología viral, no se recomiendan realizar pruebas diagnósticas.
- En menores de 3 años no se recomiendan pruebas diagnósticas pues la etiología por el EbhGA es infrecuente.
- En niños y adolescentes una prueba antigénica negativa debe confirmarse con un cultivo posterior. Pero si se obtiene una prueba antigénica positiva no debe confirmarse con un cultivo ya que esta prueba es altamente específica.
- Si no se cuentan con pruebas diagnósticas o no se puede dar seguimiento se recomienda ofrecer tratamiento cuando es altamente sugestiva de FA por EbhGA.

TRATAMIENTO

- El tratamiento de FA viral es sintomático con antipiréticos o antiinflamatorios no esteroideos.
- El tratamiento adecuado de la FA bacteriana es necesario para prevenir Fiebre Reumática y las complicaciones supurativas que pueden producirse.
- El tratamiento de elección para la FA bacteriana es el uso de Penicilina V o amoxicilina por 10 días para asegurar erradicación del microorganismo de la faringe.

TERAPIA DE ELECCIÓN

Amoxicilina vía oral	50 mg/kg/día cada 24 h (max= 1000mg) , alternativa 25 mg/kg cada 12 h (max=500 mg)
Penicilina G benzatínica (si presenta vómitos, no asegurado el cumplimiento por vía oral, prevalencia de fiebre reumática, países en desarrollo)	< 12 años: 600,000 U IM >12 años: 1,200,000 U IM
Alérgicos a la penicilina	Cefalexina 20 mg/kg/dosis cada 12 horas vía oral por 10 días (max=500 mg/dosis) Azitromicina 12 mg/kg/día por 5 días (max= 500 mg) Claritromicina 7.5 mg/kg/dosis cada 12 h por 10 días (max=250 mg/dosis) Clindamicina 20 mg/kg/día cada 8 horas por 10 días (max=300 mg/dosis)

COMPLICACIONES

- Fiebre reumática
- Absceso peri tonsilar
- Linfadenitis cervical
- Mastoiditis
- Infecciones invasivas
- Glomerulonefritis post- estreptocócica
- Artritis reactiva

BIBLIOGRAFÍA: (1)F. Álvez González , JM Sánchez- Lastres. Faringoamigdalitis aguda. Protocolo diagnóstico-terapéutico: Infectología Pediátrica. Asociación Española de Pediatría. (2)S. Shulman, A. Bisno; et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis. A 2012 Update by the Infectious Diseases Society of America. CID 2012;55.