

FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

V1. MARZO 2025

1. INTRODUCCIÓN.

La faringoamigdalitis aguda (FAA) es un proceso agudo febril, de origen generalmente infeccioso, que cursa con inflamación de las mucosas del área faringoamigdal, con presencia de eritema, edema, exudado, úlceras o vesículas. Se trata de una de las enfermedades más frecuentes en la infancia y en adultos jóvenes y la tercera causa de consulta en la práctica pediátrica.

2. ETIOLOGÍA.

Los microorganismos que más frecuentemente producen FAA se recogen en el **Anexo 1**. En todos los grupos de edad la mayoría de las FAA son víricas, sobre todo por debajo de los 3 años. Entre las causas bacterianas, el principal responsable es el *Estreptococo* beta-hemolítico del grupo A (EbhGA). Se trata de **Cocos grampositivos con crecimiento en cadenas** y puede encontrarse de forma habitual en piel y mucosas. La incidencia de FAA por EbhGA es variable según grupos de edad:

- < 2 años: 3-7%.
- 2-3 años: 5-10%
- 3-15 años: 20-40%

Se debe considerar la posibilidad de que muchas de estas FAA puedan corresponder en realidad a portadores de EbhGA que presentan una infección vírica del tracto respiratorio superior concomitante.

3. CLÍNICA.

Los síntomas de la FAA no permiten hacer una diferencia clara entre origen vírico y bacteriano, aunque hay ciertas manifestaciones que pueden sugerir un diagnóstico presuntivo de EbhGA (**Tabla 1**). En estos síntomas o signos se basan escalas clínicas como Centor, McIsaac o FeverPAIN. Sin embargo, aunque pueden orientar el diagnóstico, no hay ningún síntoma patognomónico de la infección por EbhGA.

En menores de 3 años, la FAA por EbhGA es menos frecuente y se expresa de forma diferente, produciendo un cuadro conocido como fiebre estreptocócica o nasofaringitis estreptocócica, que cursa clínicamente con fiebre moderada, rinitis mucopurulenta, inflamación faringoamigdal, lesiones impetiginizadas en narinas y adenitis cervical anterior dolorosa.

Tabla 1. Clínica orientadora de etiología de la FAA (extraído de Protocolo de Faringoamigdalitis y sus complicaciones de la SEIP 2023)

SUGESTIVO DE INFECCIÓN POR EbhGA	
Iniciobrusco	Adenopatías cervicales anteriores dolorosas
Fiebre	Edad 5-15 años
Exantema escarlatiniforme	< 3 años: fiebre faringoamigdal: eritema,
Cefalea, náuseas, vómitos, dolor abdominal	inflamación, rinitis, febrícula, lesiones
Exudados faringoamigdalares	impetiginizadas en narinas, OMA
Petequias en paladar blando	

SUGESTIVO DE INFECCIÓN VÍRICA	
Conjuntivitis	Adenopatías generalizadas
Rinorrea	Disfagia
Afonía	Estridor
Tos	Dificultad respiratoria
Diarrea	Pseudomembranas faríngeas
Hepatoesplenomegalia	

3.1.COMPLICACIONES DE LA FARINGOAMIGDALITIS POR EbhGA.

NO SUPURATIVAS.

Son raras en nuestro medio:

- Fiebre Reumática Aguda: Se manifiesta 2-4 semanas tras la FAA por EbhGA y puede presentarse con artritis, carditis y valvulopatía, corea, nódulos subcutáneos y eritema marginado.
- Glomerulonefritis postestreptocócica: asociada a la infección por cepas nefritógenas. Puede manifestarse desde como una hematuria microscópica asintomática hasta como un Sdr. Nefrítico agudo.
- Sd. PANDAS (*pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with Streptococcus*). Trastornos obsesivos-compulsivos o tics desencadenados tras una infección estreptocócica presentan una asociación controvertida con el EbhGA.

SUPURATIVAS.

Estas complicaciones se deben principalmente a la afectación de los tejidos contiguos o estructuras de drenaje de los vasos linfáticos locales. Son raras en países desarrollados y si se instaura de forma precoz tratamiento antibiótico.

- Absceso periamigdalino: dolor intenso y unilateral con desplazamiento de la úvula y la amígdala afectada hacia línea media, trismus y disfagia. Suele deberse a una infección polimicrobiana con participación de microorganismos anaerobios como *Fusobacterium spp* o *Prevotella spp*.

- Absceso retrofaríngeo: hiperextensión cervical, disfagia, sialorrea, disnea. En la exploración puede observarse una tumoración faríngea posterior unilateral (<50% de los casos).

En ambos casos es preciso tratamiento antibiótico intravenoso y en ocasiones, desbridamiento quirúrgico.

- Adenitis cervical supurada.
- Otitis media aguda.
- Fascitis necrotizante: por diseminación hemática desde la orofaringe. Se manifiesta como dolor intenso en la zona afectada, con eritema local o difuso. Requiere tratamiento quirúrgico.
- Sepsis.

4. DIAGNÓSTICO.

Los criterios clínicos no son lo suficientemente sensibles/específicos para decidir cuándo iniciar antibioterapia sin estudios microbiológicos. Existen diferentes escalas de predicción clínica que establecen una probabilidad estimada de etiología estreptocócica. Las más utilizadas la de Centor, McIsaac y FeverPAIN (Anexo 2). La más utilizada es la de Centor modificada por McIsaac.

El estado de portador de EbhGA oscila entre el 10-20% de niños sanos. Para evitar identificar portadores de EbhGA que realmente presentan una infección vírica del tracto respiratorio superior concomitante se recomienda realizar pruebas microbiológicas en los siguientes casos:

- Mayores de 3 años con clínica de FAA en ausencia de síntomas sugestivos de infección vírica (rinitis, estridor, vesículas, úlceras en paladar, etc.).
- Menores de 3 años con clínica de FAA y contacto estrecho con pacientes con FAA por EbhGA confirmado o signos muy sugerentes (exantema escarlatiniforme, clínica de estreptococosis).
- Sospecha de Fiebre Reumática Aguda / Glomerulonefritis postestreptocócica.
- FAA en pacientes con antecedentes de Fiebre Reumática.
- Contactos domiciliarios de pacientes con Fiebre Reumática / Glomerulonefritis postestreptocócica.
- FAA y elevada tasa de enfermedad estreptocócica invasiva. Contactos domiciliarios de pacientes con enfermedad estreptocócica invasiva.
- Contactos domiciliarios de pacientes con FAA de repetición con sospecha de transmisión intrafamiliar repetida.

Para recoger la muestra adecuadamente se debe frotar con el hisopo la pared posterior de la faringe y ambas amígdalas, incidiendo en las zonas más hiperémicas o con exudado y evitando que el hisopo toque úvula, paladar blando, superficie lingual y que se contamine con saliva, ya que se diluye el inóculo con flora comensal.

Las pruebas de diagnóstico microbiológico disponibles actualmente son:

- A. **Test de detección rápida antigénica (TDRA)**: se basa en la extracción ácida o enzimática del antígeno carbohidrato específico de la pared celular del EbhGA y en la posterior detección de este mediante anticuerpos específicos. Su principal ventaja es su rapidez, ya que se dispone del resultado en 5-10 minutos, lo que facilita la toma de decisiones. En pacientes bien seleccionados, y tras una correcta obtención de las muestras, tiene una E 95% y una S 70-95%.
- B. **Cultivo faringoamigdal** (*gold standard*): E 99% y S 90-95%. Permite el aislamiento del microorganismo y determinar la sensibilidad antimicrobiana. Su mayor inconveniente es el tiempo de obtención de resultados, entre 24-48 horas.

La SEIP recomienda realizar cultivo bacteriológico a los siguientes pacientes:

- Sospecha clínica de FAA en ausencia de sintomatología viral y cuando no exista la posibilidad de realizar TDRA.
 - TDRA negativo y presencia de:
 - Antecedentes de Fiebre Reumática o Glomerulonefritis postestreptocócica tanto en niños con FAA como en convivientes.
 - Mayor incidencia en la comunidad de enfermedad estreptocócica o contacto confirmado.
 - Alta sospecha de origen bacteriano a pesar de TDRA negativo (por ejemplo, una puntuación de McIsaac 4-5).
 - Para valorar el estado de portador en pacientes asintomáticos que sean contactos de casos Fiebre Reumática Aguda, GNPE o enfermedad invasiva por EbhGA.
 - Pacientes inmunodeprimidos.
- C. **Serología**: ASLO. No son de utilidad en el diagnóstico de FAA, ya que se elevan a las 2-8 semanas y pueden permanecer elevados durante meses. Identifican infección pasada. Falsos negativos: 1/3 casos infección documentada

Ninguna de estas técnicas permite diferenciar en el momento agudo, una infección por estreptococo de un paciente portador con una infección vírica concomitante.

5. TRATAMIENTO.

5.1. TRATAMIENTO SINTOMÁTICO.

Reposo, hidratación adecuada, fraccionamiento de tomas, control de la fiebre y el dolor con analgésicos-antitérmicos (paracetamol, AINEs).

5.2. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO.

Se recomienda iniciar tratamiento antibiótico sólo en los pacientes sintomáticos con estudio microbiológico positivo

La antibioterapia ha demostrado:

- Reducir la duración de los síntomas.
- Prevenir la transmisión del caso infeccioso a los contactos estrechos (que oscila entre 5-50% de los casos). En el 80-90% de los casos el estreptococo desaparece de la faringe 24 horas tras iniciar el antibiótico. Sin antibiótico, el 50% de los pacientes continúan como portadores a las 3-4 semanas.
- Prevenir complicaciones supurativas y fiebre reumática.

Los antibióticos de elección para el tratamiento de FAA por EbhGA son:

- **Penicilina V (fenoximetilpenicilina).**
- **Penicilina G benzatina.**
- **Amoxicilina.**

El tratamiento de FAA por EbhGA se debe mantener 10 días.

En caso de alergia a b-lactámicos, las alternativas terapéuticas son:

- A. Reacción alérgica inmediata mediada por IgE / anafilaxia / reacción retardada grave¹:
macrólidos.
 - **Clindamicina**
 - Alternativa: Azitromicina
- B. Reacción alérgica no IgE mediada leve: cefalosporina 1ª generación, **cefadroxilo o cefuroxima.**

Tabla 2. Tratamiento de FAA por EbhGA: alternativas terapéuticas y posología

ANTIBIÓTICO	DOSIS	FRECUENCIA	DURACIÓN	DOSIS MÁX.
1ª ELECCIÓN				
PENICILINA V (Penilevel)	≤ 27 kg: 250 mg > 27 kg: 500 mg	Cada 12 h	10 d	
PENICILINA V 250.000 UI / 5 ml (Benoral)	50.000 UI/kg/día (0,25 ml/kg/dosis)	Cada 8 h	10 d	750.000 UI/dosis 15 ml/dosis
AMOXICILINA	50 mg/kg/día	Cada 12-24 h	10 d	1000 mg cada 24 h
ALERGIA A B-LACTÁMICOS				
CLINDAMICINA	20-30 mg/kg/día	Cada 8 h	10 d	900 mg cada 24h
AZITROMICINA	12 mg/kg/día	Cada 24 h	5 d	500 mg cada 24 h
	20 mg/kg/día	Cada 24 h	3 d	500 mg cada 24 h
CEFADROXILO	30 mg/kg/día	Cada 12 h	7-10 d	1000 mg cada 24 h
INTOLERANCIA ORAL O ALTO RIESGO DE INCUMPLIMIENTO				
PENICILINA G BENZATINA	<27 kg: 600.000 ui IM >27 kg: 1200.000 ui IM	Dosis única		
PAUTA DE TRATAMIENTO CORTO				
CEFIXIMA	8 mg/kg/día	Cada 24 h	5 días	400 mg/día
CEFTIBUTENO	9 mg/kg/día	Cada 24 h	5 días	400 mg/día
CEFUROXIMA AXETIL	20 mg/kg/día	Cada 12 h	5 días	500 mg/día
CEFPODOXIMA	10 mg/kg/día	Cada 12 h	5 días	200 mg/día
AMOXICILINA-CLAVULÁNICO	37.5 mg/kg/día	Cada 8 h	5 días	1875 mg/día
CLARITROMICINA	15 mg/kg/día	Cada 12 h	5 días	500 mg/día

6. EVOLUCIÓN

En la mayoría de los casos, existe mejoría clínica las primeras 48 horas tras iniciar el tratamiento antibiótico.

6.1. Indicaciones de control microbiológico tras finalizar el tratamiento

Tras finalizar el tratamiento, si la evolución clínica es favorable y no hay factores de riesgo en el niño o convivientes de Fiebre Reumática Aguda o GNPE, no está indicado realizar control microbiológico al final del tratamiento. El fracaso de erradicación bacteriológica y el estado de portador asintomático representan un riesgo mínimo de complicaciones o contagio (por baja virulencia de la cepa residual). De hecho, no se aconseja tratar a pacientes asintomáticos que dan positivo un resultado microbiológico al final del tratamiento y no tenían indicación de haber hecho la prueba.

Las indicaciones de control microbiológico al final del tratamiento antibiótico y de tratamiento del estado de portador incluyen:

-Antecedentes de Fiebre Reumática en el niño o convivientes.

-Si se adquirió la infección en un brote que ha dado casos de Fiebre Reumática o Glomerulonefritis postestreptocócica.

-Contactos estrechos de pacientes con Fiebre Reumática / Glomerulonefritis postestreptocócica / Enfermedad invasiva por EhbGA.

-Si adquirieron la infección en un brote de casos intrafamiliar que está produciendo casos de FAA recurrentes.

-Si se está considerando como tratamiento la amigdalectomía.

Si en estos casos el resultado es positivo, se pueden considerar las siguientes opciones de tratamiento antibiótico:

ANTIBIÓTICO	DOSIS	DOSIS MÁXIMA	DURACIÓN
Amoxicilina-clavulánico (4:1)	40 mg/kg/día en 3 dosis	1500 mg/día	10 días
Penicilina V + Rifampicina	Si ≤ 27 kg 250 mg cada 12 horas Si > 27 kg 500 mg cada 12 horas 20 mg/kg/día en 2 dosis	600 mg/día	10 días Últimos 4 días
Penicilina G benzatina + Rifampicina	Si ≤ 27 kg 600.000 U dosis única Si > 27 kg 1.200.000 U dosis única 20 mg/kg/día en 2 dosis	600 mg/día	4 días
Cefadroxilo + Rifampicina	30 mg/kg/día en 2 dosis 20 mg/kg/día en 2 dosis	1000 mg/día 600 mg/día	10 días Últimos 4 días
Clindamicina (si cepa sensible)	20 mg/kg/día en 3 dosis	600 mg/dosis	10 días
Azitromicina (si cepa sensible)	20 mg/kg/día en 1 dosis	500 mg/dosis	3 días

6.2. Síntomas persistentes o recurrentes tras finalizar el tratamiento

En estos casos hay que valorar las siguientes posibilidades:

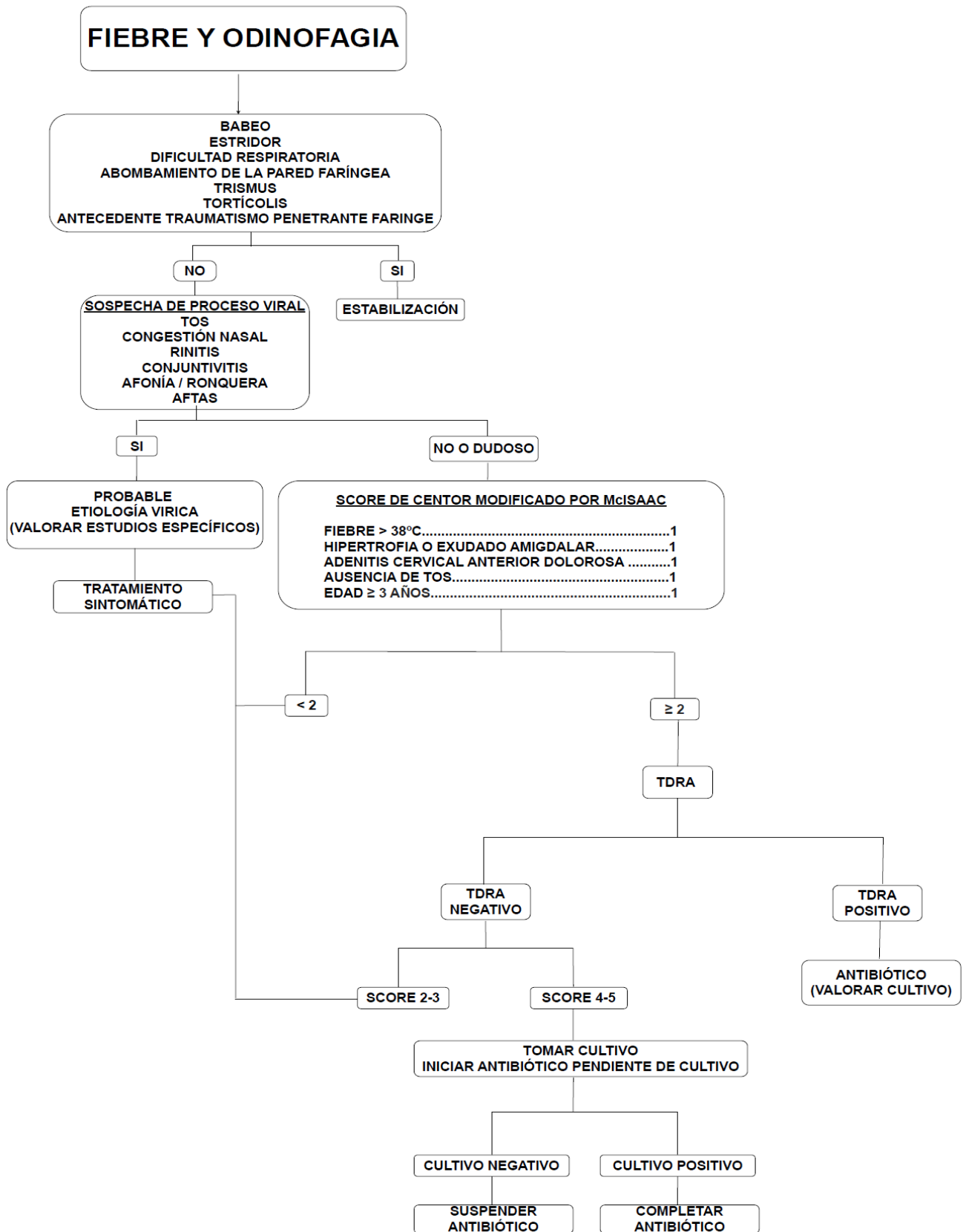
- Falta de adherencia al tratamiento
- Infección por un patógeno diferente a EbhGA (lo más frecuente un virus respiratorio) en un portador de EbhGA: (ante episodios recurrentes, se recomienda realizar cultivos bacteriológicos en periodos en los que el paciente se encuentra asintomático, para valorar si se trata de un paciente portador de EbhGA)
- Otro diagnóstico: ej. Sdr PFAPA → FAA de repetición con cultivos negativos
- Infección recurrente: con la misma cepa u otra diferente (transmisión en “ping-pong” intrafamiliares o en el medio escolar). Si se sospecha reinfecciones del niño a partir de contactos familiares, tomar muestra a todos los familiares y tratar a los positivos.
- Infección persistente por fracaso de tratamiento (ej. un macrólido al que la bacteria es resistente)
- Presencia de complicación supurativa con absceso periamigdalino

En caso de recaída (síntomas 2-7 días tras finalizar el tratamiento antibiótico) se puede administrar un nuevo ciclo del mismo antibiótico o utilizar antibióticos resistentes a beta-lactamasas (amoxicilina-clavulánico, cefuroxima, cefadroxilo o clindamicina -éste último si es sensible por antibiograma-)

7. INDICACIONES DE AMIGDALECTOMÍA.

- ≥ 7 episodios en 1 año / ≥ 5 episodios cada año durante 2 años seguidos / ≥ 3 episodios cada año durante 3 años seguidos.
- 2º episodio de absceso periamigdalino.
- Antecedentes personales de Fiebre Reumática.
- Contacto estrecho con caso de Fiebre Reumática + 2 episodios de FAA en el último año + fracaso del tratamiento erradicador.

ALGORITMO



ANEXOS.

ANEXO 1. ETIOLOGÍA DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA (tabla modificada de Piñeiro Pérez R, Hijano Bandera F, Álvez González F, Fernández Landaluce A, Silva Rico JC, Pérez Cánovas C et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. An Pediatr (Barc). 2011;75(5):342.e1-342.e13.)

VIRUS	CLÍNICA
<i>Rhinovirus, VRS, Parainfluenza, Metapneumovirus, Coronavirus epidémicos</i>	<i>Resfriado común</i>
<i>SARS-CoV2</i>	<i>Fiebre, rinorrea, tos, odinofagia, cefalea, mialgias</i>
<i>Enterovirus</i>	<i>Coxsackie A. Herpangina: microvesículas en pared posterior faríngea</i>
<i>Adenovirus</i>	<i>Faringitis / Fiebre faringoconjuntival. Puede dar exudado amigdalares.</i>
<i>Virus de Epstein-Barr</i>	<i>Mononucleosis infecciosa: fiebre, astenia, faringitis exudativa, adenopatías cervicales, hepatoesplenomegalia y erupción asociada a la amoxicilina y ampicilina</i>
<i>VHS 1 y 2</i>	<i>Gingivostomatitis (primoinfección); vesículas, úlceras superficie del paladar. Puede cursar con exudado faríngeo.</i>
<i>Influenza A y B</i>	<i>Gripe: fiebre, mialgias, tos, cefalea</i>
<i>Citomegalovirus</i>	<i>Sdr mononucleósica</i>
<i>VIH</i>	<i>Sdr mononucleósica</i>
BACTERIAS	
<i>EbhGA</i>	<i>Es la causa más frecuente de faringitis bacteriana en niños y adolescentes. Escarlatina.</i>
<i>Estreptococo betahemolítico grupos Cy G</i>	<i>Faringitis (generalmente más leve que la producida por EbhGA). Escolares y adolescentes. No relación con Fiebre reumática. Antibiótico si al diagnóstico microbiológico sigue sintomático.</i>
<i>Arcanobacterium haemolyticum</i>	<i>Adolescentes. Fiebre, Faringitis exudativa, Exantema. No descamación. La penicilina no es eficaz. Tratamiento: macrólidos.</i>
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	<i>Preferentemente en niños ≥ 6 años. 5-15% causas faringitis.</i>
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<i>Poco frecuente. ITS. Hallazgos inespecíficos: (eritema, edema faríngeo o exudados). Diagnóstico: Cultivo/ PCR</i>
<i>Corynebacterium diphtheriae</i>	<i>Difteria, membranas faringoamigdalares</i>
<i>Fusobacterium necrophorum</i>	<i>Fiebre, odinofagia, disfagia, tumefacción, rigidez de cuello unilateral, absceso periamigdalino. Puede progresar a Sdr. de Lemierre (Tromboflebitis supurada vena yugular interna)</i>

ANEXO 2. ESCALAS DE PREDICCIÓN CLÍNICA DE RIESGO DE FAA POR EhbGA (extraída de Piñeiro Pérez R, Álvez González F, Baquero-Artigao F, Cruz Cañete M, de la Flor i 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

CRITERIOS		CENTOR (modificado por McIsaac)		McISAAC		FEVERPAIN	
Fiebre >38°C		+1		+1		+1	
Ausencia de tos		+1		+1			
Ausencia de tos /coriza						+1	
Exudado amigdalár		+1				+1	
Inflamación o exudado amigdalár				+1			
Inflamación amigdalár importante						+1	
Adenopatías laterocervicales dolorosas		+1		+1			
Edad	3-15 años	+1		+1			
	15-45 años	0		0			
	>45 años	0		-1			
Visita <3 días al médico						+1	
Probabilidad estimada de cultivo positivo para EhbGA		0	2.5%	0	1-2.5%	0-1	13-18%
		1	6-7%	1	5-10%		
		2	14-17%	2	11-17%	2-3	34-40%
		3	30-34%	3	28-35%		
		4	56%	≥4	51-53%	4-5	62-65%

8. BIBLIOGRAFÍA

- Choby BA. Diagnosis and treatment of streptococcal pharyngitis. *Am Fam Physician*. 2009;79(5):383-90. Erratum in: *Am Fam Physician*. 2013 Aug 15;88(4):222.
- Di Muzio I, d'Angelo DM, Di Battista C, Lapergola G, Zenobi I, Marzetti V et al. Pediatrician's approach to diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2020;39(6):1103-1107. doi: 10.1007/s10096-020-03821. PMID: 31984431.
- Farmacia y productos sanitarios [Internet]. [citado 2 de marzo de 2025]. Píldoras informativas - Farmacia y productos sanitarios - GVA Sanitat. Disponible en: https://www.san.gva.es/es/web/farmacia-i-productes-sanitaris/pildoras-informativas/-/document_library/IBLDLVe8I73n/view_file/3251553
- Hamilton JL, McCrea Li L. Streptococcal pharyngitis: Rapid evidence review. *Am Fam Physician*. 2024;109(4):343-349. PMID: 38648833.
- Mustafa Z, Ghaffari M. Diagnostic methods, clinical guidelines, and antibiotic treatment for group A streptococcal pharyngitis: a narrative review. *Front Cell Infect Microbiol*. 2020;10:563627. doi: 10.3389/fcimb.2020.563627. PMID: 33178623; PMCID: PMC7593338.
- Otero Pérez L, Ares Álvarez J, Piñeiro Pérez R. Faringoamigdalitis aguda y sus complicaciones. *Protoc Diagn Ter Pediatr*. 2023;2:51-79.
- Pellegrino R, Timitilli E, Verga MC, Guarino A, Iacono ID, Scotese I, et al. Acute pharyngitis in children and adults: descriptive comparison of current recommendations from national and international guidelines and future perspectives. *Eur J Pediatr*. 2023;182(12):5259-5273. doi: 10.1007/s00431-023-05211-w. PMID: 37819417; PMCID: PMC10746578.
- Piñeiro Pérez R, Álvarez González F, Baquero-Artigao F, Cruz Cañete M, de la Flor i 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
- Piñeiro Pérez R, Hijano Bandera F, Álvarez González F, Fernández Landaluce A, Silva Rico JC, Pérez Cánovas C et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. *An Pediatr (Barc)*. 2011;75(5):342.e1-342.e13.
- Smith KL, Hughes R, Myrex P. Tonsillitis and Tonsilloliths: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2023;107(1):35-41. PMID: 36689967.
- Sykes EA, Wu V, Beyea MM, Simpson MTW, Beyea JA. Pharyngitis: Approach to diagnosis and treatment. *Can Fam Physician*. 2020;66(4):251-257. PMID: 32273409; PMCID: PMC7145142.
- Taylor A, Webb R. Fifteen-minute consultation: Group A streptococcal pharyngitis, diagnosis and treatment in children. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2024;109(5):210-221. doi: 10.1136/archdischild-2023-325755. PMID: 38514137.