

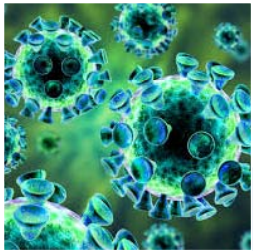
Faringitis/Sinusitis manejo actual en diagnóstico y tratamiento

Dra. Gabriela Rapetti Salik

7° CONGRESO ARGENTINO DE PEDIATRIA GENERAL AMBULATORIA

Noviembre-2018

Agentes Etiológicos de Faringitis Aguda



Virus

- Rinovirus
- Influenza A y B
- Parainfluenza
- Adenovirus
- Epstein barr
- Citomegalovirus
- Herpes simplex
- Coxsackie virus
- Echovirus
- VIH



Bacterias

- Streptococcus A, C y G
- Gonococo
- Anaerobios
- C. diptheriae
- A. haemolyticum
- M. pneumoniae
- C. psitacii
- C. pneumoniae

Características Clínicas y Epidemiológicas sugestivas de Faringitis Estreptocócica vs. Viral

Faringitis Estreptocócica

- Inicio brusco de dolor de garganta
- Edad : 5-15 años
- Fiebre
- Cefalea
- Náuseas , vómitos, dolor abdominal
- Inflamación y/o exudado en amígdalas
- Petequias en paladar
- Adenomegalias cervicales anteriores dolorosas
- Rash escarlatiniforme
- Estacional

Faringitis Viral

- Conjuntivitis
- Tos
- Coriza
- Úlceras orales
- Exantema viral

Faringitis Estreptocócica: Diagnóstico

- Tests rápidos : Sensibilidad 70-90% Especificidad 95%
- Hisopado de Fauces : S y E 90-95%

Falsos negativos : mala técnica y ATB previos

No diferencian entre paciente infectado y estado de portador



SOLICITAR

- Paciente con epidemiología y cuadro clínico sugestivo de Faringitis por SBHGA



NO SOLICITAR

- Cuadro probable etiología viral
- Pacientes menores de 3 años
- Cultivos de control post tto.

Diagnóstico

Criterios de Mc Isacc

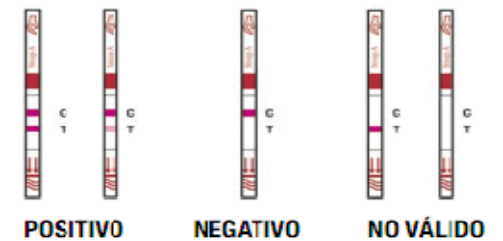
- Fiebre > 38°C
- Exudados Faríngeos
- Adenopatía laterocervical dolorosa
- Edad 3-14 años
- Ausencia de tos



Cultivo positivo SBHGA



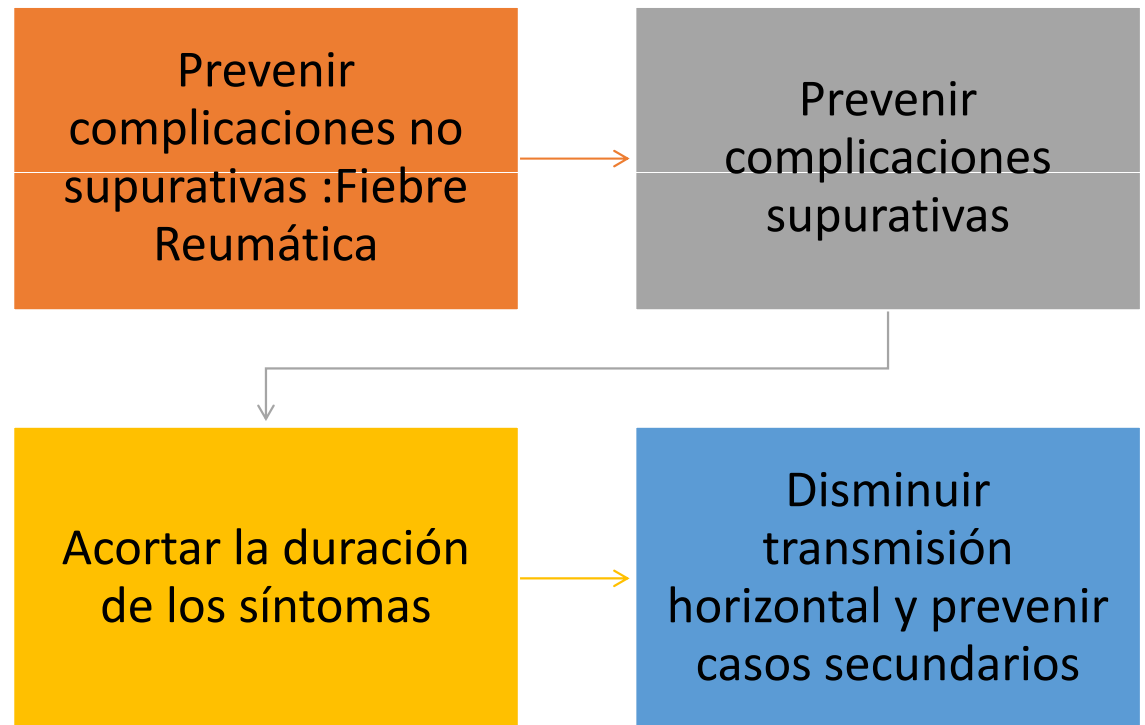
Interpretación de los resultados



Manejo de Faringitis por SBHGA



Faringitis Estreptocócica: Fundamentos del Tratamiento



Pediatrics 2013 ;132 (6):1146-1152

Ventajas del uso de Penicilina

Eficacia comprobada

Baja toxicidad

Espectro reducido

Bajo costo

Buena tolerancia

Cobertura microbiológica de 100%

Recomendaciones Terapéuticas

Antibiótico	Dosis	Duración
Penicilina V (oral)	50.000 UI/kg, c/8-12	10 días
Amoxicilina (oral)	50 mg /kg / día c/24(max 1g) 25 mg/kg /dosis c/12 h (max 500mg)	10 días
Penicilina G benzatínica (IM)	<27 kg 600.000 UI >27 kg 1.200.000 UI	Dosis única

Clin Infect Dis. 2002;35:113-25 CID 2012:55 (15 November)

ORIGINAL

Tratamiento de la amigdalitis estreptocócica con amoxicilina una vez al día: metaanálisis

Estudio, país	Escala de Jadad	Edad (años)	Antibiótico	Número de dosis/día	Total, mg/día	Número de sujetos por rama	Pacientes con fallo de tratamiento a los 14-21 días	Fallo de tratamiento (%)	Diferencia de porcentaje de fallo de tratamiento
Shvartzmann et al ¹⁰ , Israel	1	> 3	Amoxicilina	1	50 mg/kg/día	75	0	0%	-0,06
Feder et al ¹¹ , Estados Unidos	3	3-18	Penicilina V	3 o 4	250 mg/dosis (750-1.000 mg/día)	82	5	6%	0,6
Clegg et al ¹² , Estados Unidos	3	3-18	Amoxicilina	1	250 mg/dosis (750 mg/día)	73	8	11%	0,45
			Amoxicilina	2	< 40 kg: 750 mg/día > 40 kg: 1.000 mg/día	294	59	20%	
			Amoxicilina	2	< 40 kg: 375 mg/dosis (750 mg/día) > 40 kg: 500 mg/dosis (1.000 mg/día)	296	46	15%	
Lennon et al ¹³ , Nueva Zelanda	3	5-12	Amoxicilina	1	< 30 kg: 750 mg/día	155	20	12%	0,65
			Penicilina V	2	> 30 kg: 1.500 mg/día < 20 kg: 250 mg/dosis (500 mg/día) > 20 kg: 500 mg/dosis (1.000 mg/día)	162	19	11%	

Estos resultados demuestran que la amoxicilina, 1 vez al día /10 días, no es inferior frente a 2 tipos de posología: amoxicilina (2 veces al día) o penicilina V (2-4 veces al día), para el tratamiento de la Faringitis Estreptocócica

Is a short-course antibiotic treatment effective for streptococcal tonsillopharyngitis in children?

Camila Rojas-Ramírez, Tomás Kramer-Urrutia, Lorena Cifuentes

Esquema antibiótico acordado para la faringoamigdalitis en niños				
Pacientes	Pacientes pediátricos (6 meses a 18 años) cursando con amigdalitis por estreptococo grupo A			
Intervención	Tratamiento antibiótico duración acordado (3 a 7 días)			
Comparación	Tratamiento antibiótico de duración estándar (10 días)			
Desenlaces	Efecto absoluto*		Efecto relativo (IC 95%)	Certeza de la evidencia (GRADE)
	CON tratamiento duración estándar	CON tratamiento duración acordada		
	Diferencia: pacientes por 1000			
Erradicación	846 por 1000	838 por 1000	RR 0,99 (0,95 a 1,03)	⊕⊕⊕○ ^{1,2} Moderada
	Diferencia: 8 pacientes menos por 1000 (Margen de error: 42 menos a 25 más)			
Complicaciones	3 por 1000	1 por 1000	RR 0,55 (0,17 a 1,81)	⊕⊕○○ ^{1,3} Baja
	Diferencia: 2 pacientes menos por 1000 (Margen de error: 2 menos a 2 más)			
Efectos adversos	46 por 1000	81 por 1000	RR 1,74 (1,31 a 2,32)	⊕○○○ ^{1,4} Muy baja
	Diferencia: 35 pacientes más por 1000 (Margen de error: 14 a 61 más)			

Faringitis estreptocócica Tratamiento ATB en alérgicos a Penicilina

ATB	Dosis	Duración
Cefalexina	20 mg /kg /dosis (max 500 mg dosis) cada 12 h	10 días
Cefadroxilo	30 mg/kg/dia cada 24 hs (max 1g)	10 días
Clindamicina	7 mg /kg/dosis cada 8 hs (max 300mg dosis)	10 días
Claritromicina	7,5 mg/kg/dosis cada 12 hs (max 250 mg dosis)	10 días
Azitromicina	10 mg/kg/dia cada 24 h (max 500mg)	5 días

IDSA Guideline for GAS Pharyngitis • CID 2012:55 (15 November)

Faringitis recurrente

Definición : 3 episodios documentados de Faringitis por SBHGA en 6 meses o 4 en un año

1-Comprobar diagnóstico etiológico en TODOS los episodios

2-No buscar portadores en la familia

3-Verificar si en el último episodio cumplió tratamiento ATB

4-Si el tratamiento fue inadecuado : indicarlo nuevamente

5-Tratamiento adecuado : Tratamiento alternativo

Antibiótico	Dosis y Duración	Eficacia
Penicilina V + rifampicina	A la penicilina V por 10 días, se agrega rifampicina 10 mg/kg/día en los últimos 4 días	50%
Clindamicina	20 mg/kg/día cada 8 h por 10 días	> 90%
Azitromicina	10 mg/kg/día por 5 días	> 95%

Recomendaciones Generales

- El diagnóstico de la faringitis estreptocócica deberá hacerse conjugando los signos clínicos y epidemiológicos junto con los test microbiológicos
- Realizar cultivo de fauces y/o prueba rápida ante la sospecha clínica
- Esperar el resultado del cultivo de fauces en los pacientes con prueba rápida negativa
- Administrar penicilina por vía oral como tratamiento
- Suspender los ATB cuando el cultivo es negativo



Sinusitis

Diagnóstico

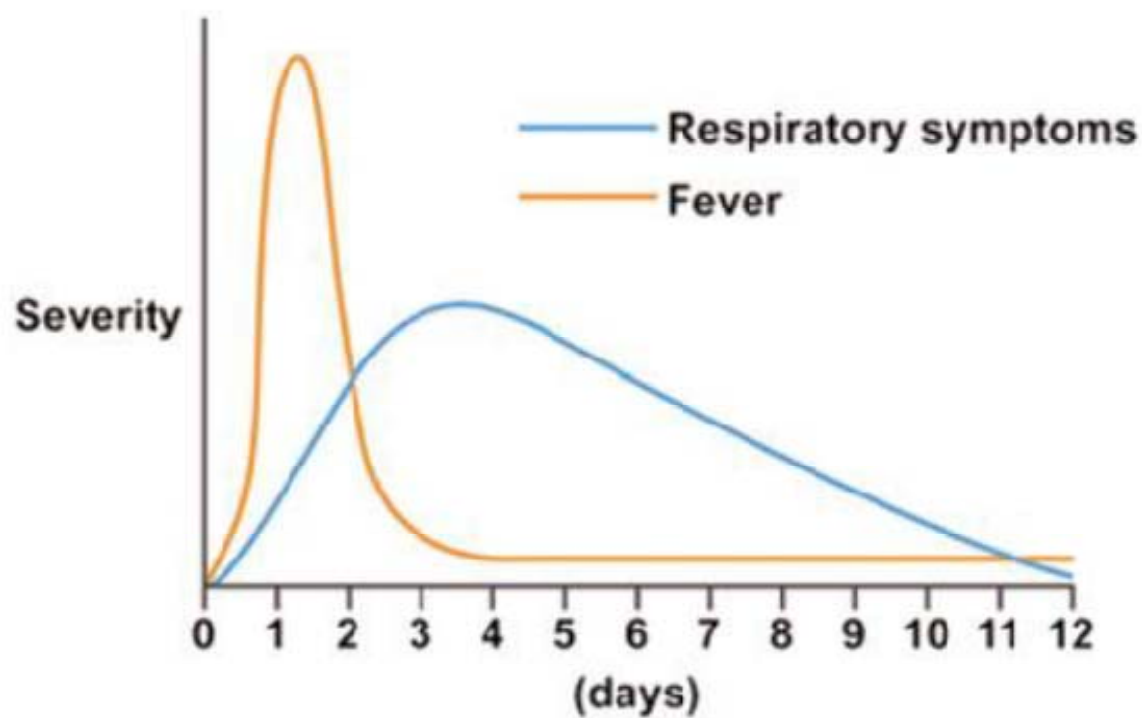
Utilidad de métodos complementarios de diagnóstico

¿Cuándo debo solicitar una punción de senos paranasales?

Tratamiento ATB

Tratamiento adyuvante

Evolución de infección respiratoria de vías aéreas superiores



6-7 % Infecciones VAS



Sinusitis Aguda

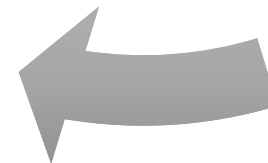
Sinusitis Bacteriana Definiciones

SB Recurrente
Episodios que duran
< 30 días , separados
entre si por al menos
10 días, durante los
cuales el paciente
está asintomático

SB Aguda infección
bacteriana , duración
menor a 30 días con
resolución completa

SB Crónica cuadro de
duración mayor a 90
días, síntomas
residuales

SB Subaguda cuadro
de duración entre 30
y 90 días



Sinusitis Bacteriana Aguda

Enfermedad Persistente

- Secreción nasal (cualquier característica) tos diurna o ambos > 10 días sin mejoría
 -
- Enfermedad que empeora luego de mejoría inicial

Enfermedad Severa

- Inicio brusco
- Fiebre elevada
- Secreción nasal purulenta al menos 3 días consecutivos

Sinusitis Bacteriana Score de Severidad

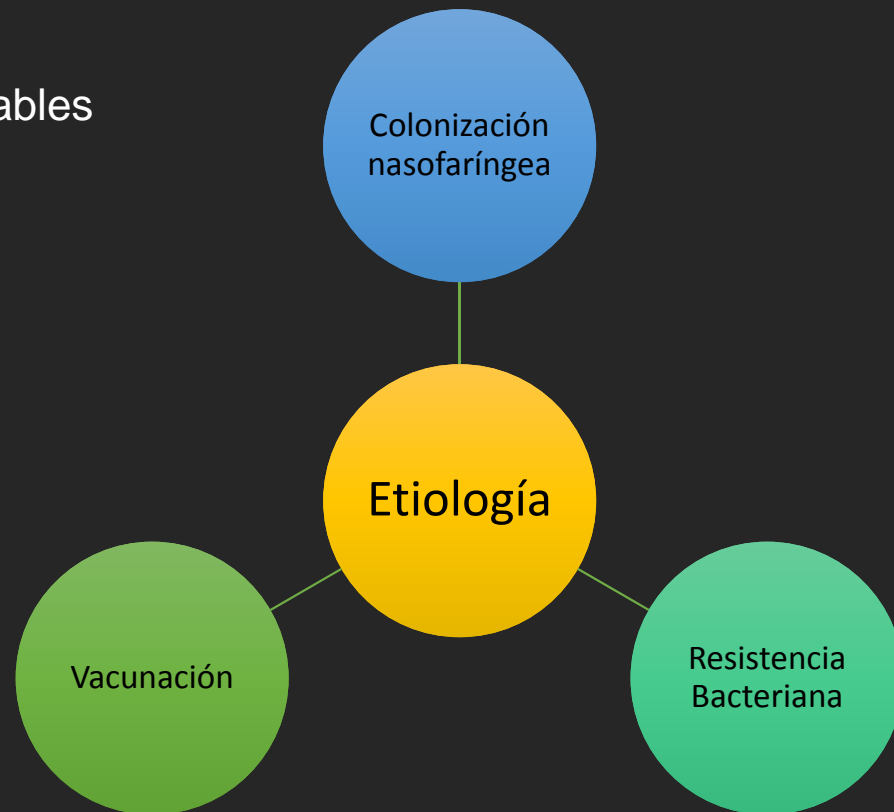
Manifestacion Clinica	Puntaje
Secreción nasal	
•Mínima	1
•Severa	2
Congestión nasal	1
Tos	2
Mal aliento	1
Dolor facial	3
Mucosa nasal congestiva	1
Fiebre	
•38,5	1
•Mas de 38,5	2
Cefalea retroorbitaria	
•Severa	3
•Moderada	1

Interpretacion

• **Score < 8**
Enf Moderada

• **Score > 8**
Enf Severa

- Virus
Bacterias
- S. pneumoniae
 - H. influenzae no tipables
 - M. catarrhalis



- Las imágenes no son necesarias para confirmar diagnóstico de sinusitis
- La historia clínica predice alteraciones radiológicas en un 88 % de los casos (70 % en > 6 años)



Imágenes en sinusitis

No solicitar en episodios no complicados

En infecciones virales VAS: inflamación de mucosa de senos

Evitar exposición a radiación

Disminuir costos

Evitar tratamientos innecesarios por falsos positivos

Imágenes en sinusitis

Cuando se realizan imágenes : RX , TAC o RMN en niños con Infecciones no complicadas de vías aéreas superiores , un alto porcentaje de estos estudios son patológicos

Un estudio normal , descarta la infección

Un estudio patológico , NO lo confirma

TAC o RMN deben solicitarse en sospecha de complicaciones

En menores de 5 años :
complicaciones orbitarias
(sinusitis etmoidal)

En niños mayores y
adolescentes :
complicaciones
intracraneanas (sinusitis
frontal)la necesidad de
eventual cirugía

Otras indicaciones : valorar
factores predisponentes ,
indicación quirúrgica , ante
mala evolución , HIC

Sinusitis Bacteriana Aguda: Complicaciones

Complicaciones : 3 - 11%

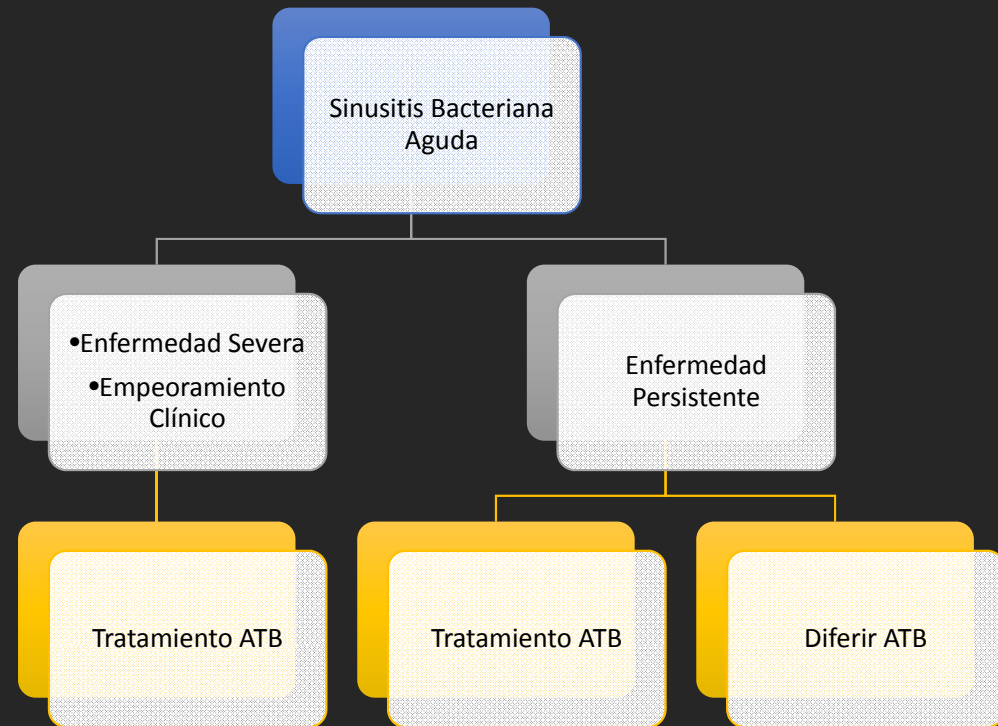
- Orbitarias : 60 - 70%
- Intracraneanas : 15 - 20%
 - Oseas : 5 - 10%

COMPLICACIONES ORBITARIAS		
Estadio	Diagnóstico	Signos clínicos
I	Celulitis periorbitaria (preseptal)	Edema del párpado superior sin cambios visuales o extraoculares
II	Celulitis orbitaria (postseptal)	Edema palpebral y periorbitario, proptosis, quemosis, movimientos extraoculares limitados o no
III	Absceso subperióstico	Desplazamiento del globo ocular hacia abajo y lateralmente. Afectación de los movimientos extraoculares y de la agudeza visual
IV	Absceso orbitario	Proptosis grave. Oftalmoplejía completa, afectación de la agudeza visual que puede progresar a ceguera irreversible
V	Trombosis del seno cavernoso	Dolor orbitario, equimosis, proptosis, sepsis, oftalmoplejía. Puede progresar al ojo contralateral

SBA: Punción de Senos Paranasales

- Método de elección para el diagnóstico
- 60 % de los niños con síntomas de sinusitis tendrán bacterias presentes en un aspirado de los senos paranasales
- Es invasivo y potencialmente muy doloroso
- No se indica de rutina
 - ✓ Inmunocomprometidos
 - ✓ Complicaciones orbitarias
 - ✓ Complicaciones del SNC
 - ✓ Falta de respuesta a los ATB
 - ✓ Sinusitis crónica de difícil resolución

Tratamiento



Sinusitis Bacteriana Aguda: Tratamiento ATB

Recomendado en pacientes con enfermedad severa y aquellos que presentan empeoramiento clínico

Beneficios: favorece la cura clínica, acorta duración de la enfermedad y previene las complicaciones supuradas en pacientes de riesgo

Desventajas: efectos adversos de los ATB y costos directos del tratamiento

Sinusitis Bacteriana Aguda: Enfermedad Persistente

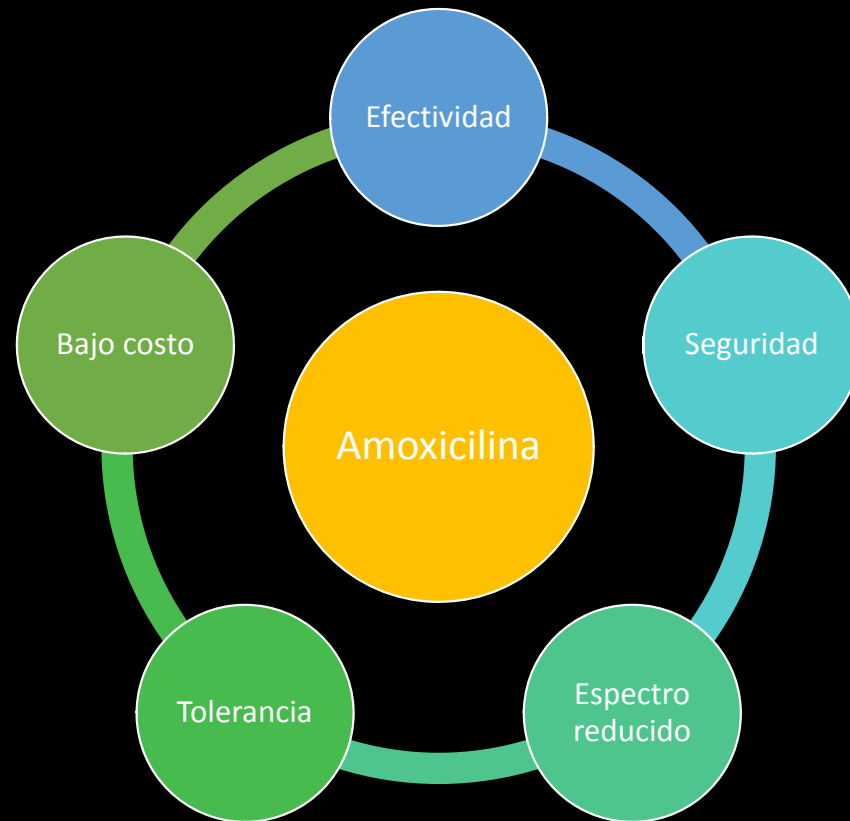
Fundamentos para opción Tratamiento ATB

- Síntomas interfieren la calidad de vida del paciente
- Enfermedad de base
- Presencia de complicaciones

Fundamentos para opción Observación breve

- Alto porcentaje de resolución espontánea
- Evitar sobreuso de ATB
- Evitar reacciones adversas de los mismos
- Disminuye los costos
- Disminuye la emergencia de resistencia bacteriana

Tratamiento
ATB: qué
indicar?



Probabilidad de fallo terapéutico con amoxicilina

Bacteria	Prevalencia	Resolución espontánea	Resistencia	Fallo
<i>S. pneumoniae</i>	30%	15%	25%	3%
<i>H. influenzae</i>	20%	50%	50%	5%
<i>M. catarrhalis</i>	20%	50-75%	100%	5-10%

Factores de Riesgo de adquisición Neumococo R

Edad : menor de 2 años

Concurrencia a guardería

Antecedentes de ATB en las 4
semanas previas

Comunidades con alta
prevalencia de R a Penicilina

Tratamiento inicial Amoxicilina vs. Amoxi-clavulánico

- Niños ≥ 2 años
- Enfermedad leve a moderada
- No concurrencia a guardería
- No haber recibido ATB el mes previo



Amoxicilina 80-90 mg/kg/día (max 2g/toma)

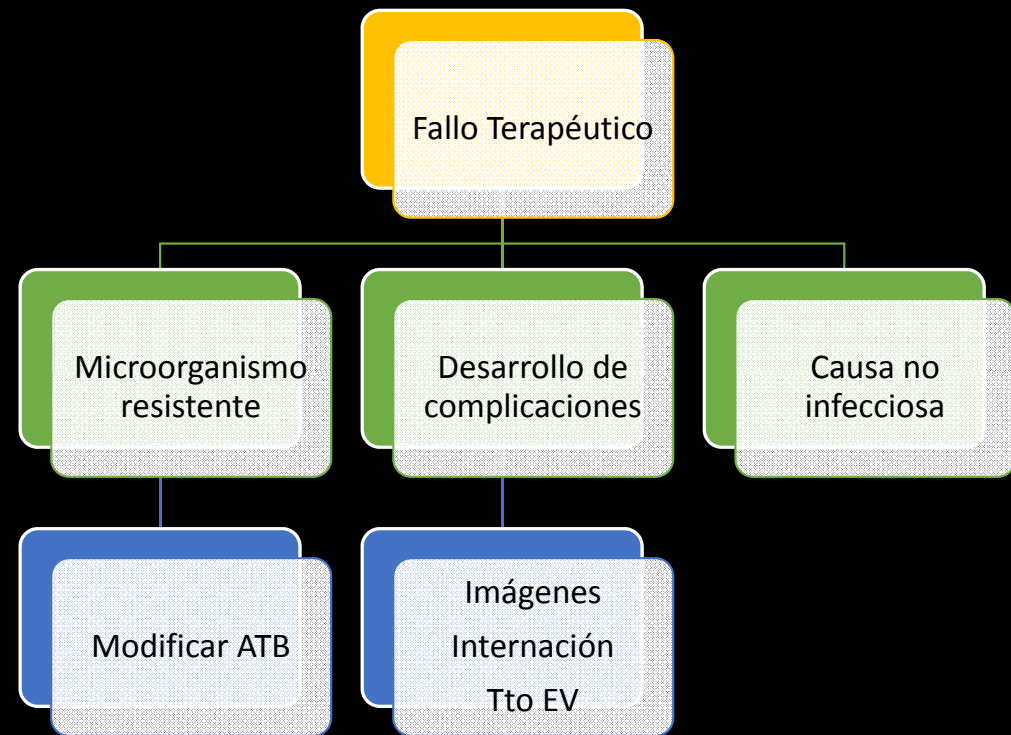
- Niños ≤ 2 años
- Enfermedad moderada a severa
- Concurrencia a guardería
- Haber recibido ATB en el mes previo



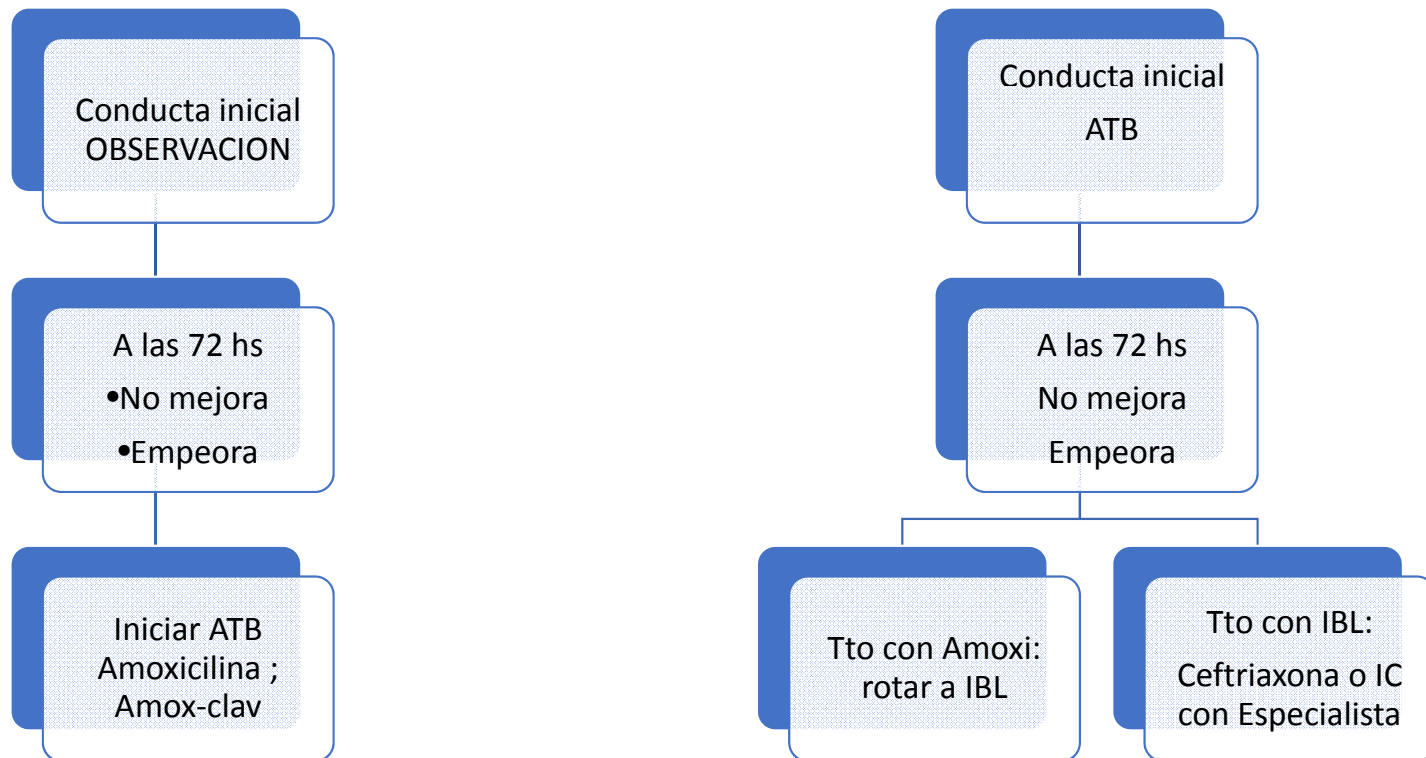
Amox- ac clavulánico 80-90 mg/kg/día (max 2g/toma)

SBA: Evolución

- Buena evolución
- Afebril 48-72 horas
- Disminución paulatina de tos y la rinorrea



SBA: Manejo a las 72 hs



Sinusitis Bacteriana Aguda

Antibióticos no recomendados

- Macrólidos : Altas tasas de R en *S.pneumoniae* (30%)
- TMP/SMX : Altas tasas de R en *S.pneumoniae* y *H.influenzae* (30-40%)
- Cefalosporinas 2-3 Generación oral : tasas de resistencia variable. No usar como monoterapia

Sinusitis Bacteriana Aguda

Duración del tratamiento ATB

1

La duración de tratamiento
ATB 10 días

2

Los pacientes con respuesta
más lenta requieren
tratamiento más largo y se
recomienda prolongar hasta
7 días posterior a la mejoría
de los síntomas

3

En pacientes con
complicaciones puede durar
hasta 21 días

Sinusitis Bacteriana Aguda

Tratamiento adyuvante

Tratamiento	Recomendación
Soluciones salinas hipertónicas	<ul style="list-style-type: none">• Mejoría subjetiva de los síntomas• Reducen edema , favorecen drenaje de secreciones y evitan la formación de costras• Datos limitados
Antihistamínicos	<ul style="list-style-type: none">• Solo 1 estudio RC• NO evidencia de mejoría de síntomas
Corticoides orales	<ul style="list-style-type: none">• Alivio de los síntomas a corto plazo• Datos limitados y de poca calidad• No se puede hacer recomendación
Corticoides intranasales	<ul style="list-style-type: none">• Beneficiosos en pacientes con rinitis alérgica de base , en adultos• Se requieren mas estudios en población pediátrica

Sinusitis Aguda: Conclusiones

Patología de diagnóstico exclusivamente clínico

No realizar imágenes de rutina. Las mismas están indicadas para detección de complicaciones

Categorizar adecuadamente los pacientes e indicar ATB en aquellos con enfermedad severa y/o que no mejora

Amoxicilina /Amox-clavulánico son los ATB de elección

No está comprobado el beneficio de la terapia adyuvante

The image features a dark gray background with three overlapping blue circles. A light gray horizontal band is positioned across the middle, containing the text "Muchas Gracias".

Muchas Gracias