

Criterios para la utilización del test rápido para el diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócicas en pediatría

| Contenidos | |
|---|---|
| Introducción | |
| Alcance y objetivos | |
| Diagnóstico de la faringoamigdalitis estreptocócica | |
| Indicación del test rápido | ¿Cuándo está indicado realizar el test rápido? ¿Cuándo no realizar el test rápido? |
| ¿Cómo se realiza el test rápido? | |
| ¿Cuándo está indicado el cultivo? | |
| Conclusión | |
| Criterios de utilización | |
| Bibliografía | |

Coordinador:

José Manuel Izquierdo Palomares.
Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios

Autores y revisores:

(por orden alfabético):

- Rosa Albañil Ballesteros. Pediatra. C.S. Cuzco, DA Oeste.
- Mercedes Caballero García. Pediatra. C.S. Ángela Uriarte, DA Sureste.
- Rafael Cantón Moreno. Jefe de Servicio de Microbiología. H. Universitario Ramón y Cajal
- Mercedes Fernández Rodríguez. Pediatra. C.S. Potes, DA Centro.
- Elena Fuentes Rodríguez. Farmacéutica. Servicio de Farmacia, DA Este.
- Julio García Rodríguez. Jefe de Servicio Microbiología. H. Universitario La Paz
- Cristina Jiménez Domínguez. Médico de familia. Gerencia Adjunta De Planificación Y Calidad
- José Manuel Izquierdo Palomares. Farmacéutico. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios
- Jesús María Pascual Pérez. Pediatra. C.S. Pintores, DA Sur
- Juan Rodríguez Delgado. Pediatra. C.S. Collado Villalba Estación, DA Noroeste
- Isabel Sánchez Romero. Servicio Microbiología. H. Puerta de Hierro
- Ana Villimar Rodríguez. Farmacéutica. Servicio de Farmacia, DA Oeste.

Edita: Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

ISSN: 2174-405X

Disponible en: <https://saluda.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/Paginas/Protocolos.aspx>

Revisado y aprobado por el Comité Director en Farmacoterapia: Diciembre 2016

Se autoriza la reproducción total o parcial de los contenidos de este documento de carácter público, siempre que se cite la fuente, no se manipulen ni alteren los contenidos y no se utilicen directamente con fines comerciales.

Este documento se citará como:

Criterios para la utilización del test rápido para el diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócicas en pediatría. Madrid: Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud; Febrero 2017. 6 p. (Criterios; no. 7). Disponible en: <https://saluda.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/Paginas/Protocolos.aspx>

INTRODUCCIÓN

La odinofagia es un motivo de consulta muy habitual en Atención Primaria y es causa frecuente de prescripción innecesaria de antibióticos.

Las faringoamigdalitis agudas (FA) son generalmente de origen infeccioso y cursan clínicamente como un cuadro agudo, febril, con inflamación de las mucosas de faringe y/o amígdalas con eritema, edema, exudados, úlceras o vesículas. La etiología más frecuente es vírica y entre las causas bacterianas, el principal agente responsable es *Streptococcus pyogenes* o estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHGA) que causa el 5-15% de las FA en adolescentes y jóvenes, el 30-40% entre 4-13 años, el 5-10% entre los 2 y 3 años, el 3-7% en menores de 2 años e insólitas en los menores de 18 meses. Estas frecuencias pueden cambiar en situaciones epidemiológicas concretas excepcionales.

Los motivos para tratar la FA estreptocócica (FAS) son acelerar la resolución de los síntomas, reducir el tiempo de contagio, prevenir las complicaciones supurativas y no supurativas.

Idealmente, solo deben tratarse los casos confirmados. Sin embargo tendemos al sobrediagnóstico de FAS lo que conlleva una prescripción innecesaria de antibióticos.

ALCANCE Y OBJETIVOS

El objetivo de este documento es establecer criterios comunes en la Comunidad de Madrid para la correcta utilización del test rápido para el diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócicas en pediatría, tanto en la indicación como en la técnica de realización del test. También se recuerdan las situaciones en las que hay que solicitar el cultivo microbiológico.

DIAGNÓSTICO DE LA FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA

Para el diagnóstico contamos con: clínica, cultivo y test de detección rápida.

1. Clínica: hay datos clínicos que orientan a etiología vírica y otros a etiología estreptocócica pero ningún síntoma, ni siquiera la presencia de pus en la amígdala, ofrece un cociente de probabilidad positivo como para superar un 50% de probabilidad de FAS. Incluso las escalas de predicción clínica (las más utilizadas son las de Centor y Mclsaac, esta última añade un punto más por la edad a la anterior), solamente ofrecen una aproximación al diagnóstico ya que cumpliendo el máximo de puntuación solamente un 62% serán auténticas FAS.
2. Cultivo: tiene una Sensibilidad del 90-95% y una Especificidad de hasta el 99%, ofrece resultados de antibiograma pero sus resultados tardan entre 2 y 4 días.
3. Test rápido: detección cualitativa del antígeno SBHGA, tiene una Sensibilidad del 70-95% y una Especificidad próxima al

95%. Según un metanálisis (Lean et al. 2014) la sensibilidad y especificidad de los tests fueron 0,86 (IC 95%: 0,83 a 0,88) y 0,96 (IC 95%: 0,94 a 0,97). No ofrece información sobre antibiograma pero se conocen sus resultados en minutos.

Al interpretar un resultado positivo del test o del cultivo hay que tener en cuenta que un 12% de la población son portadores y ni el test ni el cultivo pueden diferenciar este estado de portador de una verdadera infección.

INDICACIÓN DEL TEST RÁPIDO

¿Cuándo está indicado realizar el test rápido?

Con una puntuación de los criterios de Centor-Mclsaac ≥ 3 y ausencia de sintomatología viral (tos, mucosidad, ronquera, vesículas en el paladar y en pilares anteriores,...).

| Criterios de Centor modificados por Mclsaac | Puntos |
|---|--------|
| Temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$ | 1 |
| Exudado amigdalal | 1 |
| Ausencia de tos | 1 |
| Adenopatías laterocervicales dolorosas | 1 |
| Edad (años): | |
| 3-14 | 1 |
| 15-44 | 0 |
| >45 | -1 |

¿Cuándo no realizar el test rápido?

- Alta sospecha de infección viral (tos, mucosidad, ronquera, vesículas en el paladar y en pilares anteriores,...).
- Paciente con proceso previo por este microorganismo en el último mes, aunque haya sido tratado con antibiótico. Los restos bacterianos en faringe tras un proceso previo pueden tener cantidad importante de antígeno carbohidratado y producir un falso positivo.
- Paciente inmunodeprimido (porque habrá de recibir tratamiento en todos los casos).
- Paciente con historia de fiebre reumática (tratar siempre).
- Contexto de brote comunitario por estreptococo beta hemolítico del grupo A.
- Faringitis crónica (validez menor del test).
- Menores de 4 años, salvo criterio suplementario que sugiera infección estreptocócica (ambiente epidémico, exantema escarlatiniforme, petequias en paladar, lengua aframbuesada, absceso retrofaríngeo o periamigdalino,...).

Ante un test negativo y sospecha de etiología estreptocócica algunos expertos sugieren realizar siempre cultivo y otros, solo lo recomiendan cuando se dan ciertos factores de riesgo.

¿CÓMO SE REALIZA EL TEST RÁPIDO?

El test rápido actual es Osom® Strep A Test (Laboratorios Leti). Sus valores diagnósticos, en un estudio español de 222 pacientes, fueron sensibilidad: 94,5%, especificidad: 91,6%, valor predictivo positivo: 78,8% y valor predictivo negativo: 98,1%. El Osom® Strep A Test debe realizarse siguiendo el siguiente protocolo (en caso de su sustitución por el de otra casa comercial seguir las instrucciones específicas del fabricante):

1. Frotar con el hisopo la pared posterior de la faringe y ambas amígdalas, incidiendo en las zonas más hiperémicas o con exudado. La recomendación es que se realice un toque en cada amígdala con giro del hisopo de 180° y un tercero en faringe posterior con la misma maniobra, evitando tocar la lengua, la úvula o cualquier otra parte de la boca, ni diluir con saliva, para evitar la contaminación de la muestra con flora saprofita del tracto respiratorio.

Está demostrado que la cantidad de antígeno condiciona más los resultados del test que los del cultivo tradicional.

2. El hisopo con la muestra se introduce en un tubo de ensayo con 3 gotas del reactivo 1 y 3 gotas del 2 y se gira con fuerza contra el lateral del tubo 10 veces (la solución deberá volverse de color amarillo claro).
3. Se deja reposar 1 minuto.
4. Se extrae el hisopo exprimiendo contra las paredes del tubo.
5. Se introduce una tira reactiva en el líquido **5 minutos** (importante ser estricto con este tiempo).
6. El resultado es positivo si aparece una línea azul, debajo de la línea de control rosa de la tira reactiva y negativo si solo aparece la línea de control rosa. No es válido si no aparece la línea de control rosa. En tal caso, repetir la prueba con una nueva tira.

¿CUÁNDO ESTÁ INDICADO EL CULTIVO?

- No tener test rápido disponible, puntuación de Mclsaac ≥ 3 , ausencia de sintomatología viral y no prescripción de antibiótico.
- Con antecedentes de Fiebre Reumática o Glomerulonefritis en niños con FA.
- Población con altas tasas de enfermedad estreptocócica invasiva o contacto confirmado con ella
- Alta sospecha clínica de origen bacteriano a pesar de test negativo.
- Fracaso de tratamiento y necesidad de realizar un antibiograma

CONCLUSIONES

- No se debe utilizar el test en todos los pacientes pediátricos con faringoamigdalitis.
- El test rápido puede ser una ayuda para el diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócicas cuando la puntuación de los criterios de Centor-Mclsaac es mayor o igual a 3 y no existe sintomatología viral.
- Para que el resultado sea fiable hay que seguir correctamente la técnica de realización del test.
- El cultivo sigue estando indicado en determinadas situaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Piñeiro Pérez R, Hijano Bandera F, Álvez González F, Fernández Landaluce A, Silva Rico JC, Pérez Cánovas C, Calvo Rey C y col. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. *An Pediatr.* 2011;75:342.e1-342.e13
- García Vera 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. Enero 2014. Disponible en: <http://www.aepap.org/grupos/grupo-de-patologia-infecciosa/contenido>
- Lean WL, Arnup S, Danchin M, Steer AC. Rapid diagnostic tests for group A streptococcal pharyngitis: a meta-analysis. *Pediatrics.* 2014 Oct; 134: 771-81.
- Llor C, Calviño O, Hernández S, Crispi S, Pérez-Bauer M, Fernández Y, Martínez T, Gómez FF, Cots JM. Repetition of the rapid antigen test in initially negative supposed streptococcal pharyngitis is not necessary in adults. *Int J Clin Pract.* 2009 Sep; 63(9):1340-4.

El presente documento establece los criterios para la correcta utilización del test rápido para el diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócicas en pediatría en la Comunidad de Madrid. Aborda tanto la indicación como la técnica de realización del test y también se recuerdan las situaciones en las que hay que solicitar el cultivo microbiológico.