

ESTUDIO CLINICO DE LAS AMIGDALOFARINGITIS AGUDAS

María Antonieta Pérez de Gallego*
Hugo Trujillo**
Gloria Isabel Mejía de Rodríguez***

RESUMEN

Se analizaron las historias de 160 niños de 6 meses a 12 años con amigdalofaringitis aguda a quienes se les practicó cultivo de garganta para *Streptococo* beta hemolítico del grupo A (EBHGA). A 31.90/o se les aisló EBHGA, a 12.50/o otros grupos de *Streptococo*, en 55.60/o el cultivo fue negativo.

Los datos clínicos que se asociaron significativamente a amigdalofaringitis por EBHGA fueron: episodios anteriores de amigdalofaringitis, severidad del dolor de garganta, adinamia, malestar, astenia, exudado en amígdalas y garganta, petequias en el paladar y adenopatías submaxilares.

Se comentan detalles del diagnóstico clínico de las amigdalofaringitis no estreptocócicas.

Se hace énfasis en la necesidad de hacer cultivos e investigar en cada localidad la prevalencia de infección por EBHGA.

Palabras claves: Amigdalofaringitis aguda, *Streptococo* B Hemolítico, Prevalencia de infección por EBHGA.

RESUMEN

We studied the clinical picture of 160 children with acute tonsillitis that were cultured for streptococcus B hemolytic 51 (31.90/o) were positive for group A, 20 (12.50/o) for group B, C and G, and 89 (55.60/o) were negative.

The following clinical features were significantly associated with isolation of group A streptococcus: previous episodes of acute tonsillitis, severe sore throat, astenia, tonsillar exudate, petechial on the palate, and cervical adenitis.

Emphasis is made about the importance of the bacteriological diagnosis of acute tonsillitis.

Key words: Acute tonsillitis, B Hemolytic Streptococcus, Prevalence of infection by GABHE.

* Médico Pediatra. Servicio Médico. Universidad Pontificia Bolivariana.
** Investigador del CIB. Profesor de Pediatría de la Facultad de Medicina de la U.P.B.
*** Licenciada en Bacteriología. Investigadora Asociada del CIB.

INTRODUCCION

La amigdalofaringitis aguda es una causa muy frecuente de consulta al pediatra.

A pesar de que se conocen bien las manifestaciones clínicas de la faringoamigdalitis estreptocócica, no hay un síntoma o signo especial que permita hacer un diagnóstico etiológico de esta enfermedad, y es necesaria la comprobación por el laboratorio.

La mayoría de las infecciones de las vías aéreas superiores son de origen viral (1) y por lo tanto carecen de tratamiento. La importancia de hacer el diagnóstico etiológico de la amigdalofaringitis por estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHGA), radica en la necesidad de hacer un tratamiento adecuado para evitar las complicaciones no supuradas como la fiebre reumática y la glomerulonefritis aguda.

Como en nuestro medio no es habitual disponer en la consulta ambulatoria de un laboratorio idóneo para hacer la identificación del estreptococo en el frotis de garganta, consideramos de interés tratar de identificar los síntomas y signos clínicos o los síndromes más característicos entre nosotros de amigdalofaringitis por EBHGA, por otros grupos y con cultivos negativos, y compararlos con los hallazgos descritos en la literatura. También trataremos de mostrar otros factores o elementos que puedan ayudar para el diagnóstico clínico.

MATERIAL Y METODOS

Entre mayo de 1982 y agosto de 1983, se hicieron cultivos de 221 frotis de garganta de pacientes con amigdalofaringitis aguda, con los resultados que pueden verse en el Cuadro 1.

De estos pacientes cultivados, se analizó la historia clínica y la evolución de 160 pues contenían los datos requeridos para este trabajo: síntomas, signos, historia previa de infección de garganta, evolución y tratamiento.

Cuadro 1

RESULTADOS BACTERIOLOGICOS DE 221 FROTIS DE GARGANTA EN PACIENTES CON AMIGDALOFARINGITIS AGUDA

Aislamientos	No.	%
Estreptococo Betahemolítico Grupo A	61	27.7
Estreptococo Betahemolítico Grupo B	4	1.8
Estreptococo Betahemolítico Grupo C	12	5.4
Estreptococo Betahemolítico Grupo G	10	4.5
Total cultivos positivos	87	39.4
Total cultivos negativos	134	60.6
Total	221	100.0

Se incluyeron sólo los pacientes que no habían recibido tratamiento antimicrobiano los tres días anteriores al cultivo. Todos ellos tenían dolor y/o congestión de amígdalas y faringe.

A todos se les hizo una historia clínica completa y se les tomó inicialmente una muestra de exudado de faringe con un hisopo estéril de algodón, que se extendió en un tercio de medio de cultivo de agar-sangre de cordero más cristal violeta. Este se remitió al laboratorio donde con asa estéril se extendió en toda la placa y se incubó en atmósfera de CO₂ por 24 horas. Luego se hicieron repiques para obtener cultivos puros en agar-sangre, para la extracción enzimática de los antígenos polisacáridos de la pared del Estreptococo por Streptokit (Slidex Streptokit Bio Merieux). Estos antígenos se ponen de manifiesto por agrupamiento de partículas de Látex sensibilizadas con inmunoglobulinas de conejo, específicas de cada uno de los grupos. También se clasificaron por Bacitracina: disco de 0.04 U (Taxo BBL).

Estos cultivos se hicieron en el Laboratorio de la Corporación de Investigaciones Biológicas de Medellín.

Los cultivos con más de 10 colonias se consideraron positivos para infección.

Los pacientes con cultivos negativos o con aislamientos de Estreptococo beta hemolítico de otros grupos diferentes del A, no se trataron con antibióticos, y sólo se hizo tratamiento sintomático en los casos requeridos.

Los que tenían EBHGA en su garganta, recibieron tratamiento antibiótico adecuado.

La mayoría de los pacientes provenían de la U.P.B., plantel educativo masculino de Medellín y del consultorio particular de los autores.

RESULTADOS

Los 160 pacientes que reunieron las condiciones requeridas para este estudio tuvieron los siguientes aislamientos: 31.9% del grupo A, 12.5% de otros grupos y 55.6% con cultivos negativos (Cuadro 2).

Eran del sexo masculino 151 pacientes (94.4%) y 9 (5.6%) del sexo femenino (Cuadro 3). Esto se explica porque la mayo-

Cuadro 2
RESULTADOS BACTERIOLOGICOS DE CULTIVOS DE GARGANTA DE 160 PACIENTES CON AMIGDALOFARINGITIS AGUDA ADMITIDOS AL ESTUDIO

Aislamientos	No.	%
Estreptococo Betahemolítico Grupo A	51	31.9
Estreptococo Betahemolítico Grupo B	4	2.5
Estreptococo Betahemolítico Grupo C	9	5.6
Estreptococo Betahemolítico Grupo G	7	4.4
Total cultivos positivos	71	44.4
Total cultivos negativos	89	55.6
Total	160	100.0

Cuadro 3
DISTRIBUCION POR SEXO DE 160 PACIENTES CON AMIGDALOFARINGITIS AGUDA

Sexo	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo G	Negativos	Total
Femenino	1 0.6%	0	1 0.6%	1 0.6%	6 3.8%	9 5.6%
Masculino	50 31.2%	4 2.5%	8 5.0%	6 3.8%	83 51.9%	151 94.4%
Total	51 31.9%	4 2.5%	9 5.6%	7 4.4%	89 55.6%	160 100.0%

ría de los pacientes provenían de un colegio de varones.

Las edades de los pacientes oscilaron entre 6 meses el de menor edad y 25 años el de mayor edad; lo cual también tiene relación con la procedencia de los pacientes (Cuadro 4).

Sólo tres pacientes con faringitis habían sido amigdalectomizados previamente y en todos ellos los cultivos fueron negativos.

Para el análisis de los antecedentes, signos y síntomas clínicos, se reunieron los pacientes

con cultivos positivos para Estreptococo hemolítico de los grupos B, C y G en un solo grupo que se denominó E.B.H. No A hubo 20 pacientes: 12.5% del total.

El análisis estadístico se realizó por la T de Student y la significancia estadística está dada por $p < 0.05$.

Habían tenido episodios anteriores de amigdalofaringitis aguda 86.3% de los pacientes con cultivos positivos para EBHGA y 78.4% habían tenido por lo menos un episodio de

Cuadro 4

DISTRIBUCION POR EDADES DE 160 PACIENTES CON AMIGDALOFARINGITIS AGUDA

Edades	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo G	Negativos	Total
Menos de 6 años	3 1.9º/o	0	0	2 1.2º/o	10 6.2º/o	15 9.4º/o
6 años	7 4.4º/o	0	0	0	10 6.2º/o	17 10.6º/o
7 años	9 5.6º/o	2 1.2º/o	3 1.9º/o	1 0.6º/o	11 6.9º/o	26 16.2º/o
8 años	7 4.4º/o	1 0.6º/o	2 1.2º/o	0	20 12.5º/o	30 18.8º/o
9 años	6 3.8º/o	0	3 1.9º/o	2 1.2º/o	8 5.0º/o	19 11.9º/o
10 años	2 1.2º/o	0	0	0	8 5.0º/o	10 6.2º/o
11 años	3 1.9º/o	1 0.6º/o	0	1 0.6º/o	9 5.6º/o	14 8.8º/o
12 años y más	14 8.8º/o	0	1 0.6º/o	1 0.6º/o	13 8.1º/o	29 18.1º/o
Rango de edad	6 meses 16 años	7-11 años	7-15 años	5-12 años	16 meses 25 años	6 meses 25 años

amigdalitis durante el año del estudio. Los pacientes de los otros grupos tuvieron 50º/o y 65º/o de infecciones previas en garganta en años anteriores y durante el año del estudio. Esta diferencia fue estadísticamente significativa (Cuadro 5).

Los pacientes en quienes no se aislaron estreptococos tuvieron manifestaciones alérgicas con más frecuencia, particularmente hiperactividad bronquial, dermatitis alérgica y rinitis, en forma estadísticamente significativa (Cuadro 6).

Cuadro 5

ANTECEDENTES DE AMIGDALOFARINGITIS AGUDA (A.F.A.)
PREVIAS EN 160 PACIENTES

Antecedentes	Grupo A 51 (1)	Grupo no A 20 (2)	Negativos 89 (3)	Total 160	P		
					(1) vs (2)	(1) vs (3)	(2) vs (3)
A.F.A. en años anteriores	44 86.3º/o	13 65.0º/o	54 60.7º/o	111 69.4º/o		< 0.05	
A.F.A. Durante año del estudio	40 78.4º/o	10 50.0º/o	51 57.3º/o	101 63.1º/o	< 0.05	< 0.05	

Cuadro 6
ANTECEDENTES ALERGICOS EN 160 PACIENTES CON A.F.A.

Antecedentes de alergias	Grupo A 51 (1)	Grupo no A 20 (2)	Negativos 89 (3)	Total 160	P		
					(1) vs (2)	(1) vs (3)	(2) vs (3)
Hiperreactividad bronquial	1 2.0 ^o /o	0	10 11.2 ^o /o	11 6.9 ^o /o		< 0.05	
Dermatitis alérgica	0	3 15.0 ^o /o	3 3.4 ^o /o	6 3.8 ^o /o	< 0.05		< 0.05
Alergia medicamentosa	1 2.0 ^o /o	0	2 2.2 ^o /o	3 1.9 ^o /o			
Rinitis alérgica	0	1 5.0 ^o /o	2 2.2 ^o /o	3 1.9 ^o /o			
Total antecedentes alérgicos	2 3.9 ^o /o	4 20.0 ^o /o	17 19.1 ^o /o	23 14.4 ^o /o		< 0.05	

Los síntomas y signos clínicos pueden apreciarse en el Cuadro 7. Se estudiaron con su significancia estadística los más importantes

y frecuentes. La severidad del dolor de garganta, la adinamia o malestar y la astenia se asociaron más y con significancia estadística

Cuadro 7
SINTOMAS Y SIGNOS CLINICOS DE 160 PACIENTES CON AMIGDALOFARINGITIS AGUDA

Síntomas y signos	Grupo A 51	Grupos no A 20	Negativos 89	Total 160
Dolor de garganta	50	18	76	144
Temperatura mayor de 38 ^o	27	4	45	76
Temperatura entre 37 ^o y 38 ^o	18	13	28	59
Temperatura menor de 37 ^o	6	3	16	25
Tos	19	9	39	67
Rinorrea	21	11	32	64
Cefalea	24	6	33	63
Dolor abdominal	10	3	16	26
Adinamia (malestar)	13	1	11	25
Vómito	9	2	12	23
Otalgia	9	1	11	21
Conjuntivitis	5	2	12	19
Anorexia	6	2	5	13
Brote en piel	4	2	7	13
Catarro bronquial	4	0	8	12
Mareo	5	1	5	11
Brote pruriginoso	2	2	5	9
Artralgias	4	1	3	8
Náuseas	3	0	3	6
Disfonía	1	0	5	6
Mialgias	2	0	4	6
Otitis	0	1	5	6
Escalofrío	0	3	2	5
Diarrea	3	0	2	5
Astenia	4	0	1	5
Dolores en las piernas	2	0	2	4
Impétigo	1	0	2	3
Brote escarlatiniforme	1	0	0	1

a favor de la infección por Estreptococo del grupo A. La tos, rinorrea y cefalea, fueron síntomas relativamente frecuentes, tanto en los pacientes con aislamientos positivos como

en los negativos. Por el contrario, el dolor en las piernas, artralgias, vómito y náuseas, así como la otitis, otalgia y conjuntivitis fueron poco frecuentes en nuestro estudio (Cuadro 8).

Cuadro 8
SIGNOS Y SINTOMAS CLINICOS MAS SIGNIFICATIVOS EN 160 PACIENTES CON AMIGDALOFARINGITIS AGUDA

Síntomas y signos	Grupo A 51 (1)	Grupo no A 20 (2)	Negativos 89 (3)	Total 160	P		
					(1) vs (2)	(1) vs (3)	(2) vs (3)
Dolor de garganta (odinofagia)	50 98.0%/o	18 90.0%/o	76 85.4%/o	144 90.0%/o		< 0.05	
Temperatura mayor 38°	27 52.9%/o	4 20.0%/o	45 50.6%/o	76 47.5%/o			< 0.05
Temperatura entre 37° y 38°	18 35.3%/o	13 65.0%/o	28 31.5%/o	59 36.9%/o	< 0.05		< 0.05
Tos	19 37.2%/o	9 45.0%/o	39 43.8%/o	67 41.9%/o			
Rinorrea	21 41.2%/o	11 55.0%/o	32 36.0%/o	64 40.0%/o			
Dolor abdominal	10 19.6%/o	3 15.0%/o	16 18.0%/o	26 16.2%/o			
Adinamia (malestar)	13 25.5%/o	1 5.0 %/o	11 12.4%/o	25 15.6%/o	< 0.05	< 0.05	
Otalgia	9 17.6%/o	1 5.0%/o	11 12.4%/o	21 13.1%/o			
Artralgias	4 7.8%/o	1 5.0%/o	3 3.4%/o	8 5.0%/o			
Otitis	0	1 5.0%/o	5 5.6%/o	6 3.8%/o			
Astenia	4 7.8%/o	0	1 1.1%/o	5 3.1%/o		< 0.05	
Dolores en las piernas	2 3.9%/o	0	2 2.2%/o	4 2.5%/o			
Brote escarlati- noso	1 2.0%/o	0	0	1 0.62%/o			

La dermatitis y brotes en la piel estuvieron presentes en pocos pacientes, y sólo uno tuvo un brote escarlatinoso y se aisló EBHGA en su garganta.

Los hallazgos del examen físico están consignados en el Cuadro 9.

La congestión faringo-amigdaliana fue un signo constante en todos los casos menos uno. El exudado en amígdalas y garganta, las pete-

quias en paladar y la presencia de adenopatías submaxilares, fueron significativas para infección por EBHGA.

Ni la severidad del cuadro clínico, ni el grado de hipertrofia amigdaliana tuvieron significancia para el diagnóstico; como tampoco la presencia de adenopatías muy grandes o muy dolorosas.

Cuadro 9
HALLAZGOS AL EXAMEN FISICO DE 160 PACIENTES
CON AMIGDALOFARINGITIS AGUDA

Examen físico	Grupo A 51 (1)	Grupo no A 20 (2)	Negativos 89 (3)	Total 160	P		
					(1) vs (2)	(1) vs (3)	(2) vs (3)
Congestión o eritema	51 100.00/o	20 100.00/o	88 98.90/o	159 99.40/o			
Exudado en amígdalas	35 68.60/o	7 35.00/o	42 47.20/o	84 52.50/o	< 0.05	< 0.05	
Petequias en paladar	14 27.40/o	2 10.00/o	8 9.00/o	24 15.00/o		< 0.05	
Hipertrofia marcada de amígdalas	5 9.80/o	2 10.00/o	6 6.70/o	13 8.10/o			
Severidad clínica leve	4 7.80/o	2 10.00/o	11 12.40/o	17 10.60/o			
Severidad clínica moderada	43 84.30/o	17 85.00/o	76 85.40/o	136 85.00/o			
Severidad clínica grave	4 7.80/o	1 5.00/o	2 2.20/o	7 4.40/o			
Adenopatías presentes	36 70.60/o	10 50.00/o	43 48.30/o	89 55.60/o		< 0.05	
Adenopatías muy dolorosas	18 35.30/o	5 25.00/o	24 27.00/o	47 29.40/o			
Hipertrofia severa ganglios submaxilares	4 7.80/o	1 5.00/o	2 2.20/o	7 4.40/o			

COMENTARIOS

Casi una tercera parte (31.90/o) de la muestra estudiada tenía cultivos positivos para EBHGA, y 12.50/o tenían Estreptococos de otros grupos. Más de la mitad (55.60/o) tenían cultivos negativos. Estos hallazgos son similares a lo descrito en la literatura: Stillerman (3) encuentra 300/o de aislamientos de EBHGA, 3.20/o de otros Estreptococos y 63.80/o de cultivos negativos. Eggenberger (5) en Suiza tiene 29.60/o de cultivos positivos para EBHGA, 0.90/o de otros grupos y 69.50/o negativos. Breese (6) 310/o con aislamientos de EBHGA y 450/o negativos y Murray (10) 16.50/o de EBHGA, 16.10/o de Estreptococos de otros grupos y 67.40/o negativos.

El 72.50/o de los pacientes tenían entre 6 y 12 años de edad y de éstos 21.30/o tenían EBHGA. Entre menores de 6 años, sólo 1.90/o tenían aislamientos positivos. Esto se explica porque la amigdalitis estreptocócica es más

común en los niños escolares, mientras que en los menores de 3 años es más frecuente la producida por adenovirus, aunque el cuadro clínico sea similar (11).

Llama la atención la frecuencia de antecedentes de amigdalofaringitis a repetición en los pacientes en quienes se aisló EBHGA. No encontramos en la literatura mención sobre estos antecedentes. Pensamos que la repetición de las infecciones de garganta pudieron deberse a tratamientos incompletos o inadecuados. Schwarz (2) analizó comparativamente la curación clínica y bacteriológica de pacientes tratados 7 días versus 10 días con penicilina oral y se encontró 310/o de fracasos para erradicar la bacteria en los que recibieron 7 días de tratamiento contra 180/o en los que recibieron 10 días; y si los pacientes eran tratados por 10 días, nuevamente con penicilina, el fracaso bacteriológico era del 300/o. La

recurrencia clínica fue del 23% en los de 7 días y de 12% en los de 10 días.

Con respecto a las alergias, éstas se correlacionaron más con faringitis por otras causas diferentes de infección por EBHGA, especialmente la hiperreactividad bronquial y la dermatitis alérgica. No encontramos mayor información en la literatura a este respecto. Stillerman (3) excluye de su estudio a los pacientes con rinorrea severa y a los tosedores crónicos.

Los hallazgos clínicos de este estudio son similares a lo descrito en la literatura (Cuadro 10). Los síntomas que más correlacionaron con amigdalitis estreptocócica, con significancia estadística fueron el dolor de garganta, la adinamia y la astenia. En el estudio de Stillerman (3) la fiebre, el dolor de garganta, cefalea, anorexia, dolor abdominal, escalofrío, náusea y vómito, fueron los síntomas más frecuentes en los pacientes con cultivos positivos. Wannamaker (4) dice que la fiebre y el dolor de garganta deben ser considerados de importancia como para hacer cultivos de gar-

ganta. Eggenberger (5) encuentra la fiebre, brote en piel, congestión y exudado en faringe y amígdalas, como más características del cuadro clínico de amigdalitis estreptocócica. Breese (6) también encuentra el dolor de garganta, cefalea, dolor abdominal, vómito y escalofrío como más significativos de infección estreptocócica.

En nuestro estudio la tos, rinorrea, conjuntivitis y los brotes en piel, se encontraron tanto en pacientes con aislamientos positivos como en negativos. El dolor abdominal, vómito, artralgias y diarrea, no fueron significativos a favor de infección por EBHGA. La presencia de exudado, petequias en paladar y adenopatías son sugestivas de infección por EBHGA, aunque no descartan otra etiología. Los autores Stillerman (3) y Wannamaker (4) consideran que por no ser demasiado frecuentes estos hallazgos, no tienen mucho valor diagnóstico. En nuestro estudio la presencia de tos, exudado en garganta, petequias en paladar y adenopatías fueron más frecuentes que en la literatura (Cuadro 10).

Cuadro 10

CUADRO COMPARATIVO DE HALLAZGOS CLINICOS SEGUN LOS DIVERSOS AUTORES

Hallazgos clínicos	Stillerman		Eggenberger		Pérez y Trujillo	
	Positivo % de 412	Negativo % de 729	Positivo % de 341	Negativo % de 775	Positivo % de 51	Negativo % de 89
Fiebre	90.5	65.2	82.4	85.5	52.9	50.6
Dolor de garganta	77.0	58.3			98.0	85.4
Cefalea	48.5	28.0			47.0	37.1
Dolor abdominal	26.2	11.9			19.6	18.0
Escalofrío	22.3	6.7			0	2.2
Vómito	17.0	9.0			17.6	13.5
Tos	14.1	26.2	14.1	25.6	37.2	43.8
Diarrea	2.2	2.9			5.9	2.2
Exudado en garganta	25.5	12.5	22.6	24.2	68.6	47.2
Petequias en paladar	7.0	0.7	0.6	0.8	27.4	9.0
Brote en piel			29.1	5.8	7.8	7.9
Brote escarlatinoso	3.9	0.1	1.8	1.9	2.0	0
Conjuntivitis	11.6	20.6	7.4	7.3	9.8	13.5
Otitis media	3.9	11.4	6.2	6.8	0	5.6
Adenopatías grandes	45.7	42.4	64.7	63.8	70.6	48.3
Adenopatías dolorosas	29.6	10.7	15.6	17.5	35.3	27.0
Rinorrea			21.2	29.5	41.2	36.0

Según Wannamaker (4) hay una pobre correlación entre los hallazgos clínicos y de laboratorio. Sólo 35% de los pacientes con dolor de garganta tienen Estreptococo beta hemolítico. Si a esto se agrega adenopatías, fiebre, tos y exudado, aumenta el porcentaje de aislamientos. La presencia de adenitis se correlaciona más con el aumento de anticuerpos y con infección por EBHGA, pero sólo está presente en 30% de los pacientes.

Según el estudio de Eggenberger (5) realizado en 1.116 niños suizos, no puede diferenciarse por la clínica la infección viral de la estreptocócica. Sólo el brote en la piel, especialmente el brote escarlatiniforme, como signo aislado puede ser sugestivo del diagnóstico. Si al brote se asocia exudado en faringe y adenopatías submaxilares, el porcentaje de aislamiento es mucho mayor. Pero también esto se encuentra con poca frecuencia.

Breese (6) señala que los síntomas que más se asociaron con faringitis por EBHGA fueron la disfagia y el vómito. Por la clínica hay por lo menos un 30% de error para predecir la etiología de la amigdalitis, según este autor. Si se encuentran petequias, brote escarlatinoso, adenopatías cervicales grandes y sensibles, esto es mucho más sugestivo, aunque no diagnóstico de amigdalitis estreptocócica; pero son de poco valor, porque se ven en muy pocos casos.

En otro artículo, Wannamaker (7) sostiene que no hay ningún signo clínico o síndrome que sea indicador seguro de infección estreptocócica, y considera que es indispensable el cultivo de garganta, asociado a la clínica y al estudio epidemiológico, para acercarse a una precisión diagnóstica.

Norman y Yoshikawa (8) indican que es difícil diferenciar con exactitud entre la faringitis estreptocócica y la virósica, por el cuadro clínico, y que se requiere la confirmación del laboratorio. La exposición reciente a una infección por EBHGA y la presencia de exudado faríngeo, de una erupción escarlatiniforme, el aumento de volumen e hipersensibilidad de los ganglios cervicales anteriores y la fiebre mayor de 38.3°C, son muy sugestivas de una estreptococcia faríngea, pero no es suficiente para establecer el diagnóstico específico.

Breese (9) diseñó una tarjeta con puntaje para diagnóstico tentativo de faringitis estreptocócica con nueve factores a saber: mes del año, edad, faringe normal y adenopatías cervicales anormales, recuento de glóbulos blancos, fiebre, dolor de garganta, tos y cefalea. El porcentaje de correlación más alto que se obtuvo fue de 77%. En general correlacionaron en un 50%.

A lo largo de cuatro años de estudio de amigdalofaringitis, encontramos que han aumentado los aislamientos de EBHGA de 12.3% a 27.7% (Cuadro 11). Los cultivos negativos siempre oscilan entre 60 y 70%.

Cuadro 11
 AISLAMIENTO DE ESTREPTOCOCCO BETA HEMOLITICO GRUPO A
 Y DE OTROS GRUPOS, DURANTE 4 AÑOS DE ESTUDIO

Años	EBH Grupo A	EBH Grupo B	EBH Grupo C	EBH Grupo G	Negativo	Total
Octubre 1978 - Mayo 1979	26 12.3%	2 0.9%	40 18.9%	0	144 67.9%	212
Octubre 1979 - Junio 1980	32 18.7%	2 1.2%	18 10.5%	4 2.3%	115 67.2%	171
Junio 1980 - Septiembre 1981	43 16.8%	9 3.5%	13 5.1%	12 4.7%	179 69.9%	256
Mayo 1982 - Septiembre 1983	61 27.7%	4 1.8%	12 5.4%	10 4.5%	134 60.6%	221

CONCLUSIONES

Los síntomas y signos clínicos aisladamente no sugieren diagnóstico clínico etiológico de amigdalofaringitis por EBHGA. Si se agrupan en síndromes, las probabilidades diagnósticas son mejores.

La presencia de exudado, petequias, adenopatías y dolor de garganta importante están a favor de amigdalitis estreptocócica.

La tos, rinorrea y conjuntivitis, no descartan el diagnóstico de amigdalitis por EBHGA. La cefalea fue un síntoma muy constante en todos los pacientes, y sin valor diagnóstico.

La presencia de antecedentes de episodios anteriores de amigdalitis, correlaciona más con infección por EBHGA.

El antecedente alérgico, especialmente la hiperreactividad bronquial, está más a favor de otra etiología diferente de la estreptocócica.

Se sigue haciendo énfasis en la necesidad de hacer cultivos e investigar en cada localidad, la prevalencia de infección por EBHGA.

AGRADECIMIENTOS

Al doctor William Mejía, quien realizó el análisis estadístico de los resultados.

1. Paterson, Y. P. Streptococcal Pharyngotonsillitis In The Biologic and Clinical Basis of Infectious Diseases. Youmans, Paterson, Sommers (ed). Second edition. W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1980: 199.
2. Schwartz, et al. Penicillin V for group A Streptococcal Pharyngotonsillitis. JAMA, 1981, 246: 1790-1795.
3. Stillerman M. and Berenstein S. Streptococcal Pharyngitis. Am. Journal of Diseases of Children, 1981, 101: 96/476-109/489.
4. Wannamaker, L. Perplexity and Precision in the Diagnosis of Streptococcal Pharyngitis. Amer J Dis. Child, 1972, 124: 352-358.
5. Eggenberger, K. et al. Streptococcal Pharyngitis - Tonsillitis in Swiss Children. Paediatrician, 1980, 9: 925-308.
6. Breese, B. B. and Disney F. A. The Accuracy of Diagnosis of Beta Streptococcal Infections of Clinical Grounds. The Journal of Pediatrics, 1954, 44: 670-673.
7. Wannamaker, L. A. Penicillin Shot Without Culturing the Child's Throat. JAMA 1976, 235: 913-914.
8. Norman, D. y Yoshkawa T. Faringitis Estreptocócica. Current Therapy Howard F. Conn. Ed. W. B. Saunders, 1982: 135-137.
9. Breese B.B. A Simple Scorecard for Tentative Diagnosis of Streptococcal Pharyngitis. AM. J. of Dis. of Child, 1977, 131: 514-517.
10. Murray, P. et al. Recovery of group A and non group A Betahemolytic Streptococci from Throat Swab Specimen, Mayo Clin. Proc. 1977, 52: 81-84.
11. Ruuskanen, Olli, et al. Rapid Diagnosis of Adenoviral Tonsillitis: A Prospective Clinical Study. The Journal of Pediatrics 1984, 104: 725-727.