

Faringitis por estreptococos de los grupos C y G

En 2012 se publicaron en *Medicina (B Aires)* las conclusiones del Consenso Intersociedades sobre Diagnóstico y Tratamiento de Infecciones de las Vías Respiratorias Altas, entre las que, por supuesto, está incluida la faringitis¹. En este consenso solo se mencionó que los estreptococos de los grupos C (GCS) o G (GGS) pueden estar asociados, entre un 3 y un 5%, a cuadros de faringitis aguda y se los incluyó dentro de otras causas bacterianas de faringitis. Nada se dijo acerca de las características clínicas de estos casos, de la necesidad que el Laboratorio de Microbiología los identifique correctamente, ni de si se los debe tratar o no con antibióticos¹.

En la guía europea de 2012 sobre manejo de la faringitis aguda se reconoció el rol de los GCS y GGS en faringitis. Si bien un estudio caso-control y un estudio de cohortes estimaban que los síntomas eran más leves que los de la faringitis por estreptococos del grupo A (GAS), otros cinco estudios (tres de cohortes y dos caso-control) no encontraron diferencias en los cuadros clínicos². Se mencionaron además 12 estudios originales que describieron complicaciones graves posteriores a faringitis agudas por GCS y GGS. También se refirieron a casos de faringitis recurrente o grave por GCS y a un estudio caso-control en estudiantes de un colegio en el que se determinó que GCS se aislaba más frecuentemente de los casos que de los controles. En esta guía europea se mencionó que se habían descrito complicaciones supurativas y no supurativas de las faringitis por GGS o GCS.

Para indicar tratamiento antibiótico, esta guía se basa en que, con un *score* de 3-4 para los criterios de Centor³, el médico puede considerar el uso de pruebas rápidas (sin cultivo de control para los casos negativos). De esta manera, las faringitis por GCS y GGS quedarían sin ser reconocidas y por lo tanto sin ser tratadas.

En cierta coincidencia con esta postura, el Consenso Argentino recomienda aplicar los criterios de Centor. Con un puntaje de 0 a 1 no indicar antibióticos, de 2 a 3 realizar pruebas rápidas y tratar solo a los positivos (sin control por cultivo de los negativos), y si es de 4 o 5 puede optarse por realizar pruebas rápidas y tratar solo a los positivos o no hacer la prueba rápida y tratar a todos¹. De esta forma, también las infecciones por GCS o GGS quedarían ignoradas, excepto las que induzcan a producir signos y síntomas clasificados como 4 o 5 según los criterios de Centor y el médico opte por no realizar alguna prueba rápida.

La guía de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA), por el contrario, considera al cultivo como pilar fundamental del diagnóstico y para el criterio clínico utiliza un índice de sospecha diferente al de Centor⁴. Según esta guía el tratamiento debería basarse en estudios microbiológicos (pruebas rápidas y cultivo) porque los signos y síntomas de las faringitis estreptocócica y viral se superponen. La capacidad para identificar la faringitis estreptocócica solo con bases clínicas generalmente es pobre, excepto cuando hay evidencia concreta de que se trata de una faringitis viral. Por ello recomiendan efectuar una prueba rápida, con cultivo de control en los casos negativos ya que ella es altamente específica pero habitualmente tiene una sensibilidad menor del 90%, especialmente en niños y adolescentes. Usando el cultivo para los casos en que las pruebas rápidas fueran negativas podrían ponerse en evidencia los GCS o GGS, pero los autores recomiendan tratar sólo las faringitis por GAS.

Tanto para el consenso argentino como para la guía de la IDSA el tratamiento antibiótico debe indicarse para disminuir la duración y la intensidad de los síntomas, prevenir el desarrollo de fiebre reumática, prevenir complicaciones supurativas, prevenir la transmisión a contactos cercanos y permitir la reanudación rápida de las tareas habituales tanto a niños como a adultos.

Para la guía europea, la prevención de fiebre reumática en personas sin historia previa de fiebre reumática o la prevención de complicaciones supurativas no son indicaciones específicas de tratamiento antibiótico de las faringitis.

Para los tres documentos, algunos de los objetivos del tratamiento de las faringitis son prevenir contagio y disminuir la duración y la intensidad de los síntomas, y para dos de ellos, otro de los objetivos es prevenir complicaciones supurativas además de fiebre reumática. Entonces no se entiende por qué no deben tratarse las faringitis por GCS o GGS, que producen sintomatología similar a las del grupo A y complicaciones supurativas, algunas de ellas graves.

El rol de los GCS y GGS como agentes etiológicos de faringitis fue claramente establecido tanto en niños como en adultos. De hecho, estos estreptococos han sido descritos como agentes de escarlatina, de *shock* tóxico estreptocócico posterior a faringitis, de faringitis recurrente y de brotes familiares⁵ o de origen alimentario.

También se los ha caracterizado como generadores de complicaciones supurativas, algunas graves, y de secuelas no supurativas como la artritis reactiva y la glomerulonefritis. La fiebre reumática no ha sido documentada como complicación de faringitis por GCS o GGS. No obstante, hay trabajos que la dan como posible⁶. A esto se suma la presencia de factores de virulencia prácticamente equivalentes (proteína M, exotoxinas, estreptolisinas S y O, superantígenos). Personalmente, considero que en los casos en que se pueda realizar el cultivo, y se establezca la presencia de estreptococos de los grupos C y G, ésta debería valorarse como significativa. Aceptando que no hay suficientes estudios controlados de respuesta clínica a la antibioticoterapia en pacientes con faringitis aguda por GGS o GCS, al menos se podría incluir el tratamiento de los mismos como recomendación débil, en lugar de como contraindicación.

Consultado uno de los autores de las guías de la IDSA (Kaplan EL, comunicación personal), éste expresó la necesidad de realizar una discusión más profunda al respecto, aunque reconoció que ante un paciente sintomático con un desarrollo mayoritario de estos estreptococos en un cultivo de fauces, en lo personal, no se oponía al tratamiento con antibióticos.

Horacio A. Lopardo

Cátedra de Microbiología Clínica, Facultad de Ciencias Exactas, Universidad Nacional de La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina

e-mail: hlopar25@gmail.com

1. Lopardo G, Calmaggi A, Clara L, et al. Consenso sobre diagnóstico y tratamiento de Infecciones de vías respiratorias altas. *Medicina (B Aires)* 2012; 72: 484-94.
2. ESCMID Sore Throat Guideline Group, Pelucchi C, Grigoryan L, et al. Guideline for the management of acute sore throat. *Clin Microbiol Infect* 2012; 18 (Suppl. 1): 1-28.
3. McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D, Low DE. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *Can Med Assoc J* 1998; 158: 75-83.
4. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2012; 55: e86-102.
5. Gerber MA, Randolph MF, Martin NJ, et al. Community-wide outbreak of group G streptococcal pharyngitis. *Pediatrics* 1991; 87: 598-603.
6. Haidan A, Talay SR, Rohde M, Sriprakash KS, Currie BJ, Chhatwal GS. Pharyngeal carriage of group C and group G streptococci and acute rheumatic fever in an aboriginal population. *Lancet* 2000; 356: 1167-9.