

FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DR. LUIS E. AYBAR

- * Dra. Carmen Melo Mejía
- * Dra. Rosa Marzán Oviedo
- * Dra. María Tejera Díaz
- * Dr. Brígido García Sánchez
- * Dr. Julio Rodríguez Grullón

INTRODUCCION

La amigdalitis aguda es de las afecciones más comunes en niños. Para tratarla el médico se encuentra con la dificultad de distinguir las infecciones virales de las bacterianas y con mucha frecuencia se tratan con penicilina sin confirmar la presencia del agente etiológico.

El médico que recibe un paciente con faringoamigdalitis aguda, está en el deber de determinar el agente etiológico y en función de este, instalar una terapéutica que se corresponda con el agente causal. Con este propósito decidimos llevar a cabo nuestro estudio.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo, en el cual se tomaron 60 niños de ambos sexos con edad comprendida entre 3-14 años de edad, asistidos en el servicio de pediatría del hospital Dr. Luis Eduardo Aybar de la ciudad de Santo Domingo, desde Noviembre 1987 hasta Febrero del 1988 (4 meses) con cuadro clínico de Faringo amigdalitis aguda entendiéndose como tal aquellos que presentaban hipermia de las amígdalas acompañada o no de vesículas o pus, unido a malestar general fiebre y presencia de adenopatías

que no hubiesen recibido tratamiento previo con antibióticos.

A cada uno de estos pacientes se le aplicó un cuestionario, el cual registró el nombre, la edad, sexo, dirección y fecha de inicio de la enfermedad. Además se anotaron los síntomas y hallazgos físicos más importante de cada uno de los pacientes.

A cada paciente se le tomó una muestra de exudado faringeo con isópos estériles de la siguiente forma:

Se inclinó la cabeza del paciente hacia atrás y manteniéndole la lengua hacia abajo mediante el uso de un baja lengua esteril se usó el isopo en forma rotatoria contra las amígdalas y la úvula o cualquier mancha blanca que se encontró en la zona.

La muestra así tomada se sembró en el tercio superior de la placa petri con agar sangre, inoculándose el resto mediante un asa siembra haciendo hendiduras en el agar en diferentes cuadrantes para observar la hemólisis debajo de la superficie. Las placas fueron incubadas y donde hubo crecimiento se realizó coloración de Gram determinando si era positivo o negativo el crecimiento bacteriano; pasadas 24-48 horas se precedió a la realización de la prueba bioquímica con el disco de bacitracina para identificar el estreptococo beta hemolítico del grupo A de Lancefield; descrita anteriormente.¹

* Del Servicio de Pediatría del Hospital Dr. Luis E. Aybar, Santo Domingo, R.D.

A todos los pacientes con menos de 60 lbs. de peso a los cuales se les reportó la presencia de estreptococo beta

hemolítico del grupo A, se le aplicó una dosis de penicilina 6:3:3 la cual contiene:

Penicilina Cristalina	300,000 u.
Penicilina Procaínica	300,000 u.
Penicilina Benzatinica.	600,000 u.

Se usó el doble de esta combinación de Penicilinas a los pacientes que pesaron más de 60 libras. Se les tomó una segunda muestra de secreción faríngea para cultivo cuatro días después de aplicada la antibioterapia a estos pacientes tratados con Penicilina.

RESULTADOS

En nuestro estudio encontramos que la edad más frecuentemente afectada fué el grupo de edad de 3-5 años el cuál comprendió el 41.7% de los pacientes.

En total 60% de los pacientes eran del sexo femenino. Cuadro No. 1.

Todos nuestros pacientes presentaron fiebre y en 51 de los casos (85%) presentaron hipertrofias de las amígdalas.

Además en las amígdalas encontramos hiperemia en 58 casos para un 96.6% y exudados en 43.3% (Cuadro No. 2).

Más del 85% de los pacientes presentaron también adenopatías. Ver cuadro No. 3.

En el cuadro No. 4 presentamos el tiempo de duración de la enfermedad previo a la consulta pediátrica inicial y vemos que la mayoría de las veces fue de 0 a 4 días que eran los casos más agudos.

Cuadro No. 1
DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES
AFECTADOS DE FARINGOAMIGDALITIS
AGUDA, SEGUN GRUPOS DE EDAD Y SEXO

GRUPO EDAD	TOTAL	SEXO	
		MASCULINO No.	FEMENINO No.
3 - 5 años	25	13	12
6 - 8 años	15	6	9
9 - 11 años	9	1	8
12 - 14 años	11	4	7
TOTAL GENERAL	60	24	36

Cuadro No. 2
HALLAZGOS FISICOS ENCONTRADOS
EN LAS AMIGDALAS FARINGEAS

HALLAZGOS FISICOS	TOTAL	
	No.	%
Hiperemia	58	96.6
Exudados	26	43.3
Purulentas	11	18.3
Ulceraciones	2	3.3
Vesículas	1	1.6

Cuadro No. 3
ADENOPATIAS ENCONTRADAS EN
NUESTROS PACIENTES

ADENOPATIAS	TOTAL	
	No.	%
Cervical alta anterolateral	51	85.0
Submaxilar	21	35.0
Sin adenopatías	4	6.6

NOTA:

Los porcentajes fueron extraídos en función de los 60 pacientes. Algunos pacientes presentaron adenopatías cervical y submaxilar simultáneamente.

Cuadro No. 4
TIEMPO DE DURACION DE LA ENFERMEDAD
ANTES DE PRESENTARSE A CONSULTAR

PERIODO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD	TOTAL	
	No.	%
0 - 4 días	36	60.0
5 - 9 días	19	31.7
10 - 14 días	3	5.0
Más de 15 días	2	3.3
TOTAL	60	100%

Cuadro No. 5
BACTERIAS PREVALECIENTES EN LOS
CULTIVOS REALIZADOS

Bacteria	No. de Casos	Porcentaje
Estreptococo beta hem. grupo A	4	6.7
Estreptococo beta hem. no grupo A	8	13.3
Estafilococo coag (-)	46	76.7
No identificada	2	3.3

En casos más benignos la duración de los síntomas fué de un período mayor.

El cuadro No. 5 señala la bacteria predominante en el cultivo de cada uno de los pacientes. Destacamos que el estreptococo beta hemolítico grupo A de Lancefield fué encontrado en 4 pacientes para un 6.7% de frecuencia.

En estos 4 pacientes, el segundo cultivo efectuado al 4to día después de la administración de la combinación de Penicilinas señalada, fué negativo para el estreptococo beta hemolítico grupo A. (EBHGA)

COMENTARIOS

Se han realizado algunas investigaciones tanto nacionales como internacionales sobre el tema que nos ocupa. En México se estudiaron los cultivos faringeos de 1,352 preescolares, donde se concluyó que la prevalencia del estreptococo beta hemolítico grupo A fue 7.6%².

En Santo Domingo, en un estudio realizado por el Dr. Hugo Mendoza en 1984, de un total de 168 muestras de secreciones nasal y faringea, 9 mostraron el estreptococo beta hemolítico del grupo A para un 5.4%³.

Herrera Barinas y Rodríguez Grullón realizaron un trabajo similar al nuestro en el cuál estudiaron 61 casos de Faringoamigdalitis aguda y encontraron 8 casos de cultivos positivos al Estreptococo Beta Hemolítico del Grupo A para un 13% de frecuencia.¹

Sumando la casuística de los estudios nacionales que

reportamos previos al nuestro, y los 60 casos de este trabajo encontramos que de 289 casos de faringoamigdalitis aguda cultivados, 21 resultaron positivos para el EBHGA para un 7.3%.

Al igual que en el estudio señalado anteriormente por Herreras Barinas y Rodríguez Grullón en todos los casos el segundo cultivo luego de una dosis de la combinación de Penicilinas IM, resultó negativo al 4to. día para el EBHGA, lo cual hace llegar a 10 el número de casos comprobados con este resultado.

Esto nos permite decir que la evidencia de que una dosis de la combinación Penicilínica mencionada es suficiente para erradicar el estreptococo es ahora mayor.

CONCLUSIONES:

1.—Hemos encontrado una frecuencia de 6.7% de cultivos positivos al Estreptococo Beta Hemolítico Grupo A en 60 casos de Faringoamigdalitis aguda en niños.

2.—En cuatro casos los cultivos de EBHGA estaban negativos 4 días después de la administración a los pacientes de una dosis única de una combinación de Penicilina 6-3-3.

3.—Recomendamos la realización de un cultivo de faringe a todo niño que presente un cuadro de faringoamigdalitis aguda, pues la frecuencia con que el estreptococo beta hemolítico grupo A, se asocia a estos casos (6.7% en nuestro trabajo) no justifica la administración rutinaria de Penicilina a estos pacientes.

REFERENCIAS

1. Herrera Barinas C. y Rodríguez Grullón, J.: Archivos Dominicanos de Pediatría 1987: 23: 105-7.
2. Vela, Espiro: Prevalencia del estreptococo beta hemolítico grupo A en 1 574 pre-escolares de jardines de niños Acta Pediátrica de México. 1984: 5(1): 18-22
3. Mendoza Hugo et al.: Infecciones de vías respiratorias superiores (IVRS) asociados a estreptococos beta hemolíticos del Grupo A Archivos Dominicanos de Pediatría 1984: 20(3): 75-6.