

Utilidad de los tests de detección rápida de estreptococo faríngeo en los servicios de urgencias

Faringeko estreptokokoa detektatzeko test azkarren baliagarritasuna larrialdietako zerbitzuetan

M.T. Hernández Lagunas, M. Herranz Aguirre, M.J. Azanza Agorreta, N. Clerigüe Arrieta, E. Bernaola Iturbe, M. Palacios Horcajada

Servicio de Pediatría.

Correspondencia: M.T. Hernández Lagunas. Servicio de Pediatría. Sección de Urgencias. Hospital Virgen del Camino. 31008 Pamplona. tel. 948 42 95 46. mherrana@cfnavarra.es

La faringitis aguda por estreptococo del grupo A representa un 15% del total de amigdalitis y es la única etiología de esta enfermedad que debe ser tratada con antibióticos⁽¹⁾. El objetivo primario del tratamiento es la prevención de complicaciones secundarias a este germen, como las sucedidas a distancia (fiebre reumática y glomerulonefritis) y las supurativas locales. La más grave de ellas es la fiebre reumática, cuya prevención es eficaz aún cuando el tratamiento antibiótico se instaure hasta 9 días después del comienzo de los síntomas faringoamigdalares⁽²⁾. Es un hecho ampliamente conocido que una mayor presión antibiótica sobre la población se traduce en un aumento de las resistencias bacterianas^(3,4), por lo que parece importante distinguir aquellas amigdalitis virales de las causadas por estreptococo-b-hemolítico grupo A y evitar tratamientos antibióticos innecesarios. El método de diagnóstico de elección es el frotis faríngeo y cultivo, pero dadas las características de los Servicios de Urgencias (atención discontinua puntual), es interesante disponer de técnicas cuyos resultados se consigan inmediatamente. En este sentido, en los últimos años se han descrito en la literatura nuevos test para la detección rápida de estreptococo del grupo A que han mostrado alta sensibilidad y creemos cumplen los requisitos necesarios para ser instaurados en los Servicios de Urgencias Pediátricas. Este hecho nos ha impulsado a realizar un estudio para determinar la sensibilidad y especificidad de un test de detección rápida de estreptococo en faringe en nuestro Servicio de Urgencias realizado por el personal que atiende a los niños habitualmente, utilizando como método de referencia el cultivo del frotis faríngeo. Se incluyeron los niños de edades comprendidas entre 18 meses y 15 años en los que se sospechaba infección faríngea bacteriana, es decir, cuando el paciente presentaba exudado amigdalal y/o hiperemia faríngea con

petequias en el paladar blando junto con dos o más de los siguientes criterios: elevación de la temperatura axilar por encima de 38,5 °C, adenopatía cervical dolorosa, dolor abdominal, inicio brusco del cuadro con ausencia de conjuntivitis, tos o cuadro catarral concomitante, disfagia y escarlatina.

Al inicio del estudio se dió una breve explicación al personal de nuestro Servicio sobre el modo de recogida de frotis y realización del test rápido basado en inmunanálisis óptico (ABBOTT TESTPACK® PLUS™ STREP A con controles incorporados (OBC® II).

Las muestras se recogieron por duplicado de la parte posterior de la faringe y/o del exudado amigdalal, evitando contacto con saliva, encías, lengua o dientes. Una de ellas se envió al laboratorio de microbiología para realizar el cultivo y con la otra se realizó el test rápido. Se compararon los resultados del cultivo y del test rápido en un total de 104 pacientes, 53 niños y 54 niñas con edades comprendidas entre 18 meses y 14 años. En 97 casos ambas técnicas fueron concordantes: hubo 36 pacientes con estreptotest y frotis faríngeo positivo y 61 negativos. Cuatro pacientes presentaron test rápido positivo que no se confirmó con frotis y 3 fueron falsos negativos. Obtenemos, por tanto, una sensibilidad de 90,4%, especificidad de 93,8%, valor predictivo positivo de 90,4% y valor predictivo negativo de 93,8%. Esta prueba no interfirió con la actividad habitual de nuestro Servicio. Somos conscientes de que estos datos tienen un valor limitado debido al tamaño de la muestra, pero son similares a series mayores descritas en la literatura⁽²⁾ y refuerzan nuestra opinión favorable al uso de estos tests.

No hay que olvidar que en la edad pediátrica, la faringoamigdalitis aguda presenta una incidencia elevada sólo superada por infecciones del tracto respiratorio superior y otitis y la gran mayoría de los casos están producidos por virus. Mediante

la anamnesis y la exploración física es muy difícil identificar el microorganismo causal^(1,3,5) y ante esta situación muchos niños, sobre todo en edad preescolar, reciben tratamientos antibióticos de forma empírica. Es por tanto prioritaria la identificación etiológica para disminuir tratamientos innecesarios. Durante la época de los años 60 se empezaron a utilizar técnicas inmunológicas rápidas, baratas y sencillas pero de escasa sensibilidad. Por ello en los últimos años se han desarrollado nuevas pruebas antigénicas rápidas que han demostrado alta sensibilidad y especificidad para la detección del estreptococo- β -hemolítico del grupo A^(2,6,7). En nuestro medio, siguiendo las Guías para tratamiento de la enfermedad estreptocócica aguda, no sería necesario confirmar los tests negativos con cultivo^(8,9).

Los tests rápidos de detección del estreptococo son sencillos, rápidos y no interfieren con la actividad habitual del Servicio de Urgencias. Además nos permiten disminuir la presión antibiótica que ejerce-

mos sobre nuestra población de referencia, con todos los beneficios que ello conlleva. En este sentido, quisiéramos destacar que las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría insisten en el tratamiento exclusivo de las causadas por estreptococo- β -hemolítico del grupo A. No hay que olvidar que nuestro país está a la cabeza de las resistencias bacterianas a antibióticos de gérmenes con alta prevalencia en la infancia, como el neumococo⁽⁴⁾.

Tras todas estas consideraciones, somos partidarios de la implantación de los tests rápidos de detección de estreptococo en los Servicios de Urgencias Pediátricas y así lo hemos realizado nosotros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvez González F, Peña Guitián J. Faringoamigdalitis estreptocócica en 1994: Diagnóstico y tratamiento. *An Esp Pediatr* 1994; **40**: 332-339.
2. Needham CA, McPherson K, Webb K. Streptococcal pharyngitis: impact of a high-sensitivity antigen test on physician outcome. *J Clin Microbiol* 1998; **36**: 3468-3473.
3. Kaplan EL. Clinical guidelines for group A streptococcal throat infections. *The Lancet* 1997; **350**: 899-900.
4. Shulman ST. Streptococcal pharyngitis: diagnostic considerations. *Pediatr Infect Dis J* 1994; **13**: 567-571.
5. Breese BB. A simple scorecard for the tentative diagnosis of streptococcal pharyngitis. *Am J Dis Child* 1977; **131**: 514-517.
6. Contessoto Spadetto C, Cámara Simón M, Avilés Inglés MJ, Ojeda Escuriel JM, Cascales Barceló I, Rodríguez Sánchez F. Empleo racional de los antibióticos en pediatría: impacto de la aplicación de un test rápido de detección de estreptococo beta-hemolítico del grupo A en la faringoamigdalitis aguda. *An Esp Pediatr* 2000; **52**: 212-219.
7. Della-Latta P, Whittier S, Hosmer M, Agre F. Rapid detection of group A streptococcal pharyngitis in a pediatric population with optical immunoassay. *Pediatr Infect Dis J* 1988; **13**: 742-743.
8. Gerber MA, Tanz RR, Kabat W, Dennis E, Bell GL, Kaplan EL et al. Optical immunoassay test for group A β -hemolytic streptococcal pharyngitis. *JAMA* 1997; **277**: 899-903.
9. Webb KH. Does culture confirmation of high-sensitivity rapid streptococcal tests make sense? *Pediatrics* 1998; **101**: 299-300.