

Faringitis aguda

Fecha de la última revisión: 25/11/2016

Índice de contenidos

1. ¿De qué hablamos?
2. ¿Cómo se manifiesta?
3. ¿Cómo se diagnostica?
4. ¿Cuál es su evolución?
5. ¿Cuál es su tratamiento?
6. Algoritmo de manejo
7. Bibliografía
8. Más en la red
9. Autores

¿De qué hablamos?

La faringitis es una inflamación de la orofaringe que se caracteriza por la presencia de dolor de garganta (odinofagia). Incluye dos formas clínicas: aguda y crónica.

La aguda puede presentarse como:

- Amigdalitis o tonsilitis, término usado para describir inflamación de las amígdalas.
- Faringitis, que hace referencia a la inflamación de la orofaringe (amígdalas, paladar blando y úvula) (figura 1).

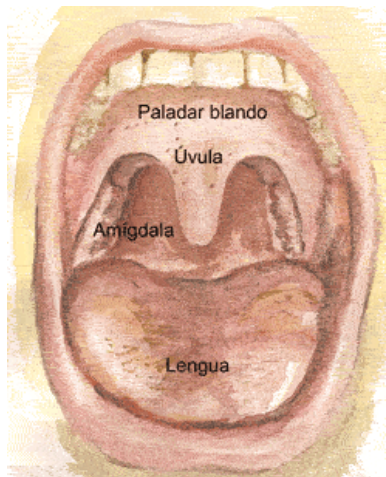


Figura 1
Anatomía de la orofaringe y cavidad oral

La forma crónica agrupa una serie de procesos inflamatorios y/o irritativos persistentes o recurrentes de la mucosa faríngea.

La mayoría de las faringitis agudas están causadas por virus, en el contexto de una infección del tracto respiratorio superior (tabla 1). La causa bacteriana más frecuente es la infección por estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHA) o *Streptococcus pyogenes*, que varía entre un 5-15% de adultos y entre el 20-30% en niños. Su incidencia es mayor en niños ente los 5 y 15 años, en climas templados, durante el invierno y a principios de la primavera. La presencia de portadores sanos del EBHA en la población general se estima entre un 6% y un 40%, sin embargo éstos tienen un riesgo bajo de contagio o de desarrollar complicaciones (Shulman ST, 2012; Bathala S, 2013; ESCMID, 2012). Algunos estudios han observado una presencia significativa entre el 10-20% de *Fusobacterium necrophorum* en adolescentes con faringitis endémica, germen relacionado con una forma muy grave de infección cervical como es el síndrome de Lemierre (ver guía: [Abscesos cervicales](#)) (Harris AM, 2016).

Tabla 1. Causas de faringitis aguda. (Shulman ST, 2012; Bathala S, 2013; Bisno AL, 2001)		
	Frecuencia (%)	Gérmenes responsables
Patógenos primarios	5-15	• Estreptococo grupo A. • Estreptococo grupo C. • Estreptococo grupo G. • <i>Neisseria gonorrhoeae</i>.
Otros patógenos	<5	• <i>Chlamydophila pneumoniae</i>. • <i>Mycoplasma pneumoniae</i>. • <i>Arcanobacterium haemolyticum</i>.
Virus	50	

		• Rhinovirus. • Adenovirus. • Influenza A y B. • Parainfluenza. • <i>Coxsackievirus</i>. • Coronavirus. • <i>Echovirus</i>. • Virus de herpes simple. • Virus de Epstein-Barr (VEB). • Citomegalovirus (CMV).
Cultivos negativos	30	No se aíslan
Posibles co-patógenos		• <i>Staphylococcus aureus</i>. • <i>Haemophilus influenzae</i>. • <i>Moraxella catarrhalis</i>. • <i>Bacteroides melaninogenicus</i>. • <i>Bacteroides oralis</i>. • <i>Bacteroides fragilis</i>. • Fusobacterium spp. • Peptostreptococcus.

¿Cómo se manifiesta?

Los síntomas más frecuentes son: odinofagia, disfagia, fiebre, cefalea, mal estado general y si se asocia laringitis, disfonía. Las formas de presentación clínica se pueden clasificar en (Harris AM, 2016; Shulman ST, 2012; ESCMID, 2012):

- **Faringoamigdalitis por EBHA.** La clínica se caracteriza por odinofagia de inicio brusco y fiebre. En la mayoría de los pacientes la tos y rinorrea están ausentes. En la exploración: hiperemia de amígdalas y faringe, presencia o ausencia de exudado, aumento del tamaño de las amígdalas y dolor a la palpación de las adenopatías cervicales. Sin embargo, ninguno de estos signos o síntomas es específico de la infección. En niños puede presentarse en forma de escarlatina y se acompaña de una erupción cutánea puntiforme, con una textura de la piel en “papel de lija” que comienza en tórax, desciende hacia el abdomen y extremidades, rubor facial con palidez circundante y en ocasiones, lengua aframbuesada.
- **Faringoamigdalitis por virus.** Coincide con epidemias en la comunidad. La ausencia de fiebre o la presencia de conjuntivitis, tos, disfonía, rinorrea, mialgias, obstrucción nasal, aftas orales o diarrea son altamente sugestivos.
- **Faringoamigdalitis asociada a mononucleosis infecciosa (MI).** Afecta con más frecuencia a adolescentes y adultos jóvenes, en los que la faringitis se prolonga más de una semana, con fiebre elevada, adenomegalias cervicales anteriores y posteriores de gran tamaño y dolorosas. Asocia un importante exudado e hipertrofia amigdalar. Puede acompañarse de esplenomegalia, fatiga persistente, pérdida de peso y hepatitis. Su etiología se debe a una infección por VEB, aunque en ocasiones el responsable es el CMV (ver guía: **Mononucleosis infecciosa**).
- **Faringoamigdalitis como forma de presentación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y en pacientes con inmunodepresión (neutropenia).** El síndrome agudo se puede presentar como una mononucleosis infecciosa, con fiebre, pérdida de peso, adenomegalias y esplenomegalia. En el caso de infección por VIH admitirá factores de riesgo para la transmisión del virus en las 2-3 semanas previas al inicio de los síntomas.
- **Faringoamigdalitis por *Neisseria gonorrhoeae*.** Suele cursar de forma asintomática.
- **Faringoamigdalitis por *Mycoplasma pneumoniae*.** Con frecuencia se acompaña de bronquitis aguda en pacientes jóvenes y sanos. El diagnóstico se hace por serología ya que no crece en los cultivos habituales. Algunos autores han observado un incremento de las recurrencias en pacientes infectados.
- **Faringoamigdalitis por *Chlamydia pneumoniae*.** Como en la faringitis por *Mycoplasma pneumoniae* se presenta en adultos jóvenes, previamente sanos, con clínica de bronquitis aguda. Requiere realizar serología para su diagnóstico.
- **Faringoamigdalitis por *Corynebacterium diphtheriae*.** Responsable de la difteria, se instaura lentamente con odinofagia, mal estado general y fiebre no elevada. La exploración de la faringe mostrará, en un tercio de los pacientes, la presencia de membranas que sangran al desprenderse. En España es excepcional, pero debe tenerse presente en poblaciones inmigrantes sin vacunar.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico se basa en la historia clínica, la exploración física y, en pacientes con síntomas de infección bacteriana, se recomienda descartar la presencia del EBHA para iniciar el tratamiento antibiótico (Harris AM, 2016).

Los pacientes con faringitis aguda suelen presentar una hiperemia de la faringe y amígdalas, a veces con exudado, hipertrofia amigdalar e inflamación dolorosa de los ganglios cervicales (figura 2). Tanto la exploración como la historia clínica muestran una baja sensibilidad (55-74%) y especificidad (58-76%) para la infección por EBHG. Además, no permiten diferenciar entre la infección bacteriana de la vírica (Bird JH, 2014; Shulman ST, 2012).



Figura 2
Hiperemia amigdalar con exudado

RM, 1981):

- Exudado amigdalár.
- Adenopatía cervical del triángulo anterior cervical dolorosa.
- Fiebre (>38 °C).
- Ausencia de tos y rinorrea.

La presencia de los 4 criterios se asocia a una probabilidad de presentar cultivos positivos para EBHGA entre el 35-50% en niños y puede ser algo más elevada en adultos, mientras que con 3, baja al 32% y con un criterio, se sitúa entre el 2-23% (Shulman ST, 2012; ESCMID, 2012). Los criterios de Centor son útiles para identificar pacientes con bajo riesgo de infección estreptocócica, si la puntuación es baja (0-2). No están validados en menores de tres años y son poco precisos en las consultas especializadas. Se recomienda que en los casos de puntuación baja o cuando hay una alta sospecha de origen vírico (rinorrea, tos, úlceras en la boca o disfonía), no se realicen pruebas diagnósticas ni se prescriban inicialmente antibióticos (Bird JH, 2014; Shulman ST, 2012; University of Michigan Health System, 2013; ESCMID, 2012).

Debido a la sobreestimación en general de la presencia del EBHA con estos criterios, en ausencia de síntomas claros de origen vírico o con puntuación elevada (3-4), algunos autores recomiendan estudios diagnósticos para descartar la presencia de la bacteria en orofaringe y así prescribir antibióticos solo en los casos necesarios (Shulman ST, 2012).

Las pruebas de utilidad en una faringitis aguda con sospecha de infección por estreptococo son:

- **Detección rápida del antígeno del estreptococo (DRAE):** busca la presencia del antígeno del EBHA en el frotis faríngeo en pocos minutos. Si se realiza de forma adecuada: raspando ambas amígdalas y la pared posterior de la faringe y con los métodos más actuales, puede alcanzar una especificidad en torno al 95%. Los falsos positivos son muy infrecuentes, sin embargo la sensibilidad es inferior, entre el 70-90% (Shulman ST, 2012; ESCMID, 2012). Existe controversia acerca del impacto de su uso en la prescripción de antibióticos. En algún estudio su empelo no disminuyó de forma relevante la prescripción de estos fármacos (Little P, 2013), sin embargo en otros se ha encontrado una reducción de más del 20% y una disminución de la prescripción inadecuada del 33%, frente al uso de los criterios de Centor solamente (Llor C, 2011). Se recomienda realizarlo en pacientes con faringoamigdalitis con síntomas y exploración física sugestiva de infección estreptocócica (puntuación de Centor 3-4). No está indicado en los que presenten síntomas altamente sugestivos de infección vírica (rinorrea, tos, úlceras orales y/o disfonía) o puntuación de Centor 0-2. Si es positivo, no se recomienda confirmarlo con cultivo del exudado faríngeo (Shulman ST, 2012; ESCMID, 2012). Si es negativo en adultos, existe una alta probabilidad de origen vírico, y evita de una forma bastante segura el uso inadecuado de antibióticos. Sin embargo en niños y adolescentes, en los que la infección bacteriana es más prevalente y por la menor sensibilidad del test, si hay sospecha de infección bacteriana o en ausencia de buena evolución, se recomienda confirmarlo con un cultivo de exudado faríngeo (Shulman ST, 2012; University of Michigan Health System, 2013).
- **Cultivo del exudado faríngeo:** es la prueba diagnóstica más sensible (90-95%), sin embargo la mayoría de los autores no lo recomiendan de forma sistemática, ni tampoco realizarlo en pacientes adultos con DRAE negativo, porque la incidencia de infección estreptocócica es baja y la fiebre reumática es excepcional en este grupo de población (Shulman ST, 2012; ESCMID, 2012). Sus inconvenientes más importantes son que tampoco diferencia enfermos de portadores asintomáticos en los que puede ser positivo hasta en el 40% y que el resultado puede tardar días dependiendo de los laboratorios (Bird JH, 2014). Está indicado en adultos de alto riesgo cuando el DRAE ha sido negativo y se requiere de confirmación diagnóstica, en pacientes con infecciones recidivantes, previa a una posible derivación al especialista o para elegir un tratamiento más adecuado cuando haya fracasado el previo. También se recomienda en niños y adolescentes cuando el DRAE es negativo y la clínica sugiere infección bacteriana (Shulman ST, 2012; SIGN, 2010).
- **Anticuerpos antiestreptolisina (ASLO):** no se recomienda en general la determinación de niveles de anticuerpos frente al estreptococo en el estudio de la faringitis aguda, su presencia indica infección pasada. Pueden ser necesarios en el diagnóstico de la fiebre reumática y en la glomerulonefritis aguda. Tampoco está indicada la determinación de la PCR (ESCMID, 2012; Shulman ST, 2012).
- La mayoría de los pacientes no requieren estudios analíticos. Pueden ser útiles cuando se sospecha deshidratación y se considere la derivación al servicio de urgencias o para diagnosticar otras causas de infección como la MI por el VEB. El monotest o prueba rápida de detección, tiene una sensibilidad diagnóstica hasta del 92% y una especificidad entre el 96 y 100%. La confirmación de la infección debe realizarse con la serología por la presencia de anticuerpos frente al virus (Bird JH, 2014) (ver guía: **Mononucleosis infecciosa**).
- No se recomienda realizar estudios diagnósticos en los contactos directos de pacientes con infección faríngea por estreptococo (Shulman ST, 2012).

¿Cuál es su evolución?

La faringitis es un proceso autolimitado en la mayoría de los pacientes. Los síntomas mejoran de forma significativa en 3 días en el 40% y en una semana en el 85%, independientemente de que se trate o no de una infección estreptocócica. Con poca frecuencia puede complicarse y por el momento no se han podido encontrar predictores que puedan orientar a una evolución desfavorable. Las complicaciones pueden ser (ESCMID, 2012; Little P, 2013):

- **Supurativas:**
 - Otitis media aguda.
 - Sinusitis.
 - Absceso faríngeo.
- **No supurativas:**
 - Fiebre reumática.
 - Glomerulonefritis postestreptocócica.
 - Adenitis cervical.
 - Escarlatina.
 - Síndrome del shock tóxico estreptocócico.

En su evolución, la faringitis puede acompañarse de un empeoramiento de los síntomas, aumentar la odinofagia, con disfagia grave, disfonía, sialorrea, “voz de patata caliente” o de una inflamación cervical. En este caso, el paciente debe ser explorado para descartar la presencia de complicaciones locales como flemones, abscesos: periamigdalino, angina de Ludwig o del espacio submandibular y parafaríngeo, o epiglotitis (ver guía: **Abscesos cervicales**).

¿Cuál es su tratamiento?

Habitualmente, con la explicación del médico, la reevaluación a los pocos días si fuera necesario y el tratamiento sintomático, son suficientes para la resolución favorable de la faringitis aguda en no más de una semana. A pesar de que la mayoría están causadas por virus, existen estudios que han observado que más del 60% de los adultos reciben antibióticos. Es importante que los pacientes estén informados de que en general, éstos no son necesarios porque tienen poco efecto en el alivio de los síntomas y pueden tener efectos adversos: náuseas, erupción cutánea en forma de rash, vulvovaginitis o la aparición de resistencias (Harris AM, 2016; Kenealy T, 2014).

Tratamiento sintomático:

Para el control del dolor y la fiebre, se recomienda el uso de **paracetamol** así como una hidratación adecuada. En ocasiones y con más precaución, puede darse **ibuprofeno** o **diclofenaco**. Estos fármacos pueden disminuir el dolor de dos a 5 días. No existe suficiente evidencia acerca del uso de fármacos opiodes como la codeína o el tramadol (Bird JH, 2014; Shulman ST, 2012; ESCMID, 2012; Kenealy T, 2014).

Los corticoides administrados en una pauta corta de 24-48 horas en dosis única vía oral o intramuscular asociados a los antibióticos, han demostrado su eficacia en la resolución de la infección y mejoría del dolor en adultos con faringoamigdalitis estreptocócica tratados en el ámbito de la atención primaria. Se desconoce su beneficio en monoterapia o en los niños (Hayward G, 2012). Algunos autores recomiendan 60 mg/día de **prednisona** durante 1 ó 2 días cuando no se consigue el adecuado alivio del dolor o en pacientes con una infección más grave (ESCMID, 2012; Kenealy T, 2014; Kiderman A, 2005). No deben emplearse de forma generalizada en pacientes con faringoamigdalitis (Shulman ST, 2012).

Existe alguna evidencia a favor del beneficio en el alivio del dolor y la disfagia de pacientes con faringoamigdalitis aguda tanto de origen vírico como bacteriano, con los tratamientos tópicos orofaríngeos en forma de sprays, pastillas o enjuagues y que contienen clorhexidina, gluconato o benzocaína (Bird JH, 2014; Shulman ST, 2012).

Indicaciones del tratamiento antibiótico:

Los antibióticos son efectivos en la disminución de la fiebre reumática en casi dos tercios de los pacientes con faringoamigdalitis por EBHA de poblaciones con alta prevalencia de esta complicación, así como de las complicaciones supurativas y no supurativas. Sin embargo, la posibilidad de presentar alguna es muy baja y su beneficio absoluto es moderado. Pueden reducir la duración de los síntomas a partir del tercer día de la enfermedad y con más eficacia si el cultivo del estreptococo es positivo. Aunque de forma global, solo la acortan unas 16 horas frente a los pacientes que no los han recibido (Spinks A, 2013). En general se recomiendan en pacientes con clínica sugestiva de origen bacteriano si se confirma la presencia del EBHA. No deben prescribirse con la finalidad de prevenir las complicaciones, en portadores crónicos de EBHA por el bajo riesgo de complicaciones o de transmisión a los contactos directos, ni como tratamiento empírico a los contactos directos asintomáticos de pacientes con la infección (Harris AM, 2016; ESCMID, 2012; Shulman ST, 2012).

Actualmente se desconocen las diferencias en cuanto a la eficacia absoluta entre los diferentes antibióticos posibles para el tratamiento de la faringoamigdalitis por EBHA. La evidencia a favor de la clindamicina, cefalosporinas o macrólidos, entre otros, frente a la penicilina, tanto en adultos como en niños es limitada y por el momento, considerando los resultados observados en estudios de alta calidad, su bajo coste y ausencia de resistencias, la penicilina continua siendo el tratamiento recomendado de primera elección cuando se sospecha de infección bacteriana (Van Driel ML, 2013).

Tampoco se disponen de estudios de calidad que hayan comparado la vía oral frente a la intravenosa a nivel de las consultas especializadas para determinar la superioridad en alguna de ellas. Sin embargo, dado que los pacientes que se derivan al hospital suelen presentar dificultad para la deglución, se prefiere administrar las primeras dosis de antibiótico intravenoso y pasar a la vía oral cuando la tolerancia lo permita (Bird JH, 2014).

La mayoría de los autores recomiendan iniciar el tratamiento con penicilina V oral (**fenoximetilpenicilina**) o **amoxicilina** durante 10 días (Shulman ST, 2012; ESCMID, 2012; University of Michigan Health System, 2013). En niños se emplea a dosis de 40-50 mg/kg/día y en adultos 500 mg cada 8 horas. Se administra por vía oral, aunque su absorción es errática. Cuando se use la intramuscular se administrarán 1.200.000 U.I. de penicilina G (**bencilpenicilina**) en dosis única (University of Michigan Health System, 2013).

Algunos autores han comprobado una eficacia similar de los antibióticos de última generación en pautas de 6 días frente a la duración estándar de los 10 con penicilina oral. Sin embargo, se recomienda tener precaución en la disminución en el tiempo de tratamiento en zonas de alta prevalencia de enfermedad reumática cardíaca (Altamimi S, 2012) y en general, no está indicado disminuirlo (Shulman ST, 2012; ESCMID, 2012).

Los antibióticos de mayor espectro como la **cefuroxima** o la **amoxicilina clavulánico**, deben emplearse en sospecha de infecciones más graves o en las resistencias a los convencionales. No están indicadas las sulfamidas, fluoroquinolonas o tetraciclinas (University of Michigan Health System, 2013).

En pacientes con alergia a la penicilina, se recomiendan como alternativa la **claritromicina** o la **clindamicina** durante 10 días, así como la **azitromicina** durante 5 días (Shulman ST, 2012; University of Michigan Health System, 2013).

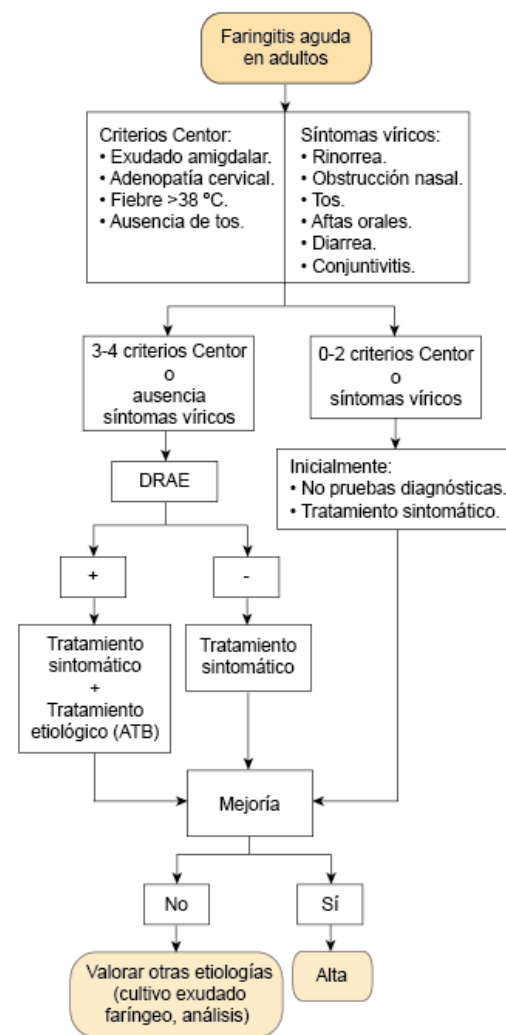
Amigdalectomía:

La adeno-amigdalectomía en niños disminuye el número de episodios de faringitis durante el primer año tras la cirugía y el beneficio es mayor, en los que han tenido episodios más graves. Sin embargo, muchos de los no operados mejoran de forma espontánea y en general el impacto de la cirugía es modesto. Es importante valorar de forma individualizada las ventajas frente a los posibles riesgos de la intervención. Los beneficios en adultos frente a los no operados, no son tan concluyentes (Burton MJ, 2014; Windfuhr JP, 2016). La intervención podría estar indicada en pacientes aislados con episodios frecuentes de infección por EBHA que no disminuyen en el tiempo y sin causa explicable (algunos podrían ser portadores del germen con infecciones víricas), considerando que los beneficios suelen ser a corto plazo (Shulman ST, 2012; Windfuhr JP, 2016). No está recomendada con el único objetivo de reducir la frecuencia de episodios de faringoamigdalitis por EBHA (Harris AM, 2016; Shulman ST, 2012).

Está indicado derivar a la consulta de ORL en las siguientes situaciones:

- Sospecha de un absceso periamigdalino.
- Presencia de síntomas de obstrucción de la vía aérea (disnea con o sin estridor).
- Imposibilidad de una hidratación adecuada (requiere fluidoterapia IV).
- Historia de apnea del sueño, hipersomnolencia o retraso en el crecimiento estatura-ponderal.
- Historia de 7 ó más episodios de amigdalitis aguda en los últimos 12 meses, de una intensidad suficiente como para alterar la vida normal del paciente.
- Exacerbación de una psoriasis en gota que se acentúa con los procesos inflamatorios.

Algoritmo de manejo



Bibliografía

- Altamimi S, Khalil A, Khalaiwi KA, Milner RA, Pusic MV, Al Othman MA. Short-term late-generation antibiotics versus longer term penicillin for acute streptococcal pharyngitis in children. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(8):CD004872. PubMed [PMID: 22895944](#)
- Bathala S, Eccles R. A review on the mechanism of sore throat in tonsillitis. J Laryngol Otol. 2013;127(3):227-32. PubMed [PMID: 23317998](#)
- Bird JH, Biggs TC, King EV. Controversies in the management of acute tonsillitis: an evidence-based review. Clin Otolaryngol. 2014;39(6):368-74. PubMed [PMID: 25418818](#)
- Bisno AL. Acute pharyngitis. N Engl J Med. 2001;344(3):205-11. PubMed [PMID: 11172144](#)
- Burton MJ, Glasziou PP, Chong LY, Venekamp RP. Tonsillectomy or adenotonsillectomy versus non-surgical treatment for chronic/recurrent acute tonsillitis. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(11):CD001802. PubMed [PMID: 25407135](#). [Texto completo](#)
- Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. Med Decis Making 1981; 1(3):239-46. PubMed [PMID: 6763125](#)
- ESCMID Sore Throat Guideline Group, Pelucchi C, Grigoryan L, Galeone C, Esposito S, Huovinen P, Little P, et al. Guideline for the management of acute sore throat. Clin Microbiol Infect. 2012;18 Suppl 1:1-28. PubMed [PMID: 22432746](#)
- Harris AM, Hicks LA, Qaseem A; High Value Care Task Force of the American College of Physicians and for the Centers for Disease Control and Prevention. Appropriate Antibiotic Use for Acute Respiratory Tract Infection in Adults: Advice for High-Value Care From the American College of Physicians and the Centers for Disease Control and Prevention. Ann Intern Med. 2016;164(6):425-34. PubMed [PMID: 26785402](#). [Texto completo](#)
- Hayward G, Thompson MJ, Perera R, Glasziou PP, Del Mar CB, Heneghan CJ. Corticosteroids as standalone or add-on treatment for sore throat. Cochrane Database Syst Rev. 2012;10:CD008268. PubMed [PMID: 23076943](#)
- Kenealy T. Sore throat. BMJ Clin Evid. 2014;2014. PubMed [PMID: 24589314](#). [Texto completo](#)
- Kiderman A, Yaphe J, Bregman J, Zemel T, Furst AL. Adjuvant prednisone therapy in pharyngitis: a randomised controlled trial from general practice. Br J Gen Pract. 2005;55(512):218-21. PubMed [PMID: 15808038](#). [Texto completo](#)
- Little P, Hobbs FD, Moore M, Mant D, Williamson I, McNulty C, et al; PRISM investigators. Clinical score and rapid antigen detection test to guide antibiotic use for sore throats: randomised controlled trial of PRISM (primary care streptococcal management). BMJ. 2013;347:f5806. PubMed [PMID: 24114306](#). [Texto completo](#)
- Little P, Stuart B, Hobbs FD, Butler CC, Hay AD, Campbell J, Delaney B, Broomfield S, Barratt P, Hood K, Everitt H, Mullee M, Williamson I, Mant D, Moore M; DESCARTE investigators. Predictors of suppurative complications for acute sore throat in primary care: prospective clinical cohort study. BMJ. 2013 Nov 25;347:f6867. PubMed [PMID: 24277339](#). [Texto completo](#)
- Llor C, Madurell J, Balagué-Corbella M, Gómez M, Cots JM. Impact on antibiotic prescription of rapid antigen detection testing in acute pharyngitis in adults: a randomised clinical trial. Br J Gen Pract. 2011;61(586):e244-51. PubMed [PMID: 21619748](#). [Texto completo](#)
- Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G, et al; Infectious Diseases Society of America. 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(10):e86-102. PubMed [PMID: 22965026](#). [Texto completo](#). Erratum in: Clin Infect Dis. 2014;58(10):1496. Dosage error in article text.
- SIGN. Management of sore throat and indications for tonsillectomy: a national clinical guideline; 2010. Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2010 [consultado 26-7-2016]. Disponible en: www.sign.ac.uk
- Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotics for sore throat. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(11):CD000023. PubMed [PMID: 24190439](#). [Texto completo](#)

- University of Michigan Health System. Pharyngitis: Guidelines for clinical care: Ambulatory; 2013 [consultado 29-7-2016]. Disponible en: <http://www.med.umich.edu/1info/fhp/practiceguides/pharyngitis/pharyn.pdf>
- Van Driel ML, De Sutter AI, Keber N, Habraken H, Christiaens T. Different antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(4):CD004406. PubMed [PMID: 23633318](#). [Texto completo](#)
- Windfuhr JP, Toepfner N, Steffen G, Waldfahrer F, Berner R. Clinical practice guideline: tonsillitis II. Surgical management. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016;273(4):989-1009. PubMed [PMID: 26882912](#)

Más en la red

- Ebell MH, Call M, Shinholser J, Gardner J. Does This Patient Have Infectious Mononucleosis?: The Rational Clinical Examination Systematic Review. JAMA. 2016 Apr 12;315(14):1502-9. PubMed [PMID: 27115266](#)
- Kociolek LK, Shulman ST. In the clinic. Pharyngitis. Ann Intern Med. 2012 Sep 4;157(5):ITC3-1 - ITC3-16. PubMed [PMID: 22944886](#)
- Lean WL, Arnup S, Danchin M, Steer AC. Rapid diagnostic tests for group A streptococcal pharyngitis: a meta-analysis. Pediatrics. 2014 Oct;134(4):771-81. PubMed [PMID: 25201792](#). [Texto completo](#)

Autores

- Carmen Costa Ribas Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
- Juan Carlos Amor Dorado Médico Especialista en Otorrinolaringología (2)

(1) Centro de Salud de Vila. Ibiza, Illes Balears. España.

(2) Hospital Can Misses. Ibiza, Illes Balears. España.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

