

## COMENTARIO EDITORIAL

## ¿Hay que pedir cultivo faríngeo cuando se utilizan técnicas antigénicas rápidas?

### Does a pharyngeal culture have to be requested when using rapid antigen techniques?

Carles Llor

*Centro de Salud Jaume I, Tarragona, España*

Simplifica, simplifica, simplifica

Henry David Thoreau. Escritor y filósofo norteamericano

Aunque la faringitis es una enfermedad leve, su impacto sociosanitario es muy elevado, ya que constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta médica y de prescripción antibiótica en nuestro medio. El tratamiento antimicrobiano de la faringitis aguda habitualmente no ofrece beneficio alguno, salvo cuando está causada por el estreptococo  $\beta$ -hemolítico del grupo A (EBHGA), aunque la tendencia natural es también hacia la curación espontánea<sup>1</sup>. El principal objetivo terapéutico es evitar las complicaciones y cortar la cadena infectiva. El tratamiento antibiótico acelera la recuperación clínica de la faringitis estreptocócica pero al compararlo con placebo, acorta la sintomatología un poco menos de un día.

El problema en la consulta es la dificultad en diferenciar clínicamente la infección causada por EBHGA de otras etiologías bacterianas que no hay que tratar y de la etiología viral, que es la mayoritaria. El EBHGA es la bacteria más común que causa faringitis, presente en un 15–20% en la edad pediátrica y en un 5–10% en población adulta. En atención primaria se usan los criterios de Centor o de McIsaac como guía para prescribir un antibiótico, pero incluso entre los pacientes que presentan todos los criterios de antibioterapia, la mitad de los casos no deberían recibirla. Los profesionales que se guían solo por la impresión clínica son más proclives a sobretratar con antibióticos por miedo a no tratar una infección estreptocócica que pueda complicarse con una fiebre reumática o con una enfermedad invasiva<sup>1</sup>. Los médicos españoles dan un peso distinto a los criterios de Centor, y cuando una faringoamigdalitis se acompaña de exudado amigdalar tiene 28,5 veces más posibilidades de recibir tratamiento antibiótico que si no lo presenta<sup>2</sup>.

El cultivo faríngeo es el mejor procedimiento para hacer el diagnóstico de infección por EBHGA pero no es exacto. El aislamiento de un número elevado de colonias sugiere una faringitis aguda; aunque diferenciar entre portador y enfermo es difícil. La sensibilidad es del 90% según los resultados de estudios con cultivos faríngeos duplicados. Los falsos negativos son más frecuentes en pacientes con un

número bajo de microorganismos en la faringe. Se han descrito muchos factores que pueden sesgar los resultados del cultivo faríngeo como la recogida de la muestra, la atmósfera de incubación o la lectura de las placas, pero su principal inconveniente es la demora en el resultado. En cambio, las pruebas de detección de antígeno de hidrato de carbono estreptocócico permiten un diagnóstico en minutos; de ahí que se haya generalizado el uso de estas técnicas antigénicas rápidas (TAR) en atención primaria.

En este número se publica un estudio de validez de la TAR en población pediátrica<sup>3</sup>. Aunque los autores aconsejan su utilización, recomiendan en todos los casos apoyar el resultado con un cultivo faríngeo. Recientemente otro estudio de validación en población adulta, utilizando la misma TAR, con mejores resultados, no recomendaba el cultivo posterior<sup>4</sup>. ¿Cómo se explica que en 2 trabajos parecidos se recomienden abordajes diagnósticos distintos? La TAR, como el cultivo, no permite diferenciar la infección aguda del estado de portador y sus resultados pueden ser equívocos si las muestras faríngeas no se recogen de forma apropiada. En ambos trabajos se observaron más falsos positivos que falsos negativos con la TAR, cuando en realidad su especificidad es del 95% o más. La sensibilidad suele ser menor, aunque la marca comercial utilizada en estos estudios presenta también una sensibilidad de aproximadamente un 95%, según los resultados del estudio que compara distintas marcas<sup>5</sup>. También está descrita una mayor sensibilidad con un número mayor de criterios de Centor, sugiriendo un sesgo de espectro, descrito ya por otros autores<sup>1</sup>. Al comparar los 2 trabajos se observan diferencias importantes: en el estudio de Flores et al, se incluyen faringitis con 0–5 criterios de McIsaac y niños a partir de un año. Si los datos clínicos y epidemiológicos del episodio sugieren una etiología viral, no es necesario realizar ninguna prueba, y en los casos con menos de 2 criterios para antibioterapia y en menores de 4 años, la mayoría son de origen viral. Es por ello que las guías recomiendan la utilización de las TAR a partir de los 4 años. En el presente estudio, la inclusión de varios investigadores de 2 centros distintos, y que los pacientes analizados son niños, puede dificultar la homogeneidad en la toma de la muestra. En el otro estudio intervinieron médicos de familia de un único centro, se reclutaron pacientes con 2 o

más criterios de Centor, y se practicó cultivo microbiológico en agar con sangre de carnero y también en agar sangre con atmósfera anaeróbica, que suprime parte de la flora comensal aeróbica (que dificulta la observación de las colonias) y permite que se exprese mejor la  $\beta$ -hemólisis recuperándose más cepas  $\beta$ -hemolíticas. Ello podría explicar que en el estudio actual se aislen tan pocos estreptococos de otros grupos.

La mayoría de las guías pediátricas solo recomiendan realizar cultivo cuando el resultado de la TAR es negativo por el elevado número de falsos negativos. Debido al hecho de que la mayoría de las TAR realizadas en atención primaria son negativas, la necesidad de verificar los resultados negativos con cultivo, representa un claro desincentivo para su utilización. Con la mejora de la sensibilidad de las TAR, la recomendación de confirmar los resultados negativos es si cabe más controvertida, principalmente en áreas donde la incidencia de fiebre reumática es muy baja. De ahí que Humair postule, en aras a simplificar, que al menos en población adulta, ya que el riesgo de fiebre reumática en mayores de 18 años es mínimo, resulte razonable fiarse del resultado de la TAR en pacientes con mayor probabilidad de infección por EBHGA, es decir, aquellos con dos o más criterios de Centor, sin necesidad de confirmarse posteriormente con un cultivo<sup>6</sup>.

### Puntos clave

- Las técnicas antigénicas rápidas para el diagnóstico de la faringitis estreptocócica solo deben utilizarse en personas mayores de 4 años con faringitis aguda y al menos 2 criterios de antibioterapia.
- La especificidad de las técnicas antigénicas rápidas es de aproximadamente el 95% y su sensibilidad parecida con los nuevos aparatos.
- La mayoría de recomendaciones en población pediátrica aconsejan tratar con antibióticos las faringitis agudas con resultados positivos de las técnicas antigénicas rápidas y pedir cultivo cuando el resultado es negativo.
- En mayores de 18 años, debido al bajo riesgo de presentar fiebre reumática y a la elevada sensibilidad de las técnicas antigénicas rápidas, puede considerarse válido el resultado de las mismas, sin necesidad de cultivo.

### Bibliografía

1. Bisno AL. Acute pharyngitis. *N Engl J Med*. 2001;344:205–11.
2. Llor C, Cots JM, Bjerrum L, Cid M, Guerra G, Arranz, et al, grupo de estudio Happy Audit España. Prescripción de antibióticos en las infecciones del tracto respiratorio y factores predictores de su utilización. *Aten Primaria*. 2010;42:28–35.
3. Flores Mateo G, Conejero J, Grenzner Martinel E, Baba Z, Dicono S, Echasabal M, et al. Diagnóstico precoz de faringitis estreptocócica en pediatría: validación de una técnica antigénica rápida. DOI:10.1016/j.aprim.2010.01.011.
4. Llor C, Hernández S, Gómez FF, Santamaría JM, Calviño O, Fernández Y. Validación de una técnica antigénica rápida en el diagnóstico de la faringitis por estreptococo beta hemolítico del grupo A. *Aten Primaria*. 2008;40:489–94.
5. Lasseret GM, McNulty CA, Richard Hobbs F, Mant D, Little P, on behalf of the PRISM Investigators. In vitro evaluation of five rapid antigen detection tests for group A beta-haemolytic streptococcal sore throat infections. *Fam Pract*. 2009;26:434–7.
6. Humair JP, Revaz SA, Bovier P, Stalder H. Management of acute pharyngitis in adults: reliability of rapid streptococcal tests and clinical findings. *Arch Intern Med*. 2006;166:640–4.