

11226
29.127.



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

USO DE PENICILINAS
EN EL TRATAMIENTO DE
RINOFARINGOAMIGDALITIS

TESIS

Que para obtener el Grado de Especialista en :

MEDICINA FAMILIAR

Presenta

Dr. Ismael Raúl Martínez Ruiz

U. M. F. No. 2

I. M. S. S.

Puebla, Pue.

1984-1986



IMSS

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

I.- INTRODUCCION.

II.- JUSTIFICACION.

III.- GENERALIDADES.

IV.- MATERIAL Y METODOS.

V.- RESULTADOS.

VI.- CONCLUSIONES.

VII.- RESUMEN.

VIII.- BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION .

Las infecciones respiratorias agudas son en nuestro medio la causa mas frecuente de consulta al médico familiar, al igual que en la práctica pediátrica, y de ellas las rinofaringoamigdalitis son las predominantes.

En México se ha mantenido su alta incidencia debido a las alteraciones ecológicas y a las deprimentes condiciones socio-económicas de la mayoría de la población.

La orofaringe es la puerta de entrada de las infecciones del aparato respiratorio y el foco de diseminación hacia otros sistemas, las rinofaringoamigdalitis son de evolución benigna y en un alto porcentaje de remisión espontánea, son también una patología frecuentemente sobrediagnosticada y lo que es peor, la que con mayor frecuencia recibe un manejo inadecuado, en donde el abuso y mal uso de los antibióticos constituye la regla, y aunque es un padecimiento muy común, la escasa acuciosidad del médico, debido a la mínima importancia que se le otorga al padecimiento, hacen que se dificulte el distinguir las infecciones virales de las ocasionadas por el estreptococo beta hemolítico del grupo A de la doctora Lancefield. Generalmente se aluden tres razones para el uso de antibióticos en el tratamiento de rinofaringoamigdalitis, estas son: prevención de fiebre reumática, prevención de complicaciones supurativas, y la rápida resolución, sin olvidar la presión ejercida por parte de los padres. Aunque esto no es definitivo, ya que Whitfield y Hughes en 1981, demostraron en un estudio doble ciego, que el tratamiento con antibióticos, solo tiene un uso limitado y generalmente debe ser reservado a aquellos casos con síntomas muy severos y en donde clínicamente se sospeche compromiso bacteriano, además de que no disminuyen los días de evolución del padecimiento, por el contrario en algunos casos

se prolongo.

La fiebre reumática es sumamente rara en niños menores de cinco años, pudiéndose presentar por un uso inadecuado de antibióticos, ya que generalmente se administran a dosis insuficientes, que solo suprimen momentáneamente el estreptococo beta hemolítico del grupo A, más no lo erradican. Se arguye que el rápido tratamiento con penicilina en las rinofaringoamigdalitis es responsable de la casi desaparición de fiebre reumática en algunos países, pero Darby realizó un estudio en de esas poblaciones y encontró que menos del 50 % de infantes con rinofaringoamigdalitis fue tratado con antibióticos, y que una mayor proporción no lo recibió, lo que nos indica que no fue un factor determinante, en sí lo que ayudó fue un mejoramiento en las condiciones de vida de estos países, porque esta enfermedad se asocia con promiscuidad, desnutrición y deficiente higiene, así como climas húmedos y fríos.

Debe hacerse notar los inconvenientes del uso indiscriminado de antibióticos, que son: el incremento de la resistencia bacteriana, su efecto sobre la flora bacteriana normal y el desarrollo súbito de alergias en pacientes con episodios recurrentes de faringoamigdalitis tratadas con antibióticos, sin antecedentes previos de alergia.

Por lo que es importante efectuar el estudio cuidadoso de los antecedentes, tomando en cuenta la forma de inicio, la evolución, las características morfológicas de las zonas afectadas y sobre todo la tan perjudicial automedicación, ya que ésta modifica el cuadro clínico. Para así tomar una adecuada decisión en el uso de antibióticos en el tratamiento de rinofaringoamigdalitis.

J U S T I F I C A C I O N

Observando los antecedentes anteriores, sin olvidar que los agentes virales son responsables de rinofaringoamigdalitis hasta en un 80%, dejando para el estreptococo beta hemolítico del grupo A solo un 15 a 20% (excepto en epidemias).- Se realiza este estudio en donde se trata de corroborar que los antibióticos en el tratamiento de rinofaringoamigdalitis tiene un uso limitado, fundamentalmente en niños menores de 5 años, pues no son inocuos; los efectos secundarios del uso de penicilinas van desde un simple rash cutáneo y fiebre (5a 10% de los pacientes), hasta una reacción anafilactoide, estatinándose en U.S.A. 300 muertes anuales por esta complicación, además de producirse resistencia a otros microorganismos como es el caso de Haemophilus Influenzae con el uso de ampicilina, y el incremento súbito de pacientes alérgicos a estos medicamentos.

Por otra parte el médico no solo limita el manejo a penicilina, sino que utiliza múltiples antimicrobianos, que aunque la etiología fuera por estreptococo beta hemolítico del grupo A, de ninguna manera justifica su uso, ya que hasta el momento no se han reportado casos de resistencia a la penicilina por esta bacteria.

Esto se podría mejorar con un estricto manejo de los antibióticos, administrándolos a dosis adecuadas, por tiempo conveniente y sobre todo, solo en aquellos casos en donde se sospeche etiología bacteriana. Lo que se lograría con un cuidadoso estudio del paciente, así como una información correcta de estos padecimientos hacia los médicos familiares, que son el primer contacto con estos pacientes, y hacia la población general para evitar la automedicación.

GENERALIDADES

ETIOLOGIA:

Desde un punto de vista práctico las faringoamigdalitis pueden ser clasificadas en virales y bacterianas, donde las primeras constituyen el porcentaje más elevado de los casos (cuadro 1), (1).

Desde el punto de vista bacteriano en general, el estreptococo beta hemolítico del grupo A y el *Corynebacterium diphtheriae*, son los únicos realmente responsables del cuadro de manera que para fines prácticos sólo el primero de ellos debe ser considerado, ya que actualmente gracias a la vacunación con D.P.T, la faringoamigdalitis diftérica es casi inexistente en nuestro medio, y otros agentes como anaerobios y gonococo, son inusuales en niños (1,2,3).

Si bien es cierto que el cultivo de exudado faríngeo puede reportar otros agentes bacterianos (*H. influenzae*, *Diplococcus pneumoniae*, bacilos difteroides, estafilococo aureus, neisserias, *Escherichia coli*, *Klebsiella*, otros estreptococos, etc.) todos deben ser considerados como flora normal de orofaringe y no causales de faringoamigdalitis, pues estudios bien realizados así lo han demostrado. (4,5).

En reportes aislados de la bibliografía se ha involucrado al estafilococo aureus como agente causal; sin embargo, - la mayoría de los autores están de acuerdo que más bien el papel que desempeña este germen, al igual que anaerobios, es el de productor de beta lactamasa (penicilinas) que al inhibir la penicilina, podría evitar el tratamiento y erradicación adecuada del estreptococo. (6,14).

Los agentes virales son responsables de los casos hasta en un 80%, dejando para el estreptococo beta hemolítico del grupo A sólo un 15 a 20% (excepto en epidemias) (1).

También han sido involucrados *Mycoplasma pneumoniae* y - más raramente estreptococo beta hemolítico del grupo B, básicamente este último en recién nacidos y como parte del cuadro septicémico atribuido a dicha bacteria.

EPIDEMIOLOGIA:

En términos generales se puede afirmar que los agentes virales son más frecuentes en niños menores de 3 a 4 años, y que a partir de los 4 a 5 hasta los 17 a 20 años, el estreptococo incrementa su importancia (9,10,19), pudiendo existir unos u otros para ambos grupos de edad, donde el diagnóstico requerirá de la acuciosidad del clínico y a veces incluso será necesario el cultivo del exudado faríngeo.

Los aspectos en cuanto a clima, estación del año, condiciones ambientales, vacunación, condiciones del huésped, etc. son muy importantes al igual que para otros procesos respiratorios infecciosos, la frecuencia de la infección bacteriana o viral es la misma en pacientes con o sin amigdalopatía (12).

CUADRO CLINICO:

El cuadro clínico es variable y depende del agente etiológico, particularmente si es viral o bacteriano; sin embargo, a veces es difícil establecer las diferencias.

Así, en faringoamigdalitis viral son síntomas cardinales: inicio gradual con fiebre moderada, malestar, anorexia y dolor leve de garganta. Dicho dolor usualmente inicia un día después de la hipertermia y alcanza el máximo al tercer día. Carraquera, tos y rinitis, también son frecuentes. A la exploración física el enrojecimiento faringoamigdalino puede no ser importante y casi siempre sin exudado purulento. Sin embargo, y particularmente en infecciones por adenovirus, dicho exudado puede no distinguirse fácilmente de aquel que produce la faringoamigdalitis estreptocócica, incluso con --

membranas. Debe orientar hacia adenovirus, si tal evento está ocurriendo en un niño menor de tres años y la sintomatología persiste por 4 a 7 días, independientemente de la terapia antimicrobiana instituida.(9).

Cuando la enfermedad está condicionada por herpes simple, las manifestaciones más importantes son fiebre elevada y dolor faríngeo severo; al examinar se encuentran ulceraciones circulares blanquecinas en paladar, pilares anteriores, amígdalas y a veces en los carrillos e incluso lengua; asimismo, se presentan adenomegalias cervicales dolorosas.

El virus de Epstein-Barr también puede ser causa de faringoamigdalitis, frecuentemente membranosa, con o sin las otras manifestaciones de la mononucleosis infecciosa (rash, esplenomegalia, ictericia, etc.).

Por último si existen vesículas y ulceraciones pequeñas en paladar blando, con poca afectación general, hay que pensar en Coxsackie A (herpangina) como agente etiológico del cuadro.

La fórmula blanca al efectuar biometría hemática es de poco valor en el diagnóstico diferencial, pero es de esperar se cuenta normal de leucocitos, o discretamente elevados con predominio de linfocitos. Más del 10% de linfocitos atípicos orientan a mononucleosis.

En tanto que en la faringoamigdalitis estreptocócica, frecuentemente el inicio es brusco, con fiebre alta (39.5 a 40°C), cefalea, dolor abdominal que a veces simula abdomen agudo, vómitos asociados a dolor faríngeo que se agrava a la deglución a veces haciendo difícil incluso "el paso de saliva", el cuadro se acompaña de afectación del estado general, con anorexia, astenia, adinamia, dolores musculares y articulares. A la exploración física generalmente se encuentra en-

rojecimiento difuso que incluye amígdalas, faringe, paladar-blando, este último con moteado petequiral. Las amígdalas están edematosas, al igual que úvula y pilares, además, estos últimos están cubiertos con exudado purulento. El color rojo semeja a la "carne viva", en casos severos puede haber incluso membranas indistinguibles de la difteria. Sobre la lengua existe hipertrofia de papilas gustativas y a veces semejan lengua "de frambuesa". Además, en cuello y región submaxilar coexiste adenopatía dolorosa.

Se reporta un grupo de pacientes que sólo muestran enrojecimiento faringoamigdalino moderado, sin exudado, y en donde es difícil establecer la etiología bacteriana. Sin embargo, si al mismo tiempo coexiste conjuntivitis, rinitis, tos y ronquera debe pensarse en etiología viral, pues estas manifestaciones frecuentemente acompañan a dichos procesos.

COMPLICACIONES:

Las faringoamigdalitis virales rara vez se complican; - aunque al igual que otros cuadros, a partir del foco inicial puede ocurrir diseminación y afectar otras partes de las vías respiratorias.

En tanto que la faringoamigdalitis estreptocócica hay que vigilar absceso periamigdalino o de cara lateral de cuello, sinusitis, otitis, meningitis, neumonía o sepsis, también es necesario reexaminar al paciente 2 o 3 semanas después, ante la posibilidad de que desarrolle fiebre reumática o glomerulonefritis.

DIAGNOSTICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Son los datos epidemiológicos y clínicos los que fundamentalmente sirven de base al diagnóstico. Ya han sido señalados algunos hechos orientadores.

La biometría hemática en la infección estreptocócica puede mostrar leucocitosis con neutrofilia. Si se sospecha -

escarlatina los niveles de antiestreptolisinas se elevan hacia la fase de convalecencia. Para ello se recomienda exudado faríngeo en:

- Caso de duda.
- Caso de que se sospeche faringoamigdalitis diftérica.
- El estudio de contactos epidemiológicos.
- Faringoamigdalitis de repetición.

Sin embargo desde el punto de vista práctico, si se sospecha faringoamigdalitis estreptocócica y el cuadro no cede con penicilina o eritromicina (en alérgicos a la penicilina) antes que solicitar un cultivo de exudado faríngeo debe sospecharse etiología viral o enfermedad sistémica con inicio de una faringoamigdalitis o bien rinitis alérgica, hiperplasia adenoides y adenoiditis, agranulocitosis, etc. Es decir se debe hacer el diagnóstico real de la enfermedad del paciente.

Está contraindicado el antibiograma por las razones ya comentadas; el único agente bacteriano es estreptococo y hasta el momento no se han reportado cepas resistentes a la penicilina.

TRATAMIENTO:

Cuando la etiología es viral solo se indican medidas sintomáticas: ingestión de abundantes líquidos, reposo, analgésicos - antitérmicos del tipo de la spirina o acetaminofen ya que los antivirales no han demostrado hasta el momento su eficiencia. No deben usarse antimicrobianos como profilácticos.

En faringoamigdalitis estreptocócica el antibiótico de elección es la penicilina procainica que, administrada por un periodo de 10 días, logra un porcentaje de erradicación - (más del 95%).

Los esquemas para las diferentes edades es como sigue:

- Niños menores de 6 años o por debajo de 25 Kg de peso penicilina procainica 400 000 UI IM cada 24 horas por 10 días.
- Niños mayores de 6 años o que pesan más de 25 Kg; penicilina procainica 600 000 UI IM cada 24 horas por 10 días.

Sin embargo Rodríguez y colaboradores han demostrado -- buenos porcentajes de erradicación combinando penicilina procaínica IM durante 3 días a las dosis ya señaladas, y al 4º día penicilina benzatínica 600 000 UI en menores de 6 años y 1 200 000 UI en mayores de 6 años.

En pacientes alérgicos a la penicilina la droga alternativa es eritromicina a dosis de 30 a 40 mg por Kg de peso al día durante 10 días.

Recientemente se ha publicado que con una sola dosis de penicilina benzatínica es suficiente para erradicar al estreptococo en porcentajes similares a los anotados.

CUADRO N° 1.

USO DE PENICILINAS EN EL TRATAMIENTO DE RINOFARINGO
AMIGDALITIS.

AGENTES ETIOLOGICOS DE LA FARINGOAMIGDALITIS.

SINDROME CLINICO	VIRAL	BACTERIANO
Faringitis (lactantes)	Rhinovirus Adenovirus Epstein-Barr Otros	Estreptococo Beta hemolítico Grupo A (excep- cional).
Faringoamigdalitis aguda con exudado o membranas	Adenovirus Epstein Barr Otros	Estreptococo Beta hemolítico Grupo A C. Diphtheriae
Faringoamigdalitis aguda con vesicula o úlceras	Coxsackie A Herpes simple	

Fuente: Infectología Clínica, Gonzalez SN, Torales PAN. Trillas.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio longitudinal, prospectivo, concurrente, experimental y comparativo de 100 pacientes infantiles tomados de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar N° 2 del I.M.S.S en Puebla, con el diagnóstico de rino-faringoamigdalitis, comprendidos entre la edad de 0 a 5 años de ambos sexos, eutróficos y sin importar nivel socioeconómico.

Los criterios de exclusión fueron: niños mayores de 5 años de edad, desnutridos, con alguna otra patología agregada, con padecimiento actual de más de 48 horas de evolución, y aquellos que hubieran recibido tratamiento previo para la patología en estudio.

A 50 de estos pacientes se les administró penicilina -- procainica por un lapso de tiempo de 7 días, a dosis convencionales, salvo en los que refirieron alergia, siendo sustituido por eritromicina a dosis de 30 a 40 mg por Kg. de peso y por el mismo lapso de tiempo. Se contrastaron con el resto del grupo seleccion de (50 pacientes) a quienes no se administró antibiotico (excepto en dos casos).

A ambos grupos se les practicó cultivo de exudado faríngeo previo a la administración de medicamentos, y a todos se les administró acetaminofen o ácido acetil salicílico como sintomático, a dosis convencionales, y se orientó a los padres de los pequeños sobre las medidas generales que deberían adoptar con relación a esta patología.

El control de los pacientes fue diario, durante 7 días, anotándose en una hoja de registro la evolución y cambios -- clínicos presentados, que incluyó: nombre, número de afiliación, domicilio, edad, sexo, estatura, peso, resultado de --

cultivo de exudado faríngeo, evolución clínica de los siguientes síntomas y signos: fiebre, catarro nasal, tos, dolor faríngeo, mioartralgias, cefalea, vómito, adenopatías, dolor abdominal, exploración orofaríngea, así como sospecha clínica de etiología estreptocócica cuyos criterios fueron:

- Sin síntomas catarrales.
- Fiebre elevada de inicio brusco.
- Exudado purulento en la exploración faríngea.
- Palidez de tegumentos.
- Mioartralgias.
- Ataque al estado general.

Y por último observaciones.

RESULTADOS

EDAD Y SEXO:

La edad promedio de los 100 niños estudiados fue de dos años, con un rango de 15 días a 5 años, por lo que se dividió en grupos de la siguiente manera:

- Menores de 30 días	1%
- De 30 días a 1 año	34%
- De 1 año 1 mes a 3 años	28%
- De 3 años 1 mes a 5 años	37%
TOTAL	100%

Con relación al sexo, el 53% fueron femeninos, y el 47% fueron masculinos (ver cuadro 2).

CULTIVO DE EXUDADO NASAL:

Técnicamente se obtuvo de la manera habitual y se realizó antes de ser administrados los antibióticos, interpretándose a las 72 horas. El resultado fue el siguiente:

NEGATIVO	72%
ESTREPTOCOCCO	22%
ESTREPTOCOCCO B HEMOLITICO A	6%

Como observamos el porcentaje de casos en donde se encontró estreptococo beta hemolítico del grupo A, fue tan solo del 6% (todos mayores de 4 años), siendo menor al referido por diferentes autores para este grupo de edad, ya que mencionan de un 15 a un 20%. Dos de estos casos correspondieron al grupo de niños en quienes no se administró antimicrobianos, pero por causas éticas, al conocer el resultado, se les proporcionó tratamiento con penicilina procainica a dosis convencionales durante 3 días, y al cuarto día se les aplicó penicilina benzatínica. En los demás casos de positivos

dad al estreptococo, se continuó con el esquema de penicilina procaínica ya iniciado, hasta completar 10 días de tratamiento total.

DIAS DE EVOLUCION:

Los días de evolución fuerón divididos en días previos a la captación y posteriores a la misma.

El promedio de días previos del grupo que recibió tratamiento con penicilina fue de 1.22; y de 1.26 para el segundo grupo. El promedio de días posteriores para el primer grupo fue de 4.46 y para el segundo grupo fue de 4.00 días.

Como podemos observar los días de evolución de los pacientes que recibieron tratamiento con antimicrobianos, no fueron menores a los días de evolución de los que no los recibieron, incluso resultaron mayores, aunque estadísticamente no fue significativo, ya que se obtuvo $p > .10$ (ver cuadro 3).

SINTOMAS Y SIGNOS:

Los síntomas y signos valorados se mencionan a continuación, así como el porcentaje de los mismos:

SINTOMA O SIG.	% GRUPO CON TX.	% GRUPO SIN TX.
Fiebre	96%	94%
Catarro nasal	82%	88%
Tos	72%	72%
Odinofagia	60%	58%
Mioartralgias	46%	45%
Cefalea	26%	29%
Vomito	30%	32%
Adenopatias	64%	62%
Dolor abdominal	10%	6%

Los días promedio de cada sintoma y signo en los dos -- grupos se mencionan en el cuadro 4, en donde no se observó -- una diferencia significativa.

EXPLICACION DE CROFARINGE:

Fue normal solo en el 13% de los casos, hiperémica en -- el 87%, en el 16% se encontraron exudados purulentos, membranas en el 5%, úlceras en el 6%, e hipertrofia amigdalina en -- el 48%.

SOSPECHA CLINICA DE ESTREPTOCOCCO HEMOLITICO GRUPO A:

Los criterios clinicos de sospecha de infección faríngea amigdalina de etiología estreptocócica fueron:

- Sin síntomas catarrales.
- Fiebre elevada de inicio brusco.
- Mioartralgias y ataque al estado general.
- Exudado purulento en la exploración faríngea.
- Palidez de tegumentos.
- Dolor abdominal.

Aplicados estos criterios a 8 pacientes que los presentaron, en 6 de ellos, se comprobó la etiología estreptocócica, mediante el cultivo de exudado faríngeo, lo que aparentemente nos da un porcentaje alto (75%) de probabilidad de pensar en dicha etiología.

Sin embargo sera necesario un estudio ulterior y específico, contrastando casos de sospecha positivos, con casos de sospecha negativos, para poder tener estos criterios un valor predictivo mas confiable.

CUADRO N° 2.

USO DE PENICILINAS EN EL TRATAMIENTO DE RINOFARINGOCAMIGDALITIS.

S E X O .

SEXO	GPC. CON TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO.	GPC. SIN TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO
FEMENINO	52 %	54 %
MASCULINO	48 %	46%
TOTAL	100%	100%

Fuente: Encuesta directa.

CUADRO N° 3 .

USO DE PENICILINAS EN EL TRATAMIENTO DE RINOFARINGOCAMIGDALITIS.

DIAS PROMEDIO DE EVOLUCION.

DIAS DE EVOLUCION	PREVIOS A LA CAPTACION.	POSTERIORES A LA CAPTACION	TOTAL
GPC. CON TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO.	1.22	4.46	5.68
GPC. SIN TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO.	1.26	4.00	5.26

Fuente: Encuesta directa.

p = .10

C U A D R O N º 4 .

USO DE PENICILINAS EN EL TRATAMIENTO DE RINO-
FARINGOCAMIGDALITIS.

DIAS PROMEDIO DE LOS SINTOMAS Y SIGNOS EVALUADOS

SINTOMAS Y SIGNOS	DIAS PROMEDIO	
	SIN TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO	CON TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO
— FIEBRE	2.00	2.06
— CATARRO NASAL	3.18	3.22
— TCS	1.98	1.94
— ODINOFAGIA	1.36	1.50
— MIOARTRALGIAS	0.92	1.08
— CEFALEA	0.46	0.44
— VOMITO	0.36	0.38
— ADENOPATIAS	1.78	1.84

Fuente: Encuesta directa.

CONCLUSIONES

1.- El porcentaje de aislamiento de agentes bacterianos reconocido como agente causal de faringoamigdalitis fue de apenas el 6%, que está en relación con lo reportado en la literatura.

2.- Aunque no se practico estudio virológico, es de suponer que más del 80%, fue de dicha etiología, lo que corrobora también lo anotado en la literatura.

3.- No hubo diferencias significativas en la evolución y duración de la enfermedad, en pacientes con y sin antimicrobianos.

4.- Aplicados ciertos criterios clínicos de infección faringoamigdalina de probable etiología bacteriana, parece existir un porcentaje bastante confiable de predictibilidad, sin embargo será necesario otros estudios para corroborar dicha apreciación.

5.- En ningún niño menor de 3 años, de la muestra estudiada, se aisló estreptococo beta hemolítico del grupo A, de tal modo que esto viene a afirmar el criterio de no uso, o uso muy restringido de antibióticos en tales pacientes.

R E S U M E N

Se realizó un estudio longitudinal y prospectivo en donde se contrastan dos grupos de 50 niños cada uno, de 0 a 5 años de edad, extraídos de la consulta externa de la U.K.F. - N° 2 del I.N.C.S. en Puebla, y con diagnóstico de rino-faringoamigdalitis.

A uno de los grupos se les administró penicilina procaína o eritromicina (en alérgicos) como tratamiento antimicrobiano, y al otro grupo solo se les administró tratamiento sintomático, observándose la evolución del padecimiento.

Se observó que la evolución fue similar en ambos grupos de estudio, e incluso fue mayor el número de días de evolución en promedio en aquellos a quienes se les proporcionó antibiótico, aunque en realidad estadísticamente no fue significativo.

Por lo que se concluye que el uso de penicilinas en el tratamiento de rino-faringoamigdalitis, solo se limitara a aquellos pacientes con sospecha clínica de etiología estreptocócica y/o confirmada con cultivo de exudado faríngeo, ya que su empleo no modifica favorablemente la evolución del cuadro y su uso indiscriminado no se justifica de ninguna manera. Puesto menos el empleo de otro tipo de antimicrobianos, porque hasta el momento no se han reportado cepas resistentes, y si pueden ocasionar resistencia a otros microorganismos así como efectos secundarios indeseables.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Torales TAN. Infección de vías respiratorias superiores. En Gonzales SN, Torales TAN, Gómez BD, eds. *Infectología Clínica*. México D.F.: Trillas, 1984:60-65.
- 2.- Heinz F, Eichenwald GH, McCracken Jr. Aparato respiratorio. En Nelson, Vaughan, Mc Kay, eds. *Tratado de Pediatría*. Barcelona: Salvat, 1975:906-918.
- 3.- Serafin PJ. Infecciones del tracto respiratorio superior. En Kumate J, Gutierrez G, eds. *Manual de Infectología*. - México D.F. : Ediciones Médicas del Hospital Infantil de Mex., 1975:45-53.
- 4.- Crome MA, Dickinson JA, Reid AL. The use of antibiotics in upper respiratory tract infection. *Aust Fam Physician* 1983;12:585-587.
- 5.- Brook I, Gober AE. Emergence of Beta-lactamase-producing Aerobic and Anaerobic Bacteria in the Oropharynx of Children Following Penicillin Chemotherapy. *Clinical Pediatrics* 1984;23:338-341.
- 6.- Ginsturgh CM, McCracken GH, Steinberg JB. Treatment of Group A streptococcal pharyngitis in children. *Clinical Pediatrics* 1982;21:83-88.
- 7.- Stillerman M, Aronovitz GH, Durnell TD, Rosenberg R. Comparison Between Cephalexin Two-and four- Time Per Day Regimens in Group A Streptococcal Pharyngitis. *Clinical Pediatrics* 1984;23:348-351.
- 8.- Campos WJ, Garcia TS, Gairi TJ. Invasive infection caused by multiply resistant Haemophilus Influenzae type B. *J Pediatr* 1984;104:162.
- 9.- Lewis HB, Valman HB, Tyrrell DJ. Rotavirus infection --- and respiratory symptoms. *J Pediatr* 1981;98:511-512.
- 10.- Weissbluth M. Management of streptococcal pharyngitis.- *J Pediatr* 1981;98:509-510.

- 11.- Beerman GA, Goldblatt CA. Screening for group A streptococcus by means of anaerobic primary plate technique. - *J Pediatr* 1982; 101:70-71.
- 12.- Bridges WC. Acute pharyngitis, tonsillitis and tonsillectomy. *Aust Fam Physician* 1977;6:498-509.
- 13.- Schwartz RH, Wientzen RL, Pedreira F. Penicillin V for Group A streptococcal pharyngotonsillitis. *JAMA* 1981; - 246:1790-1795.
- 14.- Schwartz RH, Gastanaduy AS, Howe EB, Kaplan EL, Mc Kay-C. Failure of penicillin to eradicate group A streptococci during an outbreak of pharyngitis. *Lancet* 1980;2:-- 498.
- 15.- Vidiso QS. Diagnostico Diferencial entre fiebre reumática y artritis reumatoide juvenil. *Rev. Mex. Pediatría.*- 1983;50:316-323.
- 16.- Zancilli RL, Salinas FV, Pinto CM. Bacteriología comparativa de las amigdalitis agudas y crónicas en niños. *Rev Chil. Pediatr.* 1985;56:7-11.
- 17.- Berrios CH, Lagomarcino PE, Morales PA. Glomerulonefritis Aguda post estreptocócica: Descripción Epidemiológica. *Rev Chil Pediatr.* 1984;55:421-427.
- 18.- Kaplan EL. The group A streptococcal upper respiratory tract carrier state: An enigma. *J Pediatr* 1960;97:337.
- 19.- Hurtado MP. Faringoamigdalitis diagnóstico etiológico y tratamiento. *Mundo Médico* 1979;2:8-11.