

11226
20/172-



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona No. 14



FRECUENCIA DEL ESTREPTOCOCO BETA HEMOLITICO DEL GRUPO "A" EN FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN NIÑOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 57 VERACRUZ, VER. 1985.

T E S I S

Que para obtener el posgrado en la
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

P r e s e n t a :

Dr. Marcos Rivera Castañeda



Veracruz, Ver., Enero 1986

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.

TRABAJO DE INVESTIGACION

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 57

FEBRERO DE 1986 VERACRUZ VERACRUZ

CONTENIDO

	PAG.
TITULO.....	1
INTRODUCCION.....	2
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
OBJETIVOS	9
MATERIAL Y METODOS	10
RESULTADOS	13
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	22
RESUMEN	25
BIBLIOGRAFIA	26

(1)

TITULO

Frecuencia del estreptococo beta hemolítico del grupo "A" en la etiología primaria de faringoamigdalitis aguda en niños en la consulta externa de la unidad de medicina familiar # 57 Veracruz Veracruz , 1985.

RESPONSABLE

Doctor Marcos Rivera Castañeda. Médico residente de 2o año de la especialidad de medicina familiar en la unidad de medicina familiar # 57 Veracruz Veracruz.

Colaboradores:

Doctor Carlos Luis Bravo Portugal. Médico familiar adscrito a la unidad de medicina familiar # 57 Veracruz Veracruz.

Química farmacobióloga Veronica Ibañez M. Encargada del Departamento de microbiología del laboratorio central del HGZ # 14.

INTRODUCCION

La faringoamigdalitis por estreptococo beta hemolítico del grupo "A" puede originar como complicación la fiebre reumática, y aunque dicha complicación no es muy frecuente es una enfermedad muy importante por las graves secuelas que puede originar a nivel cardiaco, siendo actualmente en nuestro país la causa de cardiopatía más frecuente en los adultos jóvenes. En condiciones endémicas y epidémicas las infecciones estreptococcicas originaran fiebre reumática en un 1 a 3% respectivamente (4,17). Esta comprobado además que hasta un 30% de los casos de fiebre reumática no tuvieron antecedente de cuadro faringeo previo (17).

En nuestro país las condiciones higienicodietéticas deficientes, medio ambiente desfavorable, desnutrición infantil y otros factores más propios de nuestro bajo nivel socioeconómico condiciona la alta frecuencia de infecciones en la edad pediátrica, entre ellas la faringoamigdalitis, lo cual se refleja en el alto número de consultas por esta causa en la consulta externa de medicina familiar.

Sin embargo la etiología de la faringoamigdalitis aguda en niños es viral en más del 80% de los casos (1,6,13), y en este caso el tratamiento es sintomático y medidas generales hasta que la enfermedad se autolimita, y solo en los casos en que la etiología por estreptococo beta hemolítico sea confirmado o muy sospechoso, está indicado el manejo antibacteriano

En el presente trabajo se pretende determinar mediante la

toma de cultivos faríngeos a pacientes entre la edad de 3 y 12 años que acuden a la consulta externa de medicina familiar por cuadro de faringoamigdalitis aguda, la frecuencia del estreptococo beta hemolítico del grupo "A". Posteriormente se efectuara una correlación clínica general entre los pacientes con estreptococcia positiva y pacientes con estreptococcia negativa.

El propósito del presente trabajo es el de dar a conocer la frecuencia del estreptococo beta hemolítico como causa de faringoamigdalitis aguda en niños de nuestro medio; comparar dicha frecuencia con la encontrada por otros investigadores, y analizar si existen diferencias en el comportamiento clínico de pacientes con estreptococo positivo y pacientes con estreptococo negativo, lo cual nos daría pautas para establecer medidas de tratamiento y prevención.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Existen reportes que los virus causan más del 80% de faringoamigdalitis aguda en niños, siendo un 20% o menos causado por el estreptococo beta hemolítico (1,6,13). Un estudio en Estados Unidos de causas de faringoamigdalitis se aislo estreptococo beta hemolítico en un 25%, virus y otros agentes en un 30%, y en ningun 45% ningun agente fue aislado (10).

Romeo S. Rodriguez y cols. determinaron la presencia del estreptococo beta hemolítico mediante cultivo faringeo a una población abierta escolar en la delegación Magdalena Contreras de la ciudad de México. El estudio se realizó de Octubre de 1974 a Junio de 1975 en una población escolar de 11,314 alumnos que comprendía 10 escuelas primarias, siendo considerado el estado socioeconómico de dicha población bajo. El objetivo del estudio fue determinar la frecuencia de portadores del estreptococo beta hemolítico en una población abierta infantil determinada. De los cultivos tomados, 777 fueron positivos a estreptococo beta hemolítico del grupo "A" (6.8%). No hubo diferencia significativa en el porcentaje de cultivo positivo de una escuela a otra, y tampoco hubo diferencia significativa entre los diferentes grados de primaria ni en las estaciones del año. Se observó además que la sintomatología del paciente con estreptococcia positiva no difirió de la del paciente sin este germen, excepto por la presencia de artralgias que fue mayor en el grupo de pacientes con estreptococo beta hemolítico que en los pacientes quienes no tuvieron dicho estreptococo (18).

En otro estudio realizado en Brazil por Alcio Suassuna y colaboradores, demostraron el aislamiento de estreptococo beta hemolítico en 19 de 78 escolares con faringitis, en una escuela de Rio de Janeiro Brazil. De estos 19 casos (24.4%), 4 eran del grupo "A", 5 del grupo "C", 9 del grupo "G" y una muestra no tipificada. Otro estudio en Brazil de 120 escolares sin cuadro de faringoamigdalitis, 24 (20.0%) eran portadores de estreptococo beta hemolítico, de los cuales 8 eran del grupo "A", 6 del grupo "C", 8 del grupo "G" y dos no tipificados. La ocurrencia de signos y síntomas en las amígdalas con estreptococo positivo no mostró diferencia estadística significativa en comparación con las amígdalas bacteriológicamente negativas, así mismo presentaban características similares los pacientes con diverso tipo de estreptococo beta hemolítico (21).

Un estudio realizado en los Estados Unidos en el que se efectuaron cultivos faringeos en pacientes quienes se quejaron de síntomas a este nivel, de 2416 cultivos realizados 83 fueron positivos (35%) para estreptococo beta hemolítico del grupo "A".

Otro estudio efectuado en los Estados Unidos en una población urbana de 12500 habitantes y en una población rural de 3500, se efectuaron 269 cultivos faringeos en pacientes con cuadro de faringoamigdalitis aguda. 219 cultivos se realizaron en la población urbana y 50 en la población rural. 54 cultivos (20%) fueron positivos para estreptococo beta hemolítico del grupo "A". Los pacientes que tuvieron cultivo positivo la presencia de una faringe anormal o ganglios linfáticos cer

viceles anormales fue significativamente mayor que aquellos - que tuvieron cultivo negativo (P menor de C.001). En cuanto a fiebre, tos, cefalea, coriza, conjuntivitis y otros síntomas locales no hubo diferencia significativa. Se concluyo que la no confiabilidad de valoración clínica a diferenciar entre faringoamigdalitis estreptococcica y no estreptococcica fue - confirmado. Solo 38.5% de los casos confirmados bacteriológicamente había sido sospechado (13).

Un estudio local más realizado por residentes de 2o año de medicina familiar de la UmP # 57 de Veracruz Ver. y personal de laboratorio de el HGZ # 14 del mismo lugar determinó la - frecuencia de estreptococo beta hemolítico en la guarderia infantil # 001 del IMSS del mismo lugar y durante los meses Julio-Agosto de 1982. Se realizó cultivo faringeo al total de niños y personal adscrito a la guarderia, constituido por 234 niños con una edad que fluctuaba entre 2 y 48 meses, asi como a 60 personas adultas que laboraban en dicha unidad. Se tomo cultivo faringeo a toda la población descrita sin tener cuadro clínico de infección en orofaringe al momento del estudio No se encontro estreptococo beta hemolítico en la población infantil, y en los adultos se encontró estreptococo beta hemolítico del grupo "A" en 3 casos (5%) (22).

Otros autores consideran que por lo menos el 5% de las personas de cualquier comunidad son portadores de estreptococo beta hemolítico del grupo "A" (15).

Aunque se señala por diversos autores algunas diferencias en el cuadro clínico de la faringoamigdalitis aguda estreptococcica y no estreptococcica, solo en 50% o menos la presen--

cia del estreptococo beta hemolítico es sospechada clínicamente, pero en la práctica clínica esta diferenciación es difícil (6,10,16,17).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se desconoce la frecuencia del estreptococo beta hemolítico - del grupo "A" en la etiología de faringoamigdalitis aguda en niños en la unidad de medicina familiar # 57 Veracruz Ver. Así mismo debido a la dificultad para diferenciar clínicamente un cuadro de faringoamigdalitis estreptococcica de un cuadro de faringoamigdalitis no estreptococcica. No existen elementos suficientes y específicos que nos permitan diferenciar clínicamente un cuadro de faringoamigdalitis estreptococcica de un cuadro no estreptococcico, y por lo tanto el de establecer el tratamiento antimicrobiano de erradicación indicado.

OBJETIVOS

PRIMARIOS:

Determinar la frecuencia del estreptococo beta hemolítico del grupo "A" en la etiología de faringoamigdalitis aguda en niños.

SECUNDARIOS:

Correlacionar aspectos clínicos generales en pacientes con faringoamigdalitis aguda por estreptococo beta hemolítico y pacientes con faringoamigdalitis sin dicho estreptococo.

MATERIAL Y METODOS

A pacientes pediátricos de 3 a 12 años de edad que acudieron a la consulta externa de la unidad de medicina familiar # 57 en días hábiles por cuadro de faringoamigdalitis aguda, se les otorgó una solicitud de cultivo faringeo el cual se efectuó en el laboratorio central del HGZ # 14 (adjunto a la clínica 57) de Lunes a Viernes de 7:30 a 8:30 hrs.

El estudio se realizó del 18 de Septiembre de 1985 al 16 de Enero de 1986, y los pacientes estudiados que acudieron por cuadro de faringoamigdalitis aguda fueron entrevistados en los pasillos de espera de la U.M.F. # 57 de las 7 a las 18 hrs en días hábiles. Algunos pacientes fueron buscados de predominio los días domingos en el servicio de urgencias pediátricas de la U.M.F. # 68 (clínica donde en forma provisional se localizaban los servicios de urgencias de el HGZ # 14) que acudieron también por cuadro de faringoamigdalitis aguda.

Los pacientes entrevistados en forma directa e indirecta y que reunieron los criterios de inclusión señalados se les otorgó una solicitud de cultivo faringeo para que acudieran al laboratorio central a efectuárselo, ya sea al día siguiente ó el mismo día en caso de que la entrevista con dicho paciente fuera antes de las 8 hrs, lo cual sucedió en la tercera parte de los pacientes estudiados.

Al paciente seleccionado para el estudio durante la entrevista se le recabaron datos en una hoja especial sobre la evolución y el comportamiento clínico de la enfermedad, que posteriormente sirvió para correlacionar con los resultados del

cultivo faringeo.

Los pacientes estudiados fueron enviados de 24 diferentes consultorios y de 38 diferentes turnos de la unidad de medicina familiar # 57. De los turnos discontinuos predominó el horario BD.

De primera intención se otorgó tratamiento sintomático a todos los pacientes estudiados, y solo cuando el cuadro clínico fue muy sugestivo de etiología estreptococcica se inicio tratamiento antimicrobiano de erradicación con indicaciones bien claras al familiar del paciente de que lo iniciara hasta después de habersle efectuado el cultivo faringeo.

En acuerdo con el encargado del departamento de microbiología del laboratorio central, unicamente se realizaban dos cultivos faringeos por dia, con lo que se esperaba estudiar 40 - pacientes por mes y por lo tanto reunir los 100 pacientes fijados en la primera quincena del mes de Diciembre. Por límite de tiempo, falta de cooperación de algunos pacientes al estudio y otros factores más, no se pudo reunir la cantidad de pacientes establecida, estudiandose por tal motivo unicamente 82 pacientes.

La técnica de toma de cultivo faringeo fue realizada de la siguiente manera: con un abatelenguas se deprimio la lengua con el objeto de exponer la faringe. Con hisópo estéril se frotó firmemente la pared posterior de la faringe y las amígdalas, así como cualquier área que presentara signos de inflamación o exudado, teniendo precaución de retirar el hisópo sin que hiciera contacto con la lengua, labios o dientes.

El inóculo se depositó sobre la superficie de cajas de petri con medios de gelosa-sangre y gelosa-chocolate, y se extendió para su aislamiento. Con el mismo hisópo se depositó inóculo sobre la superficie de una caja de petri con medio S-110 en forma masiva. Asi mismo fue practicado un extendido sobre un portaobjetos que se tiño con la técnica de Gram. Las placas fueron incubadas a más menos 35°C durante 24 hrs, y las de gelosa-chocolate se incubaron con una atmósfera de CO₂.

A los desarrollos bacterianos obtenidos se les estudio hasta llegar a su completa identificación por medio de: morfología colonial, frotis tenidos, pruebas de actividad bioquímica prueba de la bacitracina para la identificación de estreptococo beta hemolítico del grupo "A", prueba de phadebact o método de co-aglutinación en portaobjetos para identificación rápida del estreptococo beta hemolítico del grupo "A", prueba de la optonina para diferenciar los estreptococos alfa hemolíticos, pruebas bioquímicas para la diferenciación de los grupos Haemophilus y pruebas de fermentación de azúcares para diferenciar las Neisserias, así como prueba de la coagulasa cuando se aislo estafilococo. La identificación de Pseudomona aeruginosa o Pseudomona especies se baso en la producción de piocianina, pigmento azul verdoso que se solubiliza en cloroformo, producción de oxidasas por medio del reactivo tetrametilparafenilendiamina, crecimiento en medio S.S. Agar, desarrollo a 42°C, reducción de nitratos a nitritos y oxidación de la maltosa.

RESULTADOS

De los 82 pacientes estudiados 40 fueron del sexo masculino - (48.5%) y 42 del sexo femenino. El rango de edad osciló de un año y medio el mínimo a 12 años el máximo, con promedio aritmético de 5.6 años (cuadro 1).

CUADRO 1.-

Pacientes estudiados de acuerdo a edad y sexo -
U.M.F. No. 57 Veracruz Ver. 1985

GRUPOS DE EDAD	NUMERO DE PACIENTES			PORCENTAJE
	FEM.	MASC.	TOTAL	
0-3 AÑOS	7	9	16	19.5 %
4-5 AÑOS	10	14	24	29.2 %
6-7 AÑOS	19	10	29	35.3 %
8-9 AÑOS	3	2	5	6.0 %
10-11 AÑOS	2	3	5	6.0 %
12- AÑOS	1	2	3	3.6 %
TOTAL	42	40	82	99.9 %

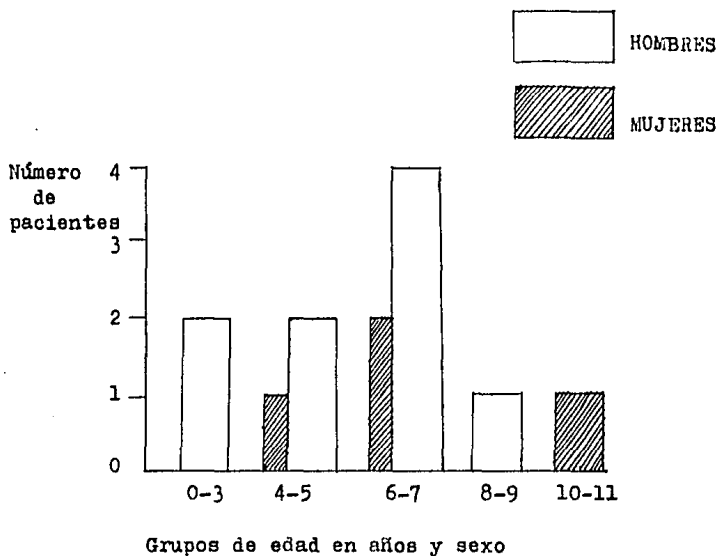
El estreptococo beta hemolítico del grupo "A" se observó en 13 casos (15.8%). Se encontró en el grupo de edad 6-7 años la mayor frecuencia del estreptococo (46.1%), el cual se relacionó con el porcentaje de pacientes estudiados en este grupo de edad (cuadro 2 y gráfico 1).

CUADRO 2.-

Distribución por edad y sexo del estreptococo beta hemolítico positivo en faringoamigdalitis aguda -
U.M.F. No. 57 Veracruz Ver. 1985

GRUPOS DE EDAD	TOTAL DE PACIENTES	ESTREPTOCOCO BETA HEMOLITICO GRUPO "A" POSITIVO			
		FEM.	MASC.	TOTAL	PORCENTAJE
0-3 Años	16	0	2	2	15.3 %
4-5 Años	24	1	2	3	23.0 %
6-7 Años	29	2	4	6	46.1 %
8-9 Años	5	0	1	1	7.6 %
10-11 Años	5	1	0	1	7.6 %
12- Años	3	0	0	0	0.0 %
TOTAL	82	4	9	13	99.6 %

GRAFICO 1.- Distribución por edad y sexo de estreptococo beta hemolítico positivo en faringoamigdalitis aguda, U.M.F. No. 57 Veracruz Ver. 1985



En 66 casos se obtuvieron cultivos positivos para un solo germen (79.9%) observando con mayor frecuencia el estafilococos aureus con un 18.2% (cuadro 3).

CUADRO 3.-

Germenes únicos aislados en cultivos faringeos de -
pacientes con faringoamigdalitis aguda, U.M.F. No.
57 Veracruz Ver. 1985

GERMEN UNICO AISLADO	NUMERO	PORCENTAJE
Estafilococo aureus	15	18.2 %
Estrept. beta hemolítico gpo "A"	11	13.4 %
Estreptococo pneumoniae	10	12.1 %
Estreptococo alfa hemolítico	10	12.1 %
Estreptococo no hemolítico	9	10.9 %
Neisseria aerobios	5	6.0 %
Estafilococo albus	3	3.6 %
Escherichia coli	1	1.2 %
Proteus vulgaris	1	1.2 %
Klebsiella pneumoniae	1	1.2 %
TOTAL	66	79.9 %

En 16 casos se obtuvieron cultivos positivos para germen asociados (19.2%), en la que predominó la asociación estreptococo no hemolítico - estafilococo albus en 5 casos (cuadro - 4).

CUADRO 4.-

Germenes asociados encontrados en cultivos faringeos de pacientes con faringoamigdalitis aguda , - U.M.F. No. 57 Veracruz Ver. 1985

GERMENES ASOCIADOS AISLADOS	NUMERO	PORCENTAJE
Estrep. no hemolítico - Estaf. albus	5	6.0 %
Estafilococo aureus - Proteus vulgaris	1	1.2 %
Estrep. alfa hem. - Neisseria aerobios	1	1.2 %
Estaf. albus - Estrep. no hemolítico	1	1.2 %
Estaf. aureus - Estrep. pneumoniae	1	1.2 %
Estafilococo albus - Estrep. pneumoniae	1	1.2 %
Estrep. pneumoniae - Neisseria aerobios	1	1.2 %
Estaf. aureus - Echerichia coli	1	1.2 %
Estaf. aureus - Estrep. alfa hemol.	1	1.2 %
K. pneumoniae - Estrep. no hemolítico	1	1.2 %
Estrep. B. hemol. "A" - N. aerobios	1	1.2 %
Estrep. B. hemol. "A" - E. pneumoniae	1	1.2 %
TOTAL	16	19.2 %

En los pacientes con estreptococcia positiva el dolor faríngeo estuvo presente en 9 casos (69.2%) y en los pacientes con estreptococcia negativa se refirió en 49 casos (71.0%).

Las mioartralgias se refirieron en 5 pacientes con estreptococcia positiva (38.4%) y en 26 pacientes con estreptococcia negativa (37.6%).

La hipertermia de más de 38°C, detectada durante la consulta en su domicilio se encontró en 11 pacientes con estreptococcia positiva (84.6%), y en 50 pacientes con estreptococcia negativa (72.4%).

En los pacientes con estreptococcia positiva se observó edema moderado de amígdalas en 8 casos, y edema severo en 2 casos; en cambio en los pacientes con estreptococcia negativa el edema moderado de amígdalas se observó en 37 pacientes y edema severo en 10 pacientes.

El exudado de amígdalas se observó en 3 pacientes con estreptococcia positiva (23.0%), y en 15 pacientes con estreptococcia negativa (21.7%).

La adenitis regional dolorosa se observó en 5 pacientes con estreptococcia positiva (38.4%) y en 26 de los pacientes con estreptococcia negativa (37.6%).

El antecedente de cuadros de faringoamigdalitis de repetición (4 a 6 cuadros por año) se observó en 6 pacientes con estreptococcia positiva (46.1%), y en 22 pacientes con estreptococcia negativa (31.8%).

En el cuadro 5 se señalen los anteriores hallazgos.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO 5.-

Presentación porcentual de signos y síntomas en pacientes con faringoamigdalitis aguda, U.M.F.- No. 57 Veracruz Ver. 1985

SIGNOS Y SINTOMAS	ESTREPTOCOCCO BETA HEMOLITICO "A" POSITIVO			ESTREPTOCOCCO BETA HEMOLITICO "A" NEGATIVO		
	NUMERO	TOTAL	PORCENTAJE	NUMERO	TOTAL	PORCENTAJE
PIEBRE	11	13	84.6 %	50	69	72.4 %
DOLOR FARINGEO	9	13	69.2 %	49	69	71.0 %
EDEMA AMIGDALINO	10	13	76.9 %	47	69	68.1 %
EXUDADO AMIGDALINO	3	13	23.0 %	15	69	21.7 %
INFARTO - GANGLIONAR	5	13	38.4 %	26	69	37.6 %
MIOARTRALGIAS	5	13	38.4 %	26	69	37.6 %
F.A. DE REPETICION	6	13	46.1%	22	69	31.8 %

En 9 pacientes con estreptococcia positiva (69.2 %) se encontro el antecedente de contactos intrafamiliares afectados de faringoamigdalitis de repetición, siendo los padres en 5 de ellos (55%) y hermanos pequeños en los otros 4 (44%). Por otro lado solo en 27 pacientes con estreptococcia negativa - (39.1%) se encontro el mismo antecedente. De estos 27 casos 8 correspondió a los padres (29.6%), y los otros 19 a hermanos pequeños (70.3%) (cuadro 6).

CUADRO 6.-

Contactos intrafamiliares afectados de faringoamigdalitis de repetición en el paciente con faringoamigdalitis aguda, U.M.F. No. 57 Veracruz Ver.-1985

PACIENTES ESTUDIADOS		CONTACTOS INTRAFAMILIARES AFECTADOS DE FARINGOAMIGDALITIS DE REPETICION				
TOTAL	82	TOTAL	PADRES	PORCENTAJE	HERM.	PORCENTAJE
ESTREPTOCOCCO B. HEMOLITICO "A" +	13	9	5	55.5%	4	44.4 %
ESTREPTOCOCCO B. HEMOLITICO "A" -	69	27	8	29.6%	19	70.3 %

A todos los pacientes estudiados durante el interrogatorio y a la exploración física se busco intencionadamente datos sugestivos de fiebre reumática, no encontrando en ninguno de ellos ningun criterio mayor de Jones que nos hiciera continuar con más estudios para el diagnóstico de dicha eventualidad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De los resultados obtenidos en este trabajo se pueden hacer - las siguientes conclusiones y sugerencias:

- 1.- Los grupos de edad 4-5 y 6-7 años comprendieron más del - 60% de los pacientes estudiados con un total de 53, lo - que nos indica que a esta edad ocurrió la mayor frecuen- - cia de faringomigdalitis
- 2.- El estreptococo beta hemolítico se aislo en 13 casos - (15.8%), porcentaje mayor que el encontrado por Alcio Sua - ssuna en Brazil y menor que los estudios realizados en Es - tados Unidos, todos y a diferencia de los realizados en - nuestro país en cuadros de faringoamigdalitis aguda
- 3.- El mayor número de estreptococos beta hemolítico encontra - do correspondió a los grupos 4-5 y 6-7 años (69.1%) y que - está en relación con el porcentaje de pacientes estudia-- - dos en estos grupos de edad, lo que nos indica que no hu - bo predominio real del estreptococo por edad en años
- 4.- El estafilococos aureus predominó como germen único en 15 - casos (18.2%), mayor todavía que el estreptococo beta he - molítico, y muy diferente de los resultados del estudio - efectuado en la guardería infantil en que predomino el es - tafilococos albus (22.9%)
- 5.- La asociación Estreptococo no hemolítico - Estafilococos - albus se observo con mayor frecuencia (6.0%), diferente - también del estudio realizado en la guardería infantil en - que predomino la asociación Estafilococos albus - Neisse - ria aerobios (32.4%)

- 6.- Los signos y síntomas no difirieron y por lo tanto no constituyeron una medida de apoyo diagnóstica en los pacientes con estreptococcia positiva y estreptococcia negativa estudiados. La linfadenopatía cervical anormal que encuentro un investigador con más frecuencia en los pacientes con estreptococcia positiva, y las artralgias observadas con mayor frecuencia por Romeo S. Rodríguez en los pacientes con estreptococcia positiva, no se observó en los pacientes estudiados en este trabajo
- 7.- El antecedente de faringoamigdalitis de repetición se observó con mayor frecuencia en los pacientes con estreptococcia positiva (46.1%), que en los pacientes con estreptococcia negativa (31.8%) y el hecho de que el paciente más pequeño estudiado de un año y medio de edad en quien se aisló el estreptococo beta hemolítico haya referido dicho antecedente refuerza esta observación. Por lo tanto se sugiere en la evaluación clínica del paciente con faringoamigdalitis aguda tomar en consideración dicho antecedente el cual sería de gran utilidad en pacientes quienes se sospeche estreptococo beta hemolítico
- 8.- Los pacientes con estreptococcia positiva refirieron con mayor frecuencia (69.2%) contactos intrafamiliares afectados de faringoamigdalitis de repetición que los pacientes con estreptococcia negativa (39.1%), por lo que debemos tomar en cuenta también dicho antecedente ante la sospecha de estreptococo beta hemolítico para tomar las medidas pertinentes, máxime cuando los contactos intrafamiliares afectados sean los padres o personas adultas
- 9.- Ningun paciente estudiado presentó cuadro clínico sugestivo

vo de fiebre reumática que ameritara estudios complementarios, y esto va en relación con la frecuencia de fiebre reumática observada solo en un 1 a 3% de los pacientes de los pacientes con estreptococo beta hemolítico

10.- En 3 casos que se realizo cultivo faringeo de control pos tratamiento desaparecio el estreptococo beta hemolítico , lo cual demostro la efectividad de la penicilina y por lo tanto no se recomienda el uso de otro tipo de antibiotico en la erradicación del estreptococo a menos que exista alergia o intolerancia a la penicilina

RESUMEN

Buscando encontrar la frecuencia de estreptococo beta hemolítico grupo "A" como causante de faringoamigdalitis aguda en nuestro medio, se realizó un estudio de cultivo faringeo en 82 niños que acudieron a la consulta externa de medicina familiar de la C-57 y urgencias pediátricas de la C-68 por cuadro de faringoamigdalitis aguda. El cultivo se efectuó al momento o al día siguiente de la consulta en un lapso de 4 meses. El estreptococo beta hemolítico grupo "A" fue aislado en 13 cultivos con un porcentaje de 15.8%, cifra mayor y menor a la encontrada en estudios similares efectuados por otros investigadores.

No se encontró diferencia en cuanto al comportamiento clínico en pacientes que tuvieron estreptococo beta hemolítico grupo "A" y en los pacientes que no lo tuvieron; sin embargo se encontró diferencia en el antecedente de faringoamigdalitis de repetición en los pacientes estudiados, ya que fue mayor en los pacientes con estreptococo beta hemolítico grupo "A" positivo; así mismo el antecedente de miembros intrafamiliares afectados de faringoamigdalitis de repetición se encontró con mayor frecuencia en los pacientes con estreptococo beta hemolítico grupo "A" positivo.

En ningún paciente estudiado se encontraron criterios mayores de Jones en la búsqueda intencionada de fiebre reumática.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Calderon JE., Infecciones de vias aéreas superiores. En: -
Conceptos clínicos de infectología. Calderon JE. Edit. Men-
dez Cervantes México D,F. 1983, Pág. 143.
- 2.- Capella AB., Tay ZJ., Del Muro R., Nociones elementales de
microbiología médica, Edit. Mendez Cervantes, México D,F. -
1980, Pág. 111
- 3.- Curtis AB, M.D., and Sidney A., Gold Blatt M.D., Johnstown
Screening for group "A" streptococcus by means of anaero--
bic primary plate technique: The journal of pediatrics, 1
(101) Pags: 70-1, 1982
- 4.- Espino VJ., Fiebre reumática: Introducción a la cardiolo--
gia, Edit. Mendez Oteo, México D,F. 1980, Pags. 375-6.
- 5.- Gardida CHA.; Infecciones respiratorias agudas: Rev. Méd.
IMSS , 3:327, 1982
- 6.- Gonzalez SN., Torales TAN., Gómez BD.; Infecciones del -
tracto respiratorio superior. En: Infectologia clínica. -
Gonzalez SN., Edit. Trillas, México D,F. 1984, Pag. 60.
- 7.- Jasso DG., Muños OH., Ramos RG., y Cols.; Técnicas de labo-
ratorio. En: Manual de procedimientos clínicos en pediatría
Edit. Méndez Cervantes, México D,F. 1984, Pág. 481
- 8.- Krugman, Ward, Katz. En: Enfermedades infecciosas. Edit. -
interamericana, México D,F. 1979, Pags: 217-24.
- 9.- Kumate J., Gutierrez G.; Infecciones del tracto respirato-
rio superior. Serafin P. En: Manual de infectologia. Edit.
Méndez Cervantes, México D,F. 1983, Pág. 93.
- 10.- Murray GN., M.D. Alan GR., M.D.; Upper respiratory tract. -
En: Manual de clinicals problems in infectious disease. -
The little brown SPIRAL, Boston Massachusetts USA. 1981, -
Pags. 2-5.
- 11.- Nasrallah RE.; Faringoamigdalitis y cirugía: Rev. de infec-
tologia, 2: 557, 1982.
- 12.- Nelson WE., Vaughan VC., Mc Kay RJ.; Enfermedades infeccio-
sas. En: Tratado de pediatría (I). Edit. Salvat, México -
D,F. 1983, Pág. 785.

- 13.- Paul P., Manson PGC., Finch R.; Acute faryngitis: a symptom scored card and microbiological diagnosis; British medical journal, Feb. 6:387-90, 1982
- 14.- Pierce G., M.D., Harriet TP., B.A.; Upper respiratory tract infections. En: Manual de acute bacterial infections. The little brown SPIRAL manual series, Boston Massachusetts USA. 1982, Pags. 26-8
- 15.- Rammel K., CHH Jr.; Infecciones por estreptococo hemolítico: Medicina interna Harrison (I), Edit. Prensa med. mex., México D.F. 1979, Pags. 952-3
- 16.- Rodriguez JJ., Cantillo OA., Chavez SR.; Faringoamigdalitis bacteriana: Rev. Pac. Med. UNAM, 5:172-9, 1984.
- 17.- Rodriguez R.; La conquista de la fiebre reumática en México. Una esperanza aún insastifecha: Bol. Med. Hosp. Infan. Méx., 5(39):381-90, 1982.
- 18.- Rodriguez R., Espino VJ., Amezcua F.; La conquista de la fiebre reumática en México. Una esperanza insastifecha: Bol. Med. Hosp. Infan. Méx., 6:991-1002, 1975
- 19.- Sanchez RM., Calderon JM., Monforte G.; Infecciones de vías respiratorias superiores: Rev. de infec. 6:387-95, 1982.
- 20.- Sanón; Indicaciones de adenoidectomia y amidalectomia: Bol. Inf. Terap. (ANM). 4:9-12, 1982.
- 21.- Suassuna A., Maciel MCP., Suassuna I. Et al.; Faringitis estreptococcica: Bol. Ofic. Sanit. Panam. 6:541-8, 1982.
- 22.- Lamothe CR., Campos VI.; Detección y tratamiento de la estreptococcia faríngea en la guardería No. 001 del IMSS en Veracruz Veracruz; Tesis profesional para obtener posgrado de especialistas en medicina familiar, Veracruz Ver. - 1982.