

LA TONSILLOFARINGITE ACUTA

1. Epidemiologia, eziologia, complicanze
2. Sintomi e diagnosi
3. Terapia
4. Note editoriali

1. Epidemiologia, eziologia, complicanze (1 - 5)

1.1. Epidemiologia

- La faringite acuta rappresenta il 1,1 % delle consultazioni in medicina generale.

1.2. Eziologia

- La faringite acuta è principalmente di origine **virale**, spesso nel contesto di un'infezione influenzale causata da rhino-, corona-, adeno-, parainfluenza- e influenzavirus. Raramente si tratta di una sindrome mononucleosica (EBV o CMV) o infezione primaria da HIV. La herpangina causata da virus coxsackie del gruppo A colpisce principalmente i bambini.
- Gli streptococchi beta-emolitici del gruppo A (GABHS) sono la causa **batterica** più comune della faringite acuta. Nei bambini, è causa del 15 - 30 % delle tonsillofaringiti, negli adulti del 5 - 10 %. Nei bambini sotto ai 3 anni d'età, le angine streptococciche sono molto rare.
- Da 1 a 6% delle faringiti nei giovani adulti sono causate da mononucleosi. Il quadro clinico classico è caratterizzato da faringodinia, febbre, linfadenopatia, astenia. L'agente patogeno è il virus di Epstein-Barr (EBV). Nei bambini, il decorso spesso rimane silente.
- Altre eziologie: reflusso gastroesofageo, rinosinusite, tosse persistente, tiroidite, allergie, scolo retronasale, fumo.
- Eziologie importanti, da non dimenticare nel contesto epidemiologico adeguato: come detto sopra primo-infezione da HIV, difterite (rifugiato, migrante).

Decorso spontaneo della malattia

- La faringite virale e quella da GABHS hanno una forte tendenza alla guarigione spontanea: in studi clinici nei gruppi-controllo sotto trattamento con placebo, la faringodinia scompariva dopo 3 giorni nel 30-40% dei pazienti e circa l'85% erano sfebbrati nello stesso tempo. Dopo una settimana l'80-90% dei pazienti sotto placebo risultavano asintomatici (4).

1.1. Complicanze

- **L'accesso peritonsillare** si verifica in < 1 % dei pazienti non trattati con antibiotici. Sintomi: faringodinia marcata, soprattutto alla deglutizione, gonfiore (peri-) tonsillare di tipo infiammatorio con spostamento dell'ugola verso il lato opposto, prominente del palato molle, linguaggio "chiuso" (tipo patata in bocca) e blocco della mascella -> **trasferimento allo specialista ORL!**
- **Febbre reumatica acuta (ARF)**: nei paesi a basso rischio di ARF (ad es. Svizzera) l'incidenza di ARF è $\leq 2 / 100'000$ bambini (5-14 anni di età). Nei paesi ad alto rischio di ARF (Africa sub-sahariana, Medio Oriente, Asia centrale e meridionale, popolazioni indigene dell'Oceania, Australia e della Nuova Zelanda) l'incidenza dell'ARF è di 150-380/100'000 (7).
- **Artrite**: l'incidenza stimata di artrite nell'ambito della ARF: <1/100.000 /anno (in bambini e adolescenti).
- **Glomerulonefrite post-streptococcica**: Molto rara. Non può essere impedita da trattamento antibiotico. Si presenta principalmente nell'età scolastica. Il periodo di latenza dopo la faringite GABHS è variabile, in media di circa 10 giorni. Diagnosi: clinica, sedimento urinario e nozione di precedente infezione da streptococchi. La prognosi è favorevole.
- Ulteriori complicanze (rare): sinusite purulenta, otite media, mastoidite, linfadenite cervicale ascessuale e sindrome di Lemierre con trombosi della vena giugulare da anaerobi, artrite reattiva.

Scarlattina

- Provocata da esotossina prodotta da streptococchi beta-emolitici del gruppo A.
- La maggior parte dei bambini si ammala prima dei 10 anni.
- Oltre alla febbre, almeno un altro dei criteri seguenti deve essere soddisfatto:
 - Rossore delle gote e pallore periorale
 - Enantema al palato
 - Lingua color lampone o fragola (inizialmente con depositi biancastri, poi rossa)
 - Esantema pallido, a piccole macchie, particolarmente pronunciato in zona inguinale
 - Desquamazione cutanea palmoplantare.
- Diagnosi: Clinica ed eventualmente strep A-test rapido.
- Terapia: antibiotici

2. Sintomi e diagnosi (1 - 3)

2.1. Sintomi

- I sintomi tipici della faringite da GABHS: esordio acuto, mal di gola con difficoltà alla deglutizione, febbre, arrossamento di gola, ugola e tonsille, che appaiono gonfie e / o con placche, linfonodi anterocervicali ingranditi e dolenti al tatto.
- I sintomi non consentono una distinzione sicura tra causa virale e batterica.
- Rinite, tosse, congiuntivite, rash virale e ulcere orali tendono a contraddire la genesi batterica.

2.2. Diagnosi

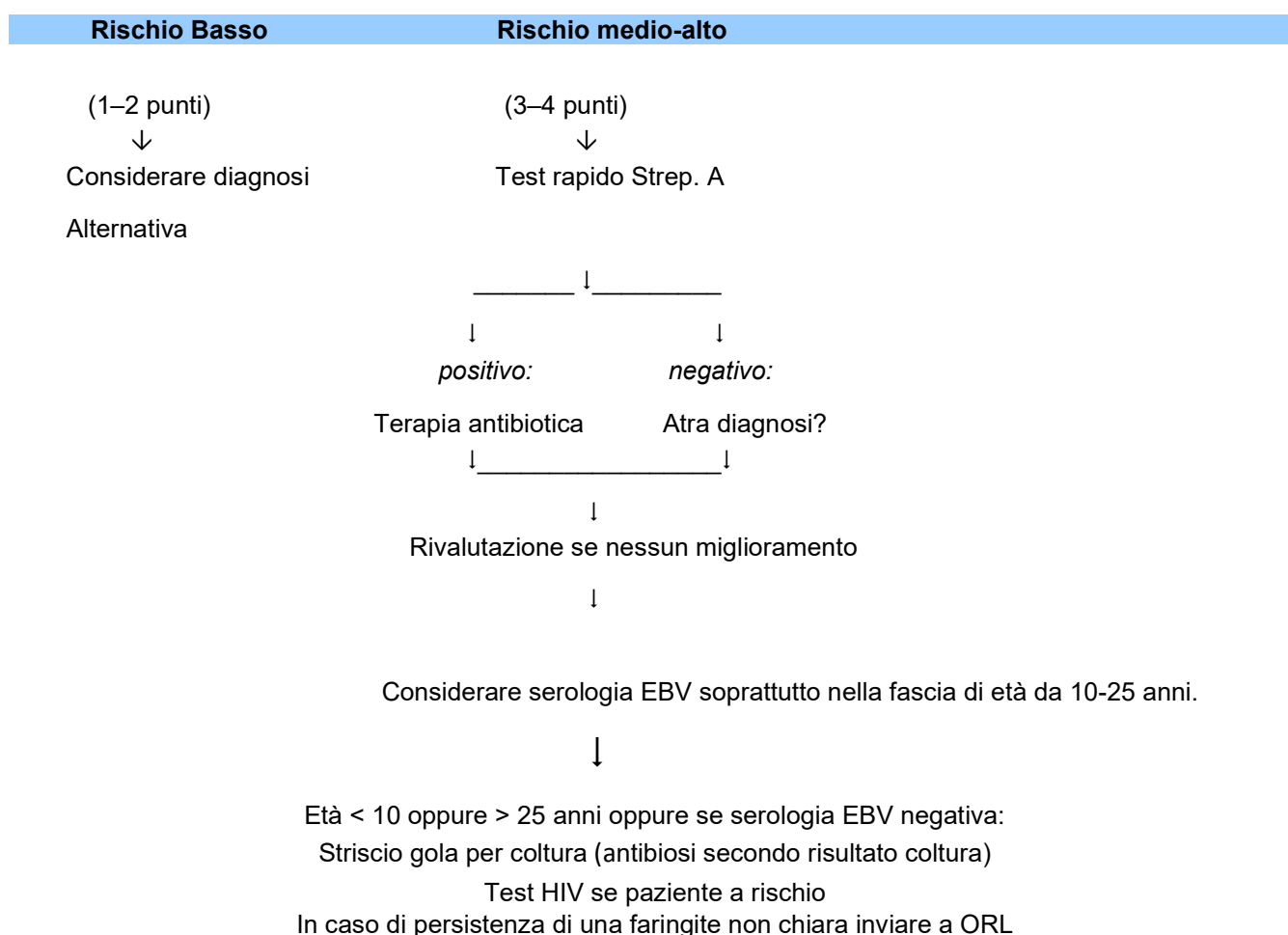
La probabilità della faringite da GABHS può essere stimata utilizzando il **punteggio Centor** (modificato) (6) per pazienti di **età pari o superiore a 15 anni**:

Punti:

Febbre in anamnesi o temperatura > 38 gradi	1
Assenza di tosse	1
Linfonodi cervicali anteriori dolenti	1
Gonfiore tonsillare o essudati	1

Numero di punti	Probabilità di GABHS nello striscio gola
4	Ca. 50 - 60 %
3	Ca. 30 - 35 %
2	Ca. 15 %
1	Ca. 6-7 %
0	Ca. 2.5 %

Algoritmo di valutazione del mal di gola - basato sul punteggio **Centor** modificato (2, 6)



Validità dei test diagnostici

- Il solo rilevamento di streptococchi allo striscio non consente la differenziazione tra paziente con infezione e portatore sano.
- Tampone faringeo e coltura: specificità 99 %, sensibilità fino a 97 %, ma non utilizzabile per la diagnosi di routine (a causa della latenza fino all'arrivo dei risultati).
- Test rapido Strep. A: specificità ≥ 95 %, sensibilità 70-95% a seconda del test utilizzato. Un test rapido positivo associato a segni clinici concordanti, rende l'infezione acuta da GABHS molto più probabile.
- Gli esami del sangue non possono aumentare in modo significativo l'accuratezza diagnostica della combinazione di punteggio Centor e test rapido. Nessun parametro di laboratorio consente una

differenziazione affidabile tra genesi batterica e virale della tonsillofaringite (3). **Cave:** anche con florido ascesso peritonsillare, i parametri infiammatori possono essere negativi.

MediX ticino non raccomanda la determinazione di routine dei parametri infiammatori di laboratorio in presenza di tonsillite.

Nota: i portatori di streptococco asintomatico non devono essere trattati e non rappresentano un rischio di trasmissione rilevante.

Mononucleosi (infezione da EBV)

Quadro clinico

- Triade di **tonsillofaringite, febbre e gonfiore linfonodale cervicale** (nel 98% dei casi).
- **Placche tonsillari tendenzialmente su tutta la superficie** (nella tonsillite streptococcica a palline).
- **Tumefazione dei linfonodi al collo** palpabili non solo davanti ma anche dietro al M. sternocleidomastoideo.
- **Fatica**
- Occasionalmente appare un **rash maculopapulare**, spontaneo o indotto dall'assunzione di penicillina/amoxicillina (importante: non dare questa classe di antibiotici se sospetto di Mononucleosi).

Diagnosi

- La mononucleosi è una **diagnosi primariamente clinica, ma non sempre facile**. In caso di dubbio e in pazienti ad alto rischio (gravidanza, infezione da HIV, immunodeficienza) la diagnosi dev'essere confermata da esami di laboratorio (3, 18):
 - Linfociti / N tot. leucociti > 50% + 10% linfociti atipici (sensibilità 61%, specificità 95%)
 - Linfociti / N tot. leucociti > 35% (sensibilità 84%, specificità 72%)
 - Sierologia: anti-VCA-IgM e anti-VCA-IgG, anti-EBNA-IgG
- In caso di sospetto per EBV e potenziale rischio di infezione HIV dovrebbero sempre essere eseguite le serologie HIV (test di IV generazione; se negativo e anamnesi molto suggestiva determinare la viremia). La durata di un'infezione d'esordio da HIV, alla pari di una mononucleosi è maggiore di quella di un'angina streptococcica.
- Il rilevamento di anti-VCA-IgM e anti-VCA-IgG senza rilevazione di anti-EBNA-IgG parla per una nuova infezione acuta da EBV.

3. Terapia (1, 2, 4, 8 - 15)

2.1. Terapia sintomatica

- Analgesici (paracetamolo, acido mefanaminico, ibuprofene, ...) per lenire i sintomi. **Cave:** evitare il paracetamolo nell'infezione da EBV a causa dell'epatotossicità.
- Anestetici locali (spray per la gola, caramelle anestetiche, gargarismi) non hanno alcun effetto rilevabile sui sintomi.

2.2. Terapia antibiotica

Si consiglia il trattamento antibiotico per

- Pazienti con faringite con rilevazione GABHS e gravi sintomi clinici o con alcune patologie di base, ad es. patologie defedanti o immunosoppressione.
- Pazienti con linfadenite ascessuale o minaccia / presenza di ascesso peritonsillare.

- Pazienti con ARF in anamnesi personale o familiare.
- (Sospetto di) faringite GABHS e concomitante elevata incidenza locale di infezioni da streptococco (es. asili nido, scuole).

Scelta dell'antibiotico (19)

Nei bambini

- 1a scelta: amoxicillina 2 x 25 mg / kg per os per 6 giorni
- 2a scelta: penicillina 2 x 50 ' 000 I E / kg per os per 10 giorni
- **Se allergia alla penicillina**
 - Cefuroxime 2 x 15 mg / kg per os per 10 giorni (da evitare in caso di allergia severa alla penicillina)
 - Clindamicina 3 x 7 mg / kg per os per 10 giorni

Negli adulti

- Amoxicillina 3x500 mg per os per 10 giorni
- Penicillina 3 x 1 milione UI / die per 8 giorni
- **Se allergia alla penicillina**
 - Claritromicina 2 x 500 mg / die per os per 5 giorni
 - Cefuroxima 2 x 250 mg / die per os per 5 giorni (da evitare in caso di allergia severa alla penicillina)

• La decisione di utilizzare antibiotici nella faringite GABHS dovrebbe essere presa soprattutto in base alla gravità dei sintomi, rispettivamente alla compromissione dello stato generale. Nei casi meno gravi gli antibiotici sono superflui e la prevenzione delle complicanze non è generalmente un'indicazione per un trattamento antibiotico.

• Il basso rischio di sequele / complicanze e l'**aumento della resistenza agli antibiotici** (12) parlano contro il trattamento antibiotico di routine della faringite GABHS. Non è quindi l'obiettivo di scoprire possibilmente tutte le faringiti da GABHS e trattarle con antibiotici.

• Alcuni infettivologi consigliano di rinunciare completamente al rilevamento di streptococchi e di basare l'indicazione al trattamento con antibiotici solamente sulla gravità dei sintomi.

MediX ticino è in attesa di ulteriori discussioni su questo tema e continua a raccomandare la procedura diagnostica e terapeutica sopra descritta. Senza esami diagnostici (anche i parametri infiammatori non aiutano) c'è il rischio di un uso troppo frequente di antibiotici.

Efficacia / benefici

- Il rischio di contagio si riduce significativamente entro le 24 ore dall'inizio della terapia antibiotica. In caso di inizio degli antibiotici oltre le 48 ore dall'insorgenza dei sintomi, un beneficio concernente il rischio di contagio non è più rilevabile in modo affidabile (8).
- In caso di faringite clinica e striscio gola positivo per GABHS, l'accorciamento della malattia grazie agli antibiotici è di 1-2,5 giorni, NNT=4 per risolvere il mal di gola dopo 3 giorni (4). In una recente analisi di Cochrane, la differenza di tempo fino a risoluzione dei sintomi tra terapia con antibiotico e placebo era mediamente di 16 ore. Negli adulti il tasso di guarigione spontanea era del 40% al terzo giorno e del 85% al settimo giorno (10).
- ARF (Febbre reumatica acuta) o glomerulonefrite post-streptococcica: la prevenzione è dimostrata solo per il trattamento con penicillina parenterale in caso di epidemia di faringite da GABHS (4). **Il rischio estremamente basso di una malattia immunitaria associata a streptococchi non giustifica la terapia antibiotica di routine nella tonsillofaringite GABHS.**

- Gli antibiotici riducono solo marginalmente il rischio di ascessi peritonsillari (10). Ascessi peritonsillari quale complicanza di una tonsillofaringite sono molto rari.
- Con gli antibiotici, si verificano meno casi di otite media, l'incidenza di sinusiti invece non ne è praticamente influenzata (3, 10).
- Il trattamento antibiotico della faringite GABHS ha un lieve impatto sull'incidenza di ulteriori nuove faringiti (9).

Procedura per mancata risposta alla terapia antibiotica

- In caso di insufficiente miglioramento dei sintomi visita medica dopo 48-72 ore, oppure visita immediata in caso di peggioramento.

Cosa cercare:

- Ci sono tuttora segni di faringite GABHS?
- Esistono elementi per mononucleosi o per un'altra malattia virale (ad es. HIV)?
- Vi sono complicanze? (ad esempio ascesso peritonsillare)
- Se è ancora probabile una causa batterica: rilevazione degli agenti patogeni (striscio con coltura) e terapia mirata.

2.3. Chirurgia

- Può essere considerata in caso di 7 infezioni da GABHS in un anno o 5 infezioni annue in 2 anni consecutivi o 3 infezioni annue in 3 anni consecutivi, se le infezioni sono fortemente debilitanti (17).

4. Letteratura

1. Wessels MR: Streptococcal Pharyngitis. N Engl J Med 2011; 364:648-55.
2. Chow AW, Doron S: Evaluation of acute pharyngitis. UpToDate 02/2019.
3. S2k-Leitlinie AWMF 017/024: Therapie entzündlicher Erkrankungen der Gaumenmandeln – Tonsillitis. AWMF 8/2015.
4. Spinks A, Glasziou PP, Del Mar C: Antibiotics for sore throat. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD000023. DOI: 10.1002/14651858.CD000023.
5. Trauzeddel R, Neudorf U: S2k Leitlinie Pädiatrische Kardiologie: Rheumatisches Fieber – Poststreptokokkenarthritis, 2012.
6. McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D, et al.: A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. CMAJ 1998; 158: 75-83.
7. Haller S, et al.: Akutes rheumatisches Fieber. Schweiz Med Forum 2018;18(04):75-80.
8. Pichichero ME, Disney FA, Talpey WB, et al.: Adverse and beneficial effects of immediate treatment of Group A beta-hemolytic streptococcal pharyngitis with penicillin. Ped Inf Dis 1987; 6: 635-64.
9. Dagnelie C, Van der Graaf Y, De Melker RA, et al.: Do patients with sore throat benefit from penicillin? A randomized double-blind placebo-controlled clinical trial with penicillin V in general practice. Brit J Gen Pract 1996; 46:589-93.
10. Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB: Antibiotics for sore throat. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Nov 5;11:CD000023. doi: 10.1002/14651858.CD000023.pub4.
11. Bollag U: Tonsillopharyngitis – Diagnose und Behandlung – wann Antibiotika? Schweiz Med Forum 2003; 23: 540-544.
12. Brian G Bell, et al.: A systematic review and meta-analysis of the effects of antibiotic consumption on antibiotic resistance. BMC Infect Dis. 2014; 14: 13. BMC 01/2014.
13. Altamimi S, et al.: Short-term late-generation antibiotics versus longer term penicillin for acute streptococcal pharyngitis in children. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Aug 15;8:CD004872. doi: 10.1002/14651858.CD004872.pub3. Cochrane 08/2012.
14. Pelucchi C, et al.: ESCMID Guideline for the Management of Acute Sore Throat. Clin Microbiol Infect 2012;

- 18 (Suppl. 1): 1–27. [ESCMID 04/2012](#).
15. van Driel ML, et al.: Different antibiotic treatments for group A streptococcalpharyngitis. The Cochrane Library 2013, Issue 4. [Cochrane 09/2016](#).
16. Pichichero ME: Treatment and prevention of streptococcal pharyngitis. [UpToDate 02/2019](#).
17. Paradise JL, Wald ER: Tonsillectomy and/or adenoidectomy in children: Indications and contraindications. [UpToDate 03/2019](#).
18. Lennon P, et al.: Infectious mononucleosis. [BMJ 2015](#)
19. [Società svizzera delle malattie infettive: faringite guida, 2018](#) .

CONTATTI

Questa linea guida è stata redatta sulla base delle linee guida dell'associazione delle reti di medici mediX Svizzera, di volta in volta aggiornate e riviste da mediXticino.

Ultimo aggiornamento: febbraio 2020.

© linee guida mediXticino (di FAMedNET SA)

Editore:

Dr.ssa med. Greta Giardelli

Redazione (responsabile):

Dr.med. Andreas Blatter

Autori:

Dr.med. Andreas Blatter

Dr.med. Pietro Antonini

Dr. med. Matteo Badini

Dr. med. Lorenzo Cantarelli

PD. Dr. med. Christian Garzoni

Questa linea guida è stata creata con finalità scientifiche e in modo indipendente dai medici della rete, in particolare senza influenze esterne di terzi appartenenti a gruppi finanziari, assicurativi, industriali o altri di interesse economico.

Le Linee guida mediXticino contengono raccomandazioni terapeutiche per specifiche situazioni di trattamento. Ogni paziente, tuttavia, deve essere trattato in base alle sue circostanze individuali valutate personalmente dal medico curante, che è l'unico responsabile a riguardo.

Le linee guida mediXticino sono sviluppate e verificate con impegno e cura a titolo divulgativo e di formazione interna; la società FAMedNET SA, che gestisce mediXticino, declina del resto ogni responsabilità per correttezza ed esaustività.

Tutte le linee guida di mediXticino sono consultabili su Internet all'indirizzo www.medix-ticino.ch

Si prega di [inviare](#) feedback a: segretariato@medix-ticino.ch