

## Resúmenes Epistemonikos

Medwave 2017 Nov-Dic;17(9):e7111 doi: 10.5867/medwave.2017.09.7111

# ¿Son útiles los corticoides sistémicos en el manejo de la faringitis aguda?

**Autores:** Gonzalo Alarcón-Andrade[1,2], Gonzalo Bravo-Soto[2,3], Gabriel Rada[2,3,4,5,6]

### Filiación:

[1] Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

[2] Proyecto Epistemonikos, Santiago, Chile

[3] Centro Evidencia UC, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

[4] Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

[5] GRADE working group

[6] The Cochrane Collaboration

**E-mail:** [rada gabriel@gmail.com](mailto:rada gabriel@gmail.com)

**Citación:** Alarcón-Andrade G, Bravo-Soto GA, Rada G. Are systemic corticosteroids useful for the management of acute pharyngitis?. *Medwave* 2017 Nov-Dic;17(9):e7111 doi: 10.5867/medwave.2017.09.7111

**Fecha de envío:** 17/11/2017

**Fecha de aceptación:** 4/12/2017

**Fecha de publicación:** 26/12/2017

**Origen:** Este artículo es producto del Epistemonikos Evidence Synthesis Project de la Fundación Epistemonikos, en colaboración con Medwave para su publicación.

**Tipo de revisión:** Con revisión por pares sin ciego por parte del equipo metodológico del Epistemonikos Evidence Synthesis Project.

## Resumen

### INTRODUCCIÓN

La faringitis aguda constituye un motivo de consulta frecuente, en especial por el dolor asociado a ésta. El manejo habitual incluye antiinflamatorios no esteroideos y antibióticos en casos seleccionados, pero el alivio del dolor no siempre se consigue de manera rápida. Se ha planteado el uso de corticoides como alternativa terapéutica, pero existe controversia al respecto.

### MÉTODOS

Utilizamos Epistemonikos, la mayor base de datos de revisiones sistemáticas en salud, la cual es mantenida mediante búsquedas en múltiples fuentes de información, incluyendo MEDLINE, EMBASE, Cochrane, entre otras. Extrajimos los datos desde las revisiones identificadas, reanalizamos los datos de los estudios primarios, realizamos un metanálisis y preparamos tablas de resumen de los resultados utilizando el método GRADE.

### RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Identificamos ocho revisiones sistemáticas que en conjunto incluyen 11 estudios primarios, entre ellos 10 ensayos aleatorizados. Concluimos que el uso de corticoides sistémicos en cursos cortos reduce el dolor asociado a la faringitis aguda, sin aumentar el riesgo de efectos adversos.

### Problema

La faringitis aguda es una patología frecuente. La etiología viral es la predominante, pero existe un pequeño porcentaje de casos de etiología bacteriana, entre los que destaca el *Streptococcus beta-hemolítico grupo A*.

El dolor asociado a esta patología es un motivo de consulta frecuente en atención primaria y servicios de urgencia,

siendo manejado con antiinflamatorios no esteroideos y antibióticos en los casos pertinentes. Si bien logran resolución del dolor, ésta no siempre es completa o suficientemente rápida.

Considerando su importante efecto antiinflamatorio, se ha propuesto el uso de corticoides en el manejo del dolor asociado a la faringitis aguda.

El presente resumen busca determinar si el uso de corticoides constituye una intervención efectiva y segura en el manejo de la faringitis aguda.

## Metodos

Para responder esta pregunta utilizamos Epistemonikos, la mayor base de datos de revisiones sistemáticas en salud, la cual es mantenida mediante búsquedas en múltiples

fuentes de información, incluyendo MEDLINE, EMBASE, Cochrane, entre otras. Extrajimos los datos desde las revisiones identificadas y reanalizamos los datos de los estudios primarios. Con esta información, generamos un resumen estructurado denominado FRISBEE (*Friendly Summaries of Body of Evidence using Epistemonikos*), siguiendo un formato preestablecido, que incluye mensajes clave, un resumen del conjunto de evidencia (presentado como matriz de evidencia en Epistemonikos), metanálisis del total de los estudios cuando sea posible, tablas de resumen de resultados con el método GRADE, y tabla de otras consideraciones para la toma de decisión.

### Mensajes clave

- Los corticoides sistémicos disminuyen el dolor asociado a la faringitis aguda.
- Utilizados en la forma en que se administran en estos casos, los corticoides sistémicos no se asocian a efectos adversos o estos son mínimos.

### Acerca del conjunto de evidencia para esta pregunta

<p>Cuál es la evidencia Véase matriz de evidencia en Epistemonikos más abajo.</p>	<p>Se identificaron ocho revisiones sistemáticas [1],[2],[3],[4],[5],[6],[7],[8], que incluyen 11 estudios primarios [9],[10],[11],[12],[13],[14],[15],[16],[17],[18],[19], de los cuales 10 corresponden a ensayos aleatorizados [9],[10],[12],[13],[14],[15],[16],[17],[18],[19]. Esta tabla y el resumen en general se basan en estos últimos.</p>
<p>Qué tipo de pacientes incluyeron los estudios*</p>	<p>Todos los ensayos consideraron a pacientes cursando faringitis aguda. Seis de los ensayos incluyeron sólo pacientes adultos [9],[12],[13],[14],[18],[19], tres de ellos sólo pacientes pediátricos [10],[15],[17] y uno no diferenció [16]. El promedio de edad fue de 24 años, incluyéndose pacientes desde los cuatro años en adelante. La detección de Streptococcus beta-hemolítico grupo A fue un criterio de inclusión en uno de los ensayos [15]. Dos ensayos no reportaron el porcentaje de detección del patógeno [16],[18]. El resto reportó detección en 14,9 a 57,5% de los pacientes [9],[10],[12],[13],[14],[17],[19]. Dentro de los criterios de exclusión destacan: uso previo de antibióticos en dos ensayos [10],[12], embarazo en nueve ensayos [10],[12],[13],[14],[15],[16],[17],[18] y diabetes mellitus en nueve ensayos [9],[10],[12],[13],[14],[16],[18],[19]. Todos los ensayos excluyeron pacientes inmunocomprometidos, con sospecha de absceso peritonsilar o retrofaringeo y uso previo de corticoides. Tres de los ensayos se realizaron en atención primaria [10],[12],[13], mientras el resto se realizaron en servicios de urgencia [9],[14],[15],[16],[17],[18],[19].</p>
<p>Qué tipo de intervenciones incluyeron los estudios*</p>	<p>Todos los ensayos compararon corticoides sistémicos con placebo o no tratamiento. La mayoría de los ensayos utilizó dexametasona en dosis única de 8-10 mg o 0,6 mg/kg [9],[10],[12],[15],[16],[17],[18],[19]. Un ensayo utilizó prednisona [13] y uno utilizó betametasona [14], ambos igualmente en dosis única. La vía de administración fue oral en siete ensayos [9],[10],[12],[13],[15],[17],[19] e intramuscular en tres [14],[16],[18]. En seis de los ensayos, todos los pacientes recibieron antibióticos [9],[14],[15],[16],[18],[19]. En los cuatro ensayos restantes la indicación de antibióticos fue por criterio médico o detección positiva de Streptococcus beta-hemolítico grupo A [10],[12],[13],[17]. En cuatro de los ensayos, todos los pacientes recibieron analgesia [9],[15],[18],[19]. En los restantes, su indicación fue por criterio médico [10],[12],[13],[14],[16],[17].</p>
<p>Qué tipo de desenlaces midieron</p>	<p>Las revisiones sistemáticas agruparon los desenlaces de la siguiente forma: resolución del dolor en 24 ó 48 horas, tiempo de inicio de disminución de dolor, tiempo de resolución completa del dolor, intensidad de dolor (escala visual análoga) a 24 hrs, recurrencia de síntomas, prescripción de antibióticos, ausentismo laboral y escolar, y efectos adversos. El seguimiento de los ensayos fue de 18 días en promedio, con un rango de tres días a dos meses.</p>

\* La información sobre los estudios primarios es extraída desde las revisiones sistemáticas identificadas, no directamente desde los estudios, a menos que se especifique lo contrario.

---

## Resumen de los resultados

La información sobre los efectos de los corticoides está basada en diez ensayos aleatorizados que incluyen 966 pacientes [9],[10],[12],[13],[14],[15],[16],[17],[18],[19]. Cinco ensayos reportaron resolución de dolor a las 24 horas [12],[13],[15],[18],[19]. El resto de los ensayos reportó dolor medido de otra forma (ver sección otras consideraciones para la toma de decisión). Ocho ensayos reportaron los efectos adversos [10],[12],[14],[15],[16],[17],[18],[19].

El resumen de los resultados es el siguiente:

- El uso de corticoides sistémicos aumenta el número de pacientes con dolor resuelto a las 24 horas. La certeza de la evidencia es alta.
- El uso de corticoides sistémicos no aumenta el riesgo de efectos adversos, o estos son mínimos. La certeza de la evidencia es alta.

<b>Corticoides sistémicos para la faringitis aguda</b>				
<b>Pacientes</b>	Adultos y niños con faringitis aguda			
<b>Intervención</b>	Corticoides sistémicos (agregado al tratamiento habitual)			
<b>Comparación</b>	Placebo o no tratamiento (agregado al tratamiento habitual)			
Desenlaces	Efecto absoluto*		Efecto relativo (IC 95%)	Certeza de la evidencia (GRADE)
	SIN corticoides sistémicos	CON corticoides sistémicos		
	Diferencia: pacientes por 1000			
Resolución del dolor a las 24 horas	158 por 1000	379 por 1000	RR 2,4 (1,29 a 4,47)	⊕⊕⊕⊕ Alta
	Diferencia: 221 pacientes más por 1000 (Margen de error: 46 a 548 más)			
Efectos adversos	Cinco ensayos reportaron ausencia de efectos adversos en ambos grupos. Tres ensayos reportaron que no hubo diferencias significativas entre los corticoides y el placebo.		--	⊕⊕⊕⊕ <sup>1</sup> Alta

Margen de error: Intervalo de confianza del 95% (IC 95%).  
 RR: Riesgo relativo.  
 DM: Diferencia de medias.  
 GRADE: Grados de evidencia del GRADE Working Group (ver más adelante).

\* Los riesgos **SIN corticoides sistémicos** están basados en los riesgos del grupo control en los estudios. El riesgo **CON corticoides sistémicos** (y su margen de error) está calculado a partir del efecto relativo (y su margen de error).

<sup>1</sup> Si bien la mitad de los ensayos aleatorizados que analizaron este desenlace presentan moderado a alto riesgo de sesgo, no se disminuyó la certeza de la evidencia, ya que esto habría variado mínimamente la conclusión.

Siga el enlace para acceder a la versión interactiva de esta tabla ([Interactive Summary of Findings - iSoF](#))

<b>Acerca de la certeza de la evidencia (GRADE)*</b>
<p>⊕⊕⊕⊕  <b>Alta:</b> La investigación entrega una muy buena indicación del efecto probable. La probabilidad de que el efecto sea sustancialmente distinto† es baja.</p>
<p>⊕⊕⊕○  <b>Moderada:</b> La investigación entrega una buena indicación del efecto probable. La probabilidad de que el efecto sea sustancialmente distinto† es moderada.</p>
<p>⊕⊕○○  <b>Baja:</b> La investigación entrega alguna indicación del efecto probable. Sin embargo, la probabilidad de que el efecto sea sustancialmente distinto† es alta.</p>
<p>⊕○○○  <b>Muy baja:</b> La investigación no entrega una estimación confiable del efecto probable. La probabilidad de que el efecto sea sustancialmente distinto† es muy alta.</p>
<p>*Esto es también denominado 'calidad de la evidencia' o 'confianza en los estimadores del efecto'.          †Sustancialmente distinto = una diferencia suficientemente grande como para afectar la decisión</p>

---

## Otras consideraciones para la toma de decisión

---

### A quién se aplica y a quién no se aplica esta evidencia

---

- El presente resumen de evidencia se aplica a niños y adultos cursando faringitis aguda, que se presentan en atención primaria o servicios de urgencia.
- Algunos ensayos exigieron la detección de *Streptococcus beta-hemolítico* o presentaban un alto porcentaje de detección en sus pacientes incluidos, sin embargo esto no fue predominante, por lo que los resultados aplican sin mediar etiología de la faringitis aguda.
- Si bien en la mayoría de los ensayos analizados se prescribieron antibióticos, los resultados son extrapolables a pacientes sin indicación de antibióticos. De hecho, en el ensayo con mayor cantidad de pacientes no los prescribieron inicialmente [12].
- El presente resumen no aplica a pacientes inmunocomprometidos o con sospecha de absceso peritonsilar o retrofaringeo. Pacientes embarazadas o con diabetes mellitus fueron excluidos de los ensayos analizados, y en ellos el uso de corticoides podría tener otras consecuencias.

### Sobre los desenlaces incluidos en este resumen

---

- Para construir la tabla de resumen de resultados se escogió el desenlace resolución del dolor a las 24 horas, ya que se consideró crítico para la toma de decisión. Esta selección se basa en la opinión de los autores de este artículo.
- El efecto sobre otros desenlaces relacionados al dolor no modifica las conclusiones: dolor a las 48 horas (164 pacientes más por 1000 [IC 95%: 88 a 249 más]; certeza de la evidencia moderada) [12],[13],[15],[18], tiempo hasta que comienza la resolución del dolor (DM -4,84 horas [IC 95%: -1,9 a -7,8]) [9],[10],[12],[14],[16],[17],[18],[19], tiempo hasta la resolución completa del dolor (DM -11,1 horas [IC 95%: -0,41 a -21,8]) [10],[12],[14],[16],[17],[18].

### Balance riesgo/beneficio y certeza de la evidencia

---

- El presente resumen demuestra una reducción del dolor al adicionar corticoides sistémicos al tratamiento de la faringitis aguda, con alta certeza.
- El uso de corticoides en este contexto no aumenta el riesgo de efectos adversos.
- Los efectos adversos severos (absceso peritonsilar, neumonía) tampoco fueron diferentes entre la intervención y el placebo [8]. Se debe destacar que estudios observacionales han reportado efectos adversos severos con cursos cortos de corticoides en pacientes adultos, por lo que no se puede descartar que estos se presenten con muy baja frecuencia [20]. Una revisión sistemática reciente de uso de cursos cortos de corticoides sistémicos en niños cursando condiciones respiratorias no mostró un aumento de efectos adversos [21].
- El balance entre beneficios y riesgos de la intervención es favorable.

### Consideraciones de recursos

---

- Los corticoides sistémicos en cursos cortos tienen un bajo costo.
- Si se consideran los beneficios, la ausencia de efectos adversos y los bajos costos, se trata de una intervención probablemente costoefectiva. Un análisis económico formal podría permitir cuantificar el costo-beneficio de esta intervención en escenarios específicos.

### Qué piensan los pacientes y sus tratantes

---

- Frente a la evidencia presentada en este resumen, la mayoría de los pacientes y tratantes debiera inclinarse a favor de su uso.
- Sin embargo, algunos pacientes podrían optar por el no tratamiento, al tratarse de todas formas de un síntoma de carácter autolimitado.

### Diferencias entre este resumen y otras fuentes

---

- El presente resumen presenta conclusiones concordantes con las revisiones sistemáticas identificadas.
- Las conclusiones de este resumen son parcialmente concordantes con las principales guías clínicas. La guía del grupo *ad-hoc* de la Sociedad Europea de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas de 2012 recomienda el uso de corticoides sistémicos sólo en pacientes adultos con presentaciones más severas de faringitis aguda, con uso concomitante de antibióticos [22]. La guía de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América (IDSA) de 2012 no recomienda el uso de corticoides sistémicos en faringitis aguda por *Streptococcus beta-hemolítico* grupo A [23]. Es importante destacar que estas guías basan su recomendación en una proporción de la evidencia identificada en este resumen.

### ¿Puede que cambie esta información en el futuro?

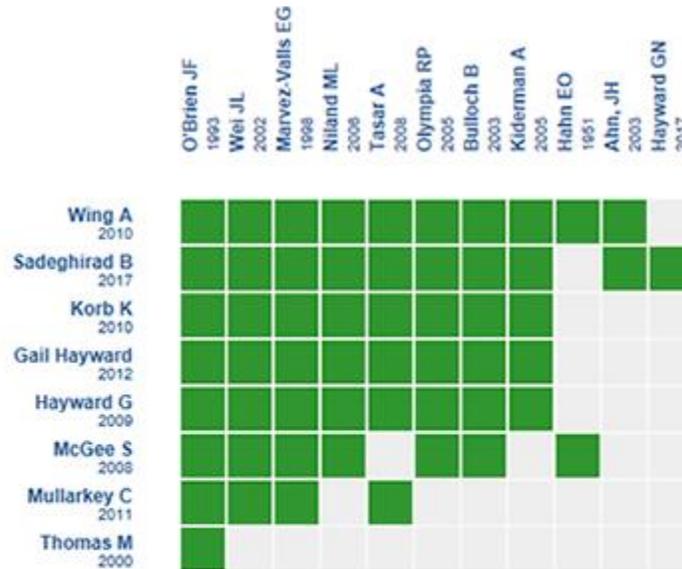
---

- Dada la certeza de la evidencia, la probabilidad de que futura investigación cambie las conclusiones de este resumen es muy baja.
-

- No identificamos estudios en curso en la *International Clinical Trials Registry Platform* de la Organización Mundial de la Salud sobre uso de corticoides sistémicos en faringitis aguda.

### Cómo realizamos este resumen

Mediante métodos automatizados y colaborativos recopilamos toda la evidencia relevante para la pregunta de interés y la presentamos en una matriz de evidencia.



Una matriz de evidencia es una tabla que compara revisiones sistemáticas que responden una misma pregunta.

Las filas representan las revisiones sistemáticas, y las columnas muestran los estudios primarios.

Los recuadros en verde corresponden a estudios incluidos en las respectivas revisiones.

El sistema detecta automáticamente nuevas revisiones sistemáticas incluyendo cualquiera de los estudios primarios en la matriz, las cuales serán agregadas si efectivamente responden la misma pregunta.

Siga el enlace para acceder a la **versión interactiva**: [Corticoides versus placebo o no tratamiento para la faringitis aguda](#)

### Notas

Si con posterioridad a la publicación de este resumen se publican nuevas revisiones sistemáticas sobre este tema, en la parte superior de la matriz se mostrará un aviso de "nueva evidencia". Si bien el proyecto contempla la actualización periódica de estos resúmenes, los usuarios están invitados a comentar en la página web de *Medwave* o contactar a los autores mediante correo electrónico si creen que hay evidencia que motive una actualización más precoz.

Luego de crear una cuenta en *Epistemonikos*, al guardar las matrices recibirá notificaciones automáticas cada vez que exista nueva evidencia que potencialmente responda a esta pregunta.

Este artículo es parte del proyecto síntesis de evidencia de *Epistemonikos*. Se elabora con una metodología preestablecida, siguiendo rigurosos estándares metodológicos y proceso de revisión por pares interno. Cada uno de estos artículos corresponde a un resumen, denominado *FRISBEE (Friendly Summary of Body of Evidence using Epistemonikos)*, cuyo principal objetivo es sintetizar el conjunto de evidencia de una pregunta específica, en un formato amigable a los profesionales clínicos. Sus principales recursos se basan en la matriz de evidencia de *Epistemonikos* y análisis de resultados usando metodología *GRADE*. Mayores detalles de los métodos para elaborar este *FRISBEE* están descritos aquí (<http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2014.06.5997>)

La Fundación Epistemonikos es una organización que busca acercar la información a quienes toman decisiones en salud, mediante el uso de tecnologías. Su principal desarrollo es la base de datos Epistemonikos ([www.epistemonikos.org](http://www.epistemonikos.org)).

### Declaración de conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses con la materia de este artículo.

### Referencias

1. Thomas M, Del Mar C, Glasziou P. How effective are treatments other than antibiotics for acute sore throat? *Br J Gen Pract.* 2000 Oct;50(459):817-20. | [PubMed](#) | [PMC](#) |
2. McGee S, Hirschmann J. Use of corticosteroids in treating infectious diseases. *Arch Intern Med.* 2008 May 26;168(10):1034-46. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
3. Hayward G, Thompson M, Heneghan C, Perera R, Del Mar C, Glasziou P. Corticosteroids for pain relief in sore throat: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2009 Aug 6;339:b2976. Erratum in: *BMJ.* 2010;340. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
4. Wing A, Villa-Roel C, Yeh B, Eskin B, Buckingham J, Rowe BH. Effectiveness of corticosteroid treatment in acute pharyngitis: a systematic review of the literature. *Acad Emerg Med.* 2010 May;17(5):476-83. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
5. Korb K, Scherer M, Chenot JF. Steroids as adjuvant therapy for acute pharyngitis in ambulatory patients: a systematic review. *Ann Fam Med.* 2010 Jan-Feb;8(1):58-63. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
6. Mullarkey C. Soothing a sore throat: the efficacy and safety of steroids in acute pharyngitis. *Ir J Med Sci.* 2011 Dec;180(4):837-40. Epub 2011 May 27. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
7. 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 Oct 17;10:CD008268. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
8. Sadeghirad B, Siemieniuk RAC, Brignardello-Petersen R, Papola D, Lytvyn L, Vandvik PO, Merglen A, Guyatt GH, Agoritsas T. Corticosteroids for treatment of sore throat: systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ.* 2017 Sep 20;358:j3887. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
9. Ahn JH, Woo WK, Kim YS, Song YJ, Jeon IK, Jung JR, Cho JH. Efficacy of adjuvant short term oral steroid therapy for acute pharyngitis. *Korean Journal of Otolaryngology-Head and Neck Surgery.* 2003 Nov 1;46(11):971-4.
10. Bulloch B, Kabani A, Tenenbein M. Oral dexamethasone for the treatment of pain in children with acute pharyngitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Emerg Med.* 2003 May;41(5):601-8. | [PubMed](#) |
11. Hahn EO, Houser HB, Rammelkamp CH Jr, Denny FW, Wannamaker LW. Effect of cortisone on acute streptococcal infections and poststreptococcal complications. *J Clin Invest.* 1951 Mar;30(3):274-81. | [PubMed](#) | [PMC](#) |
12. Hayward GN, Hay AD, Moore MV, Jawad S, Williams N, Voysey M, Cook J, Allen J, Thompson M, Little P, Perera R, Wolstenholme J, Harman K, Heneghan C. Effect of Oral Dexamethasone Without Immediate Antibiotics vs Placebo on Acute Sore Throat in Adults: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2017 Apr 18;317(15):1535-1543. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
13. 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 Mar;55(512):218-21. | [PubMed](#) | [PMC](#) |
14. Marvez-Valls EG, Ernst AA, Gray J, Johnson WD. The role of betamethasone in the treatment of acute exudative pharyngitis. *Acad Emerg Med.* 1998 Jun;5(6):567-72. | [PubMed](#) |
15. Niland ML, Bonsu BK, Nuss KE, Goodman DG. A pilot study of 1 versus 3 days of dexamethasone as add-on therapy in children with streptococcal pharyngitis. *Pediatr Infect Dis J.* 2006 Jun;25(6):477-81. | [PubMed](#) |
16. O'Brien JF, Meade JL, Falk JL. Dexamethasone as adjuvant therapy for severe acute pharyngitis. *Ann Emerg Med.* 1993 Feb;22(2):212-5. | [PubMed](#) |
17. Olympia RP, Khine H, Avner JR. Effectiveness of oral dexamethasone in the treatment of moderate to severe pharyngitis in children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005 Mar;159(3):278-82. | [PubMed](#) |
18. Tasar A, Yanturali S, Topacoglu H, Ersoy G, Unverir P, Sarikaya S. Clinical efficacy of dexamethasone for acute exudative pharyngitis. *J Emerg Med.* 2008 Nov;35(4):363-7. Epub 2008 May 12. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
19. Wei JL, Kasperbauer JL, Weaver AL, Boggust AJ. Efficacy of single-dose dexamethasone as adjuvant therapy for acute pharyngitis. *Laryngoscope.* 2002 Jan;112(1):87-93. | [PubMed](#) |
20. Waljee AK, Rogers MA, Lin P, Singal AG, Stein JD, Marks RM, Ayanian JZ, Nallamothu BK. Short term use of oral corticosteroids and related harms among adults in the United States: population based cohort study. *BMJ.* 2017 Apr 12;357:j1415. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
21. Fernandes RM, Oleszczuk M, Woods CR, Rowe BH, Cates CJ, Hartling L. The Cochrane Library and safety of systemic corticosteroids for acute respiratory conditions in children: an overview of reviews. *Evid Based Child Health.* 2014 Sep;9(3):733-47. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
22. ESCMID Sore Throat Guideline Group, Pelucchi C, Grigoryan L, Galeone C, Esposito S, Huovinen P, Little P, Verheij T. Guideline for the management of acute sore throat. *Clin Microbiol Infect.* 2012 Apr;18 Suppl 1:1-28. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
23. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G, Martin JM, Van Beneden C. 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 Nov 15;55(10):1279-82. Erratum in: *Clin Infect Dis.* 2014 May;58(10):1496. Dosage error in article text. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |

**Correspondencia a:**

[1] Centro Evidencia UC  
Pontificia Universidad Católica de Chile  
Centro de Innovación UC Anacleto Angelini  
Avda. Vicuña Mackenna 4860  
Macul  
Santiago  
Chile



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.